

令和元年 7月 4日 (木)
第1回八雲町介護保険事業運営委員会

八雲町外に所在する指定地域密着型 サービス事業所の指定の更新について

1. 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 1～P 3 |
| ②デイサービスさくら | P 4～P 6 |
| ③医療法人社団慈友会
デイ・サービスのぞみがおか | P 7～P 11 |

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、以下の場合には兼務可能</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

食堂及び機能訓練室	・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）
相談室	・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
※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。	

■運営基準

運営規程	<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ければならない。</p> <p>(ア) 事業の目的及び運営の方針</p> <p>(イ) 従業者の職種、員数及び職務の内容</p> <p>(ウ) 営業日及び営業時間</p> <p>(エ) 指定地域密着型通所介護の利用定員</p> <p>(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</p> <p>(カ) 通常の事業の実施地域</p> <p>(キ) サービス利用に当たっての留意事項</p> <p>(ク) 緊急時等における対応方法</p> <p>(ケ) 非常災害対策</p> <p>(コ) その他運営に関する重要事項</p>
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> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(ウ) 食事の提供に要する費用</p> <p>(エ) おむつ代</p> <p>(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>

	<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

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30年 10 月 24 日

八雲町長 様

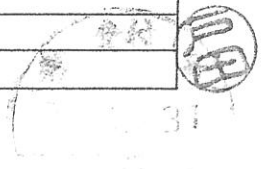
所在地 札幌市西区平和2条3丁目5番9号
申請者 名称 株式会社福祉ケア
代表者氏名 代表取締役 佐渡 夏子



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 013714

申 請 者	フリガナ	カブシキガイシャ フクシケア			
	名称	株式会社福祉ケア			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号063 - 0022) 札幌市西区平和2条3丁目5番9号 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	011-688-7573	FAX番号 011-688-7572	
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁	総務省	
代 表 者 の 職 名 ・ 氏 名 ・ 生 年 月 日	職名	代表取締役	フリガナ サド ナツコ 氏名 佐渡 夏子	生年月日 昭和36年7月31日	
	代表者の住所	(郵便番号 063 - 0022) 札幌市西区平和2条3丁目5番9号			
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	事業所等の所在地	(郵便番号049 - 4501) 久遠郡せたな町北檜山区北檜山193-1			
	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30年11月11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	
サ イ 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	0171700313				
指定を受けている他市町村名	せたな町				
医療機関コード等					



付表 3 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービスサクラ			
	名称	デイサービスさくら			
	所在地	(郵便番号049-45)01 久遠郡せたな町北檜山区北檜山193-1			
	連絡先	電話番号	0137-84-5050	FAX番号	0137-84-5070
	Email	sakura@515294.co.jp			
管理者	フリガナ	フクシマ マリコ	住所	(郵便番号043-0508 久遠郡せたな町大成区上浦266番地	
	氏名	福島 真理子			
	生年月日	昭和41年8月11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)			生活相談員	
	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			
	兼務する職種 及び勤務時間等				
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
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		1	
非常勤(人)			4	8	1
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積			54.32 m ²		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(①:20:16:30②:~:③:~:)				
利用定員	18 人(単位ごとの定員①18人② 人③ 人)				
添付書類	別添のとおり				

(地域密着型通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	Email				
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積			m ²		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(①:~:②:~:③:~:)				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				
添付書類	平面図				

- 備考 1 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。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 3 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にのみ記載してください。
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(表)

様式第6号 (第5条関係)

受付番号 1

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

31.4.24
年 月 日

八雲町長 様

所在地 亀田郡七飯町大川三丁目5番28号
申請者名 称 医療法人社団 慈友会
代表者氏名 理事長 田中 慈雄

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	イヨウメイジツヤクダン ジョウカイ デイ・サービス ノゾミガカ			
	名称	医療法人社団 慈友会 デイ・サービス のぞみがおか			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 041 - 1122) 亀田郡七飯町大川三丁目5-28 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	0138-65-8111	FAX番号 0138-65-9226	
指定を受けようとする事業所の種類	法人の種類	医療法人	法人所轄庁	北海道	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ タナカ ヤスオ 氏名 田中 慈雄 生年月日 S 42.11.23	
	代表者の住所	(郵便番号 040 - 0005) 函館市人見町5番12号			
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 041 - 1122) 亀田郡七飯町大川三丁目5番28号			
	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	○	H 31.5.31	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	
介護予防地域密着型サービス	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	01111512299				
指定を受けている他市町村名	七飯町				
医療機関コード等	1512299				



付表 3 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	イヨウホウジンシャダン ジュウカイ デイ・サービス ノゾミがおか				
	名称	医療法人社団 慈友会 デイ・サービス のぞみがおか				
	所在地	(郵便番号 041 - 1122) 北海道亀田郡七飯町大川三丁目5番28号				
	連絡先	電話番号	0138-65-8111	FAX番号	0138-65-9226	
	Email	nozomail@sea.ncv.ne.jp				
管理者	フリガナ	タナカ ヤスオ	住所	(郵便番号 040 - 0005)函館市人見町5番12号		
	氏名	田中 慈雄				
	生年月日	昭和42年11月23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)			生活相談員	
	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	医療法人社団 慈友会 望ヶ丘医院			
		兼務する職種及び勤務時間等	診療所理事長 月火水金は10:30~11:00 14:30~15:00 木土は10:30~11:00 13:00~15:00 常勤生活相談員不在時兼務			
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
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	1	2	1	
非常勤(人)			1		1	
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
食堂及び機能訓練室の合計面積			104.4 m ²			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : 15~16:30 ② : ~ : ③ : ~ :)					
利用定員	12 人(単位ごとの定員① 12 人 ② 人 ③ 人)					
添付書類	別添のとおり					

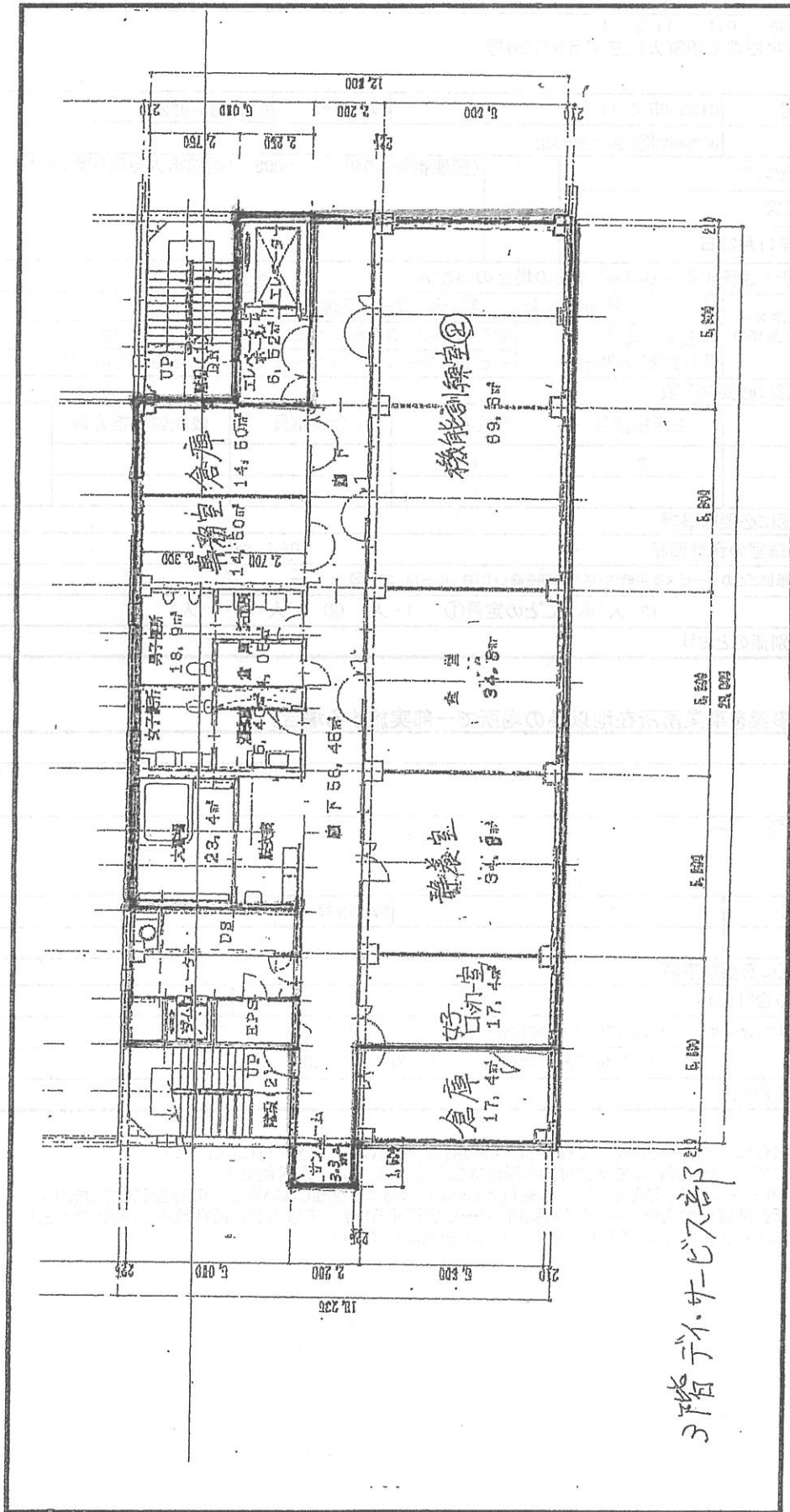
(地域密着型通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	Email				
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積			m ²		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)				
添付書類	平面図				

- 備考 1 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。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 3 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にのみ記載してください。
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

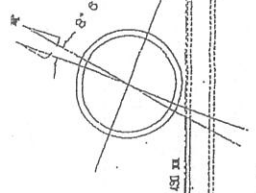
(参考様式4)
平面図

事業所・施設の名称 医療法人社団慈友会 デイ・サービスのぞみがおか



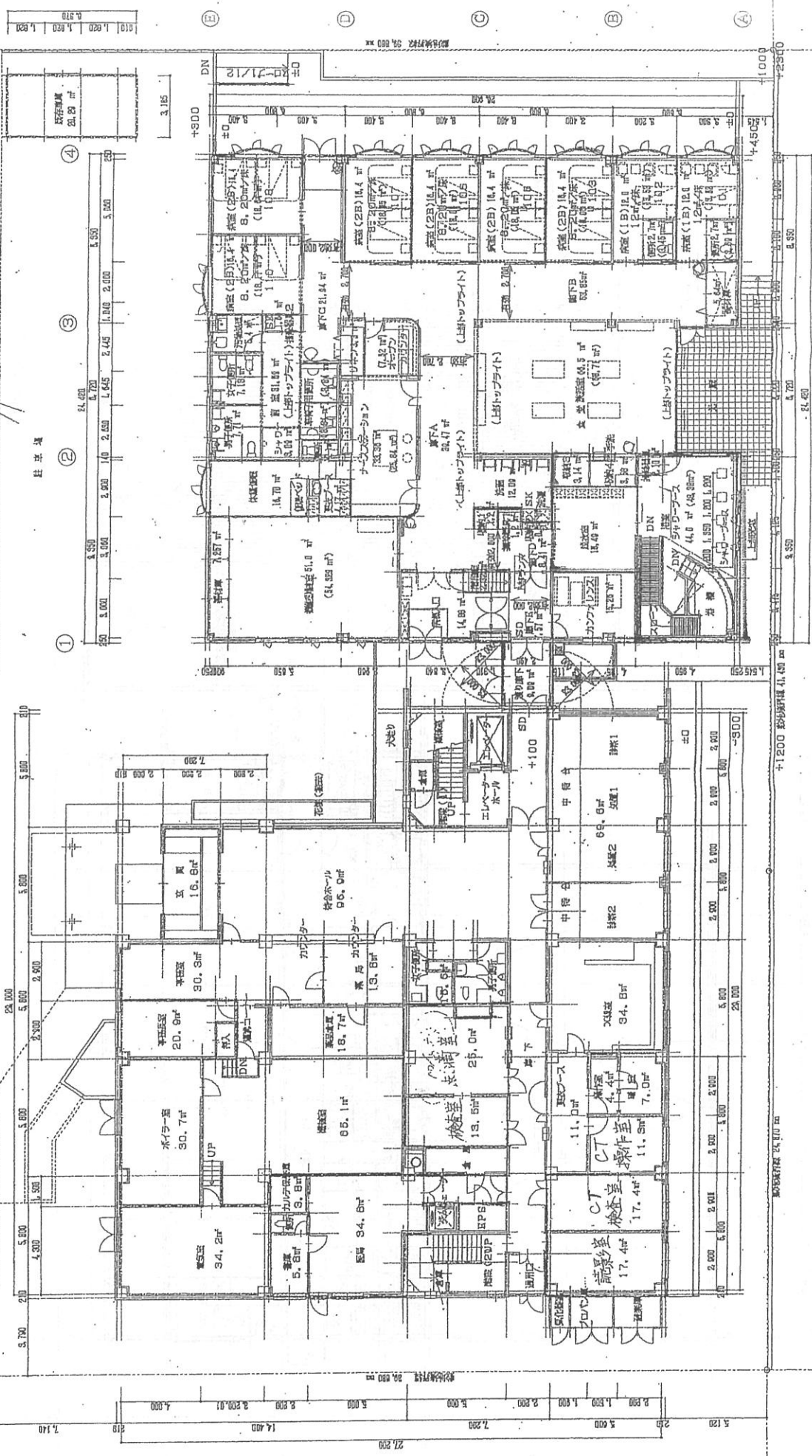
3階 デイ・サービス部

- 備考 1 各室の用途及び面積を記載してください。
 2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。



至東洋橋 41.450 m

至東洋橋 24.870 m



1階増改築平面配置図 Scale 1:200

98-003 (仮称) 医療法人社団菊友会望ヶ丘医院増改築工事
 1階増改築平面図 A-16
 ARCHITECT-OHKURA&A Scale 1:200

大塚 康一
 〒100-0001 東京都千代田区千代田 7-6-7886
 建築士事務所 建築設計事務所
 建築士事務所 建築設計事務所
 建築士事務所 建築設計事務所

