

## 別紙 1

平成30年 2月27日(火)  
第4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. 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社会福祉法人八雲町社会福祉協議会指定  
八雲デイサービスセンター

..... P 4 ~ P 6 .....

## 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

<p>地域密着型通所介護</p>	<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）

<p>生活相談員</p>	<p>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</p>
<p>介護職員</p>	<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>
<p>看護職員</p>	<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>
<p>機能訓練指導員</p>	<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>
<p>管理者</p>	<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> <p>(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>
<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> <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  (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>

	<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"> <li>・内容及び手続の説明及び同意</li> <li>・提供拒否の禁止</li> <li>・受給資格等の確認</li> <li>・地域密着型通所介護計画の作成</li> <li>・非常災害対策</li> <li>・衛生管理等</li> <li>・記録の整備等</li> </ul>

(表)

様式第6号 (第5条関係)

受付番号 4

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 1月31日

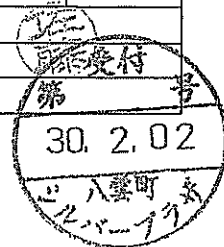
八雲町長 様

所在地 二海郡八雲町栄町13番地1  
申請者名 社会福祉法人八雲町社会福祉協議会  
代表者氏名 会長 秋松 等 印

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	シャカイフクシホウジン ヤクモチヨウシャカイフクシキョウギカイ			
	名称	社会福祉法人 八雲町社会福祉協議会			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 049-3117) 二海郡八雲町栄町13番地1 (ビルの名称等) 八雲町総合保健福祉施設シルバープラザ内			
	連絡先	電話番号 0137-64-2112	FAX番号 0137-63-2160		
	法人の種別	社会福祉法人	法人所轄庁	北海道 知事	
指定を受けようとする事業所の種類	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 会長	フリガナ アキマツ ヒトシ 氏名 秋松 等	生年月日 昭和23年 1月 3日	
	代表者の住所	(郵便番号 049-3111) 二海郡八雲町住初町164番地4			
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 049-3117) 二海郡八雲町栄町13番地1 (ビルの名称等) 八雲町総合保健福祉施設シルバープラザ内			
	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4月2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	01171150111117				
指定を受けている他市町村名					
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

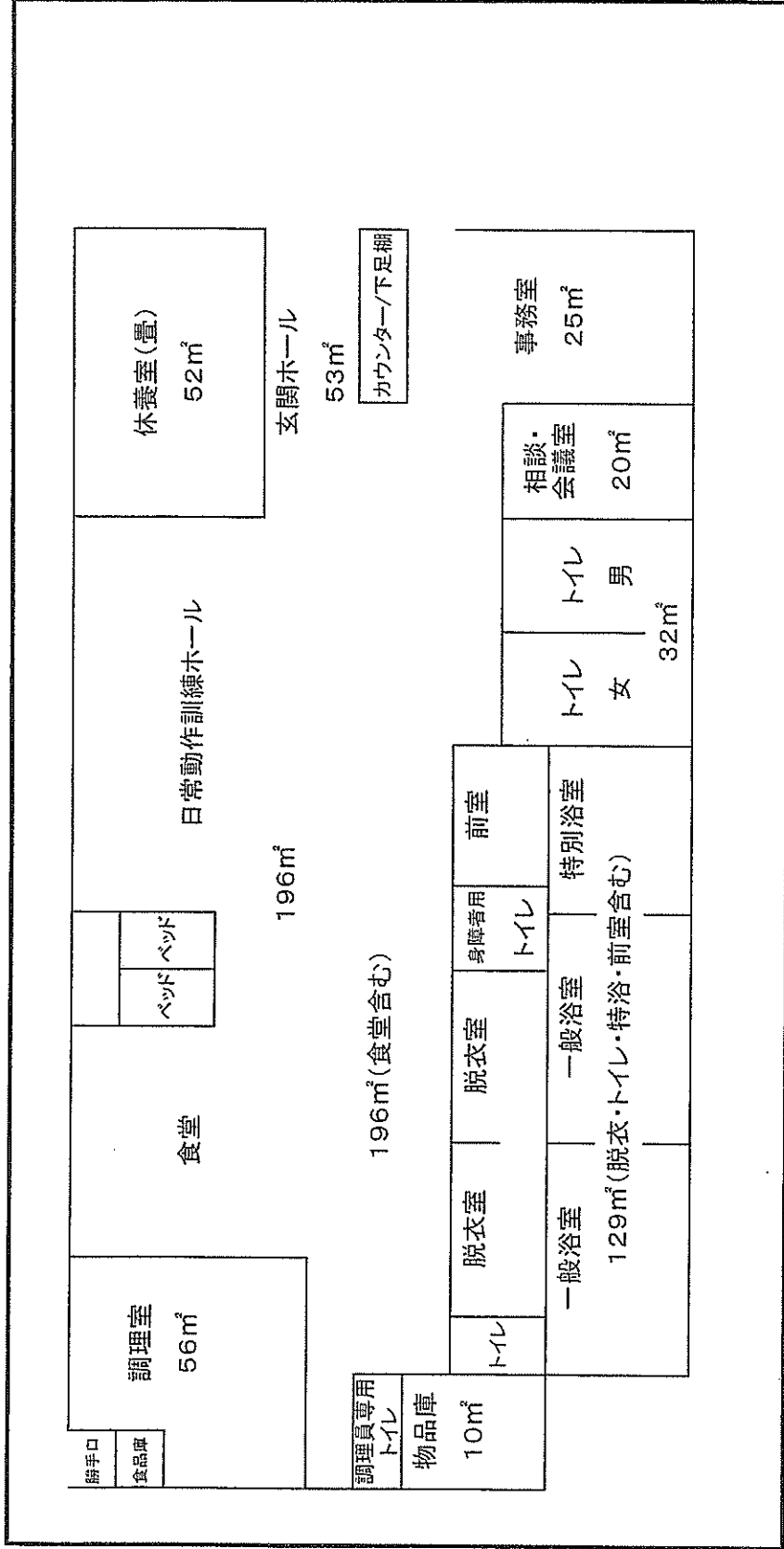
受付番号 4

事業所	フリガナ	シバタ コウイチ							
	名称	社会福祉法人 八雲町社会福祉協議会指定八雲デイサービスセンター							
	所在地	(郵便番号 049-3117) 二海郡八雲町栄町13番地1 八雲町総合保健福祉施設シルバープラザ内							
	連絡先	電話番号	0137-63-4110		FAX番号	0137-63-2160			
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9号				
管理者	フリガナ	シバタ コウイチ		住所	(郵便番号 049-3114)				
	氏名	柴田 幸一			二海郡八雲町三杉町25番地12				
	生年月日	昭和31年 1月26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	社会福祉法人 八雲町社会福祉協議会						
		兼務する職種及び勤務時間等	事務局長 月～金 7時間45分/日(うち2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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)			2		1	2	2		1
非常勤(人)						1			
基準上の必要人数(人)						2			
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		
						196㎡	54㎡以上	可	
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日 月曜日から金曜日(但し下記に該当する場合は休業とする) ・ゴールデンウィーク(5月3日～5月5日) ・年末年始(12月30日～翌年1月4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)(①平日9:30～15:00② : ~ : 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額							
通常の事業実施地域	八雲町(旧熊石町の区域を除く。)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に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)  
平面図

事業所・施設の名称	社会福祉法人八雲町社会福祉協議会指定八雲デイサービスセンター
-----------	--------------------------------



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。

