

平成29年 7月14日(金)
第1回八雲町介護保険事業運営委員会

地域密着型サービス事業所の指定の 更新について

1. 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活 介護

①指定認知症対応型共同生活介護運営基準等の概略 P.1～P.4

②グループホームすまいる熊石 P.5～P.7

2. 地域密着型通所介護

①指定地域密着型通所介護運営基準等の概略 P.8～P.10

②熊石デイサービスセンター P.11～P.13

指定認知症対応型共同生活介護運営基準等の概略

■定義及び基本方針

<p>認知症対応型共同生活介護</p>	<p>「認知症対応型共同生活介護」とは要介護者であって認知症であるもの（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことをいう。</p> <p>【基本方針】</p> <p>指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護（略）の事業は、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居（略）において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者が家庭的な環境と地域住民との交流の下で、住み慣れた環境での生活を継続できるようにすることを目指すものです。 ・認知症の原因となる疾患が急性の状態にある方は、共同生活を送ることに支障があると考えられることから、認知症対応型共同生活介護の対象になりません。 </div>
<p>介護予防認知症対応型共同生活介護</p>	<p>「介護予防認知症対応型共同生活介護」とは要支援者【※1】であって認知症であるもの（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）について、その共同生活を営むべき住居において、介護予防を目的として、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことをいう。</p> <p>（※1）要支援2に限る</p> <p>【基本方針】</p> <p>指定介護予防地域密着型サービスに該当する介護予防認知症対応型共同生活介護（略）の事業は、その認知症である利用者が可能な限り共同生活住居（略）において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。</p>

■人員基準

<p>介護従業者</p>	<p>【日中】 利用者3人に対して1人以上 【夜間・深夜】 夜勤職員1人以上 ※1人以上は常勤でなければならない。</p>
<p>管理者</p>	<p>原則、専従の常勤者を置かなければならない。 ・次の経験を有していること 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者又は訪問介護員等として、3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者 ・厚生労働大臣が定める次の研修を修了していること 「認知症対応型サービス事業管理者研修」</p>
<p>計画作成担当者</p>	<p>原則、専従の者を置かなければならない。 1の共同生活住居を有する事業所にあつては、介護支援専門員であること 厚生労働大臣が定める次の研修を修了していること 「実践者研修」又は「基礎課程」</p>
<p>代表者</p>	<p>ア、いずれも該当すること ア 以下のいずれかの経験を有していること ①特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の職員又は訪問介護員等として認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者 ②保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者であること。 イ 厚生労働大臣が定める次の研修を修了していること 「認知症介護サービス事業開設者研修」 下記の研修終了者は事業者の代表者として必要な研修を修了したものとみなされます。 (1) 実践者研修又は実践リーダー研修、認知症高齢者グループホーム管理者研修（平成17年度実施のものに限る） (2) 基礎課程又は専門課程 (3) 認知症介護指導者養成研修 (4) 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修</p>

■設備基準

共同生活住居	<ul style="list-style-type: none"> ・入居定員は5人以上9人以下とすること ・居室（定員原則1人、床面積7.43㎡（4.5畳）以上）居間、食堂、台所、浴室、消火設備その他非常災害に際して必要な設備、利用者が日常生活を営む上で必要な設備を設けるものとする。
<p>※上記のほか、利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあるようにしなければならない。</p>	

■運営基準

運営規程	<p>事業者は、共同生活住居ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかななければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> (ア) 事業の目的及び運営の方針 (イ) 従業者の職種、員数及び職務の内容 (ウ) 利用定員 (エ) 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の内容及び利用料その他の費用の額 (オ) 入居にあたっての留意事項 (カ) 非常災害対策 (キ) その他運営に関する重要事項
利用料等の受領	<p>ア 事業者は、利用料のほか、次に掲げる費用の額の支払を利用者から受けることができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> (ア) 食材料費 (イ) 理美容代 (ウ) おむつ代 (エ) 上に掲げるもののほか、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用 <p>イ 事業者は、上記の費用の額に係るサービスの提供にあたっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。</p>
緊急時等の対応	<p>従業者は、現に指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ当該（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。</p>
協力医療機関等	<p>ア 事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかななければならない。</p>

	<p>イ 事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。</p> <p>ウ 事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。</p>
<p>地域との連携等</p>	<p>ア 事業者は、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する市町村の職員又は当該事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、（介護予防）認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（運営推進会議）を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。</p> <p>イ 事業者は、報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しなければならない。</p> <p>ウ 事業者は、その事業の運営にあたっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければならない。</p> <p>エ 事業者は、その事業の運営にあたっては、提供した指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護に関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。</p>
<p>上記以外</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入退居の際の措置 ・ サービスの提供の記録 ・ （介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の作成 ・ 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止 ・ 利用申込者に対するサービスの提供内容及び手続きの説明及び同意 ・ サービス提供拒否の禁止 ・ 被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間の確認 ・ 利用者の不正な保険給付等に関する市町村への通知及び記録 ・ 苦情を受け付けるための窓口の設置等苦情処理に必要な措置及び記録 ・ 事故発生時における市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等への連絡等必要な措置及び記録 ・ 非常災害対策（自然災害含む） ・ 施設又は設備についての衛生管理

(表)

様式第6号 (第5条関係)

受付番号 〇

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定更新申請書

平成29年 6月 14日

八雲町長 様

所在地 北海道恵庭市和光町4丁目8番20号
申請者名 すまいる株式会社
代表者氏名 茂田 好廣



介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号 013466

申請者	フリガナ	スマイルカブシキガイシャ				
	名称	すまいる株式会社				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号061-1406) 北海道恵庭市和光町5丁目16番6号 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0123-34-6111	FAX番号 0123-34-6100		
	法人の種類	株式会社	法人所轄庁	札幌法務局		
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ モダ ヨシヒロ	生年月日		
			氏名 茂田 好廣	昭和23年5月8日		
代表者の住所	(郵便番号 070-0876)					
	北海道旭川市春光6条2丁目9-8					
事業所等の所在地	(郵便番号 043-0402)					
	北海道二海郡八雲町熊石鮎川町97番地3					
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	現に受けている指定の有効期間満了日	様式	
	地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表1
		夜間対応型訪問介護				付表2
		地域密着型通所介護				付表3
		認知症対応型通所介護				付表4
		小規模多機能型居宅介護				付表5
		認知症対応型共同生活介護		○	平成29年7月27日	付表6
		地域密着型特定施設入居者生活介護				付表7
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表8
		看護小規模多機能型居宅介護				付表9
	介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護				付表4
		介護予防小規模多機能型居宅介護				付表5
		介護予防認知症対応型共同生活介護		○	平成29年7月27日	付表6
介護保険事業所番号		011911500206				
指定を受けている他市町村名		乙部町、せたな町				
医療機関コード等						

受付 第 号
29.6.21
八雲町

付表6 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定更新に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	グループホームスマイルクマイシ					
	名称	グループホームすまいる熊石					
	所在地	(郵便番号 043 - 0402) 北海道二世郡八雲町熊石鮎川町97番地3					
	連絡先	電話番号	01398-2-2111		FAX番号	2-2601	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第 2条第 1項第 2号			
管理者	フリガナ	ミカミ ミカコ		住所	(郵便番号 043-0103)		
	氏名	三上 美香子			北海道爾志郡乙部町字緑町675-4		
	生年月日	昭和43年4月16日					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				介護職		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)			名称		事業所番号	
			兼務する職種及び勤務時間等				
共同生活住居数		1戸		①	②		
利用者数(推定数を記入)		9人		9人		人	
従業者の職種・員数				介護従業者		計画作成担当者	
				専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)		6		1		1	
非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)		6.5					
基準上の必要人数(人)		3				1	
適合の可否		可				可	
主な揭示事項	居室数		9室 (うち個室 9室)		室 (うち個室 室)		
	利用定員		9人		人		
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)		介護報酬告示上の額			
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額			
	その他の費用		運営規程に定める通り				
協力医療	名称	八雲町熊石国民健康保険病院		主な診療科名	内科、リュウマチ科、外科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、リハビリ科		
	名称	熊石歯科診療所		主な診療科名	歯科		
耐火構造物、準耐火構造物等の別				準耐火構造物			
運営推進会議の有無				① 有 ・ 無			
添付書類		別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
 4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

指定地域密着型通所介護運営基準等の概略

■定義及び基本方針

地域密着型通所介護	<p>「地域密着型通所介護」とは居宅要介護者について、老人デイサービスセンター等に通わせ、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うこと（利用定員が18人以下に限り、認知症対応型通所介護に該当するものを除く。）をいう。</p> <p>【基本方針】</p> <p>指定地域密着型サービスに該当する地域密着型通所介護（略）の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。</p>
-----------	--

■人員基準（定員11人以上）

生活相談員	提供を行う時間数に応じて、専従の生活相談員を1人以上
介護職員	<p>単位ごとに、提供時間数に応じて、専従の介護職員を</p> <p>(ア) 利用者が15人までの場合は1人以上</p> <p>(イ) 利用者が16人以上の場合は15人を超える部分の数を5で除して得た数に1を加えた数以上</p> <p>※生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤でなければならない</p>
看護職員	<p>原則、専従で1人以上</p> <p>・看護師又は准看護師の資格を有する者であること</p>
機能訓練指導員	<p>1人以上</p> <p>・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者であること</p>
管理者	<p>原則、専従で常勤の者</p> <p>ただし、以下の場合は兼務可能</p> <p>(ア) 当該事業所の地域密着型介護従事者としての職務に従事</p> <p>(イ) 同一敷地内等、当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内の他事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事</p>

■設備基準

<p>食堂及び機能訓練室</p>	<p>・それぞれ必要な広さを有し、その合計面積は3㎡に利用定員を乗じて得た面積以上（ただし、食事の提供の際に支障がない広さを確保でき、かつ、機能訓練を行う際に支障がない広さを確保できる場合は、同一の場所とすることができる）</p>
<p>相談室</p>	<p>・遮へい物の設置等により、相談内容が漏えいしないよう配慮されていること</p>
<p>※上記のほか、静養室及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備・備品等を備えなければならない。</p>	

■運営基準

<p>運営規程</p>	<p>事業者は、事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかななければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> (ア) 事業の目的及び運営の方針 (イ) 従業者の職種、員数及び職務の内容 (ウ) 営業日及び営業時間 (エ) 指定地域密着型通所介護の利用定員 (オ) 指定地域密着型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 (カ) 通常の事業の実施地域 (キ) サービス利用に当たっての留意事項 (ク) 緊急時等における対応方法 (ケ) 非常災害対策 (コ) その他運営に関する重要事項
<p>利用料等の受領</p>	<p>ア 事業者は、利用料のほか、次に掲げる費用の額の支払を利用者から受けることができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> (ア) 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用 (イ) 指定地域密着型通所介護に通常要する時間を超える指定地域密着型通所介護であって利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定地域密着型通所介護に係る地域密着型介護サービス費用基準額を超える費用 (ウ) 食事の提供に要する費用 (エ) おむつ代 (オ) 上に掲げるもののほか、指定地域密着型通所介護の提供においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者負担させることが適当と認められる費用

	<p>イ 事業者は、上記の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。</p>
緊急時等の対応	<p>従業者等は、現に指定地域密着型通所介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。</p>
地域との連携等	<p>ア 事業者は、指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する市町村の職員又は当該事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（運営推進会議）を設置し、おおむね6月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。</p> <p>イ 事業者は、報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しなければならない。</p> <p>ウ 事業者は、その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければならない。</p> <p>エ 事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定地域密着型通所介護に関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。</p> <p>オ 事業者は、事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定地域密着型通所介護を提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定地域密着型通所介護の提供を行うよう努めなければならない。</p>
上記以外	<ul style="list-style-type: none"> ・内容及び手続の説明及び同意 ・提供拒否の禁止 ・受給資格等の確認 ・地域密着型通所介護計画の作成 ・非常災害対策 ・衛生管理等 ・記録の整備等

(表)

様式第6号 (第5条関係)

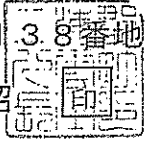
受付番号 2

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定更新申請書

平成29年6月14日

八雲町長 様

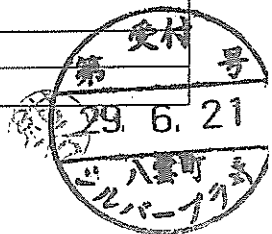
所在地 二海郡八雲町住初町1 3.8番地
申請者 名称 八雲町
代表者氏名 八雲町長 岩村 克詔



介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号 013466

申請者	フリガナ	ヤクモチョウ				
	名称	八雲町				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号049-3192) 二海郡八雲町住初町138番地 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0137-62-2111	FAX番号 0137-62-2120		
	法人の種別	地方自治体	法人所轄庁			
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	町長	フリガナ イワムラカツノリ 氏名 岩村 克詔	生年月日 昭和31年11月8日生		
	代表者の住所	(郵便番号049-2562) 二海郡八雲町落部380番地1				
事業所等の所在地	(郵便番号043-0403) 二海郡八雲町熊石平町324番地202					
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	現に受けている指定の有効期間満了日	様式	
	地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表1
		夜間対応型訪問介護				付表2
		地域密着型通所介護		○	平成29年9月30日	付表3
		認知症対応型通所介護				付表4
		小規模多機能型居宅介護				付表5
		認知症対応型共同生活介護				付表6
		地域密着型特定施設入居者生活介護				付表7
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表8
		看護小規模多機能型居宅介護				付表9
	介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護				付表4
		介護予防小規模多機能型居宅介護				付表5
		介護予防認知症対応型共同生活介護				付表6
介護保険事業所番号		0171501000				
指定を受けている他市町村名		乙部町・江差町・上ノ国町				
医療機関コード等						



付表3 地域密着型通所介護の指定に係る記載事項

受付番号 2

事業所	フリガナ	クマイシデイサービスセンター			
	名称	熊石デイサービスセンター			
	所在地	(郵便番号043-0403) 二海郡八雲町熊石平町324番地202			
	連絡先	電話番号	01398-2-2355	FAX番号	01398-2-2355
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第3条第1項第2号
管理者	フリガナ	タカハシトシユキ	住所	(郵便番号043-0416) 二海郡八雲町熊石雲石町18番地4	
	氏名	高橋敏幸			
	生年月日	昭和34年4月22日			
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合のみ記入)		名称	特別養護老人ホームくまいし荘		
		兼務する職種 及び勤務時間等	荘長 月～金 8時間/日(うち4時間)		
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常勤(人)		2 (内1名介護職員・ 内1名くまいし荘 兼務)	1 (機能訓練 指導員兼務)	4 (内1名 生活相談員兼務)	1 (看護職員兼務)
非常勤(人)				1	
基準上の必要人数(人)		1	1	2	1
適合の可否		可	可	可	可
食堂及び機能訓練室の合計面積				基準上の必要 数値	適合の可否
157.01㎡				54㎡以上	可
主な 揭示 事項	営業日	月曜日から金曜日(ただし下記に該当する場合は休業とする) ・ 国民の祝日に関する法律(昭和23年法律178号)に規定する休日 ・ 年末年始(12月31日～翌年1月5日)			
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(①10:00~15:30② : ~ : ③ : ~ :)			
	利用定員	18人(単位ごとの定員① 18人 ② 人 ③ 人)			
	利用料	法定代理受領分		介護報酬の告示上の額	
		法定代理受領分以外		介護報酬の告示上の額	
	その他の費用	別添運営規程に定める料金表のとおり			
通常の事業実施地域	八雲町(旧熊石町のみ)の区域				
添付書類	別添のとおり				

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合のみ記載してください。
 - 5 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

(参考様式3)
事業所の平面図等

事業所又は施設の名称 熊石デイサービスセンター

