

平成30年 1月29日(月)  
第3回八雲町介護保険事業運営委員会

## 八雲町外に所在する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・あかり            | ..... P 5 ~ P 8 |



# 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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> </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"> <li>・入居定員は5人以上9人以下とすること</li> <li>・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。</li> </ul>
<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ければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(ア) 事業の目的及び運営の方針</li> <li>(イ) 従業者の職種、員数及び職務の内容</li> <li>(ウ) 利用定員</li> <li>(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</li> <li>(オ) 入居にあたっての留意事項</li> <li>(カ) 非常災害対策</li> <li>(キ) その他運営に関する重要事項</li> </ul>
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"> <li>(ア) 食材料費</li> <li>(イ) 理美容代</li> <li>(ウ) おむつ代</li> <li>(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</li> </ul> <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、その事業の運営に当たっては、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"> <li>・ 入退居の際の措置</li> <li>・ サービスの提供の記録</li> <li>・ （介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の作成</li> <li>・ 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止</li> <li>・ 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</li> <li>・ サービス提供拒否の禁止</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 非常災害対策（自然災害含む）</li> <li>・ 施設又は設備についての衛生管理</li> </ul>

(表)

様式第6号 (第5条関係)

受付番号 8

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

八雲町長 様

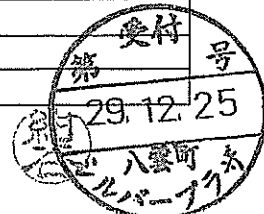
平成 29 年 12 月 15 日  
松山郡江差町字田沢町492番地3

申請者 所在地 株式会社グループホーム・和  
代表者氏名 代表取締役 中川 恵美子

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 013466

申請者	フリガナ 名称	和			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 042-0023) 松山郡江差町字田沢町492番地3 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号 0139-64-5753	FAX番号 0139-64-6203		
	法人の種別	有限会社	法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 代表取締役	フリガナ 中川 恵美子 氏名 中川 恵美子	生年月日 昭和 19 年 7 月 10 日	
	代表者の住所	(郵便番号 042-0023) 松山郡江差町字田沢町373番地			
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 042-0023) 松山郡江差町字田沢町492番地8			
	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	○	H 30. 2. 20	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	○	H 30. 2. 20	付表 6	
介護保険事業所番号	01391600014				
指定を受けている他市町村名	江差町、上ノ町、厚狭町、乙部町、八雲町、松原町				
医療機関コード等					



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 2







事業所	フリガナ	アアリ			
	名称	グループホーム・あかり			
	所在地	(郵便番号 042 - 0023) 松山郡江差町字田沢町492番地8			
	連絡先	電話番号	0197-54-5753	FAX番号	0197-54-6753
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 3 号		
管理者	フリガナ	ヤマダ トモコ		住所	(郵便番号 042 - 0023) 松山郡江差町字田沢町373番地2
	氏名	柳田 朋子			
	生年月日	昭和52年2月22日			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)			計画作成担当者、介護職員	
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	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		介護従業者	計画作成担当者
		専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)		4	3		1
非常勤(人)		1	4		
常勤換算後の人数(人)		4.47			
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)	9 室 (うち個室 9 室)	
	利用定員		9 人		
	利用料	法定代理受領分	専従大臣が運給金 降款		
		法定代理受領分以外	金 上		
その他の費用		食費、食料料			
協力医療機関	名称	北海道江差病院		主な診療科名	内、外、整形外科、精神、 (1187) 他
	名称	江差老人保健施設		主な診療科名	内、呼吸器、消化、1187 他
耐火構造物、準耐火構造物等の別		木造一部 2F			
運営推進会議の有無		⑩ 無			
添付書類		別添のとおり			

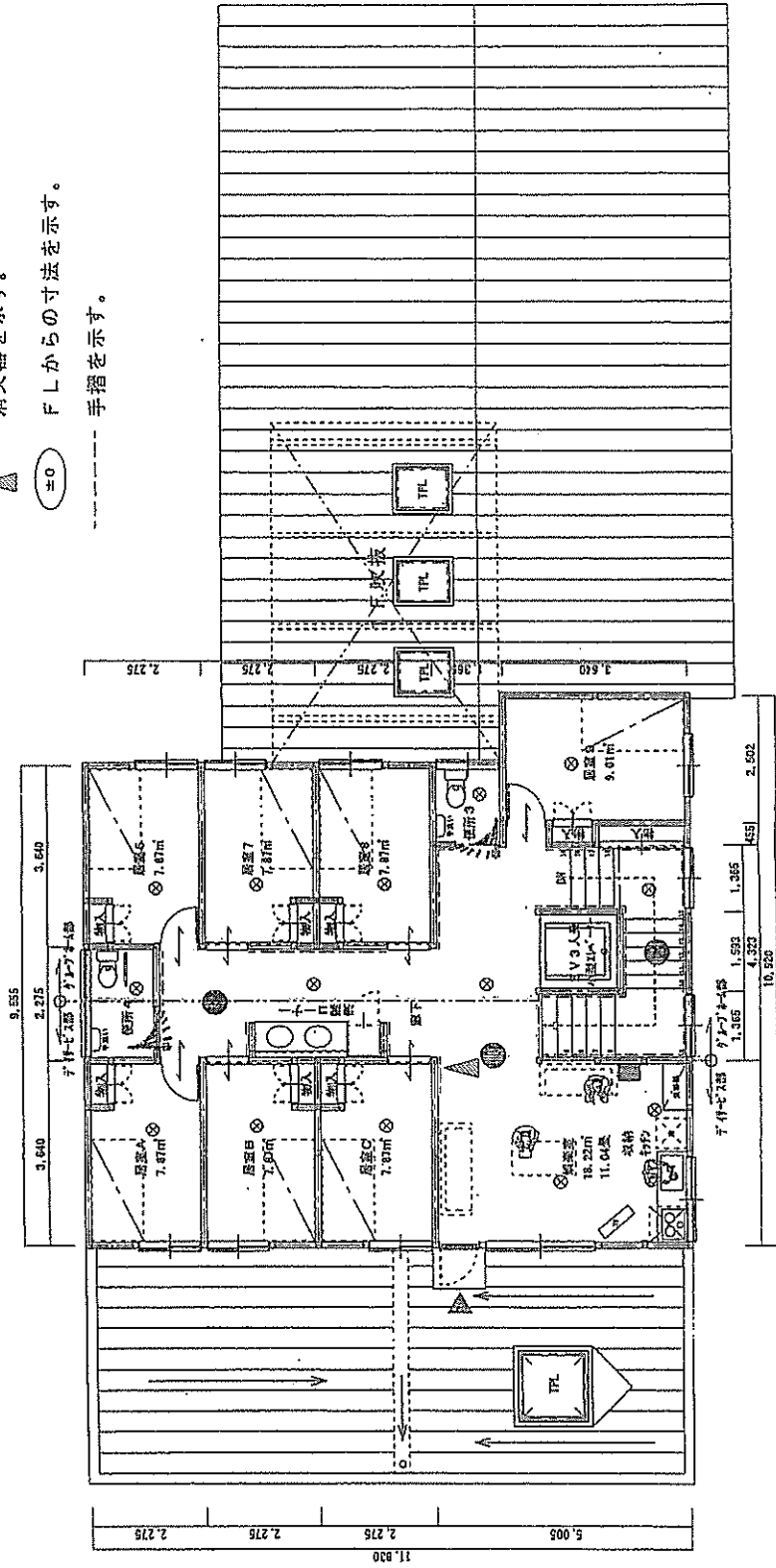
- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないでください。  
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別棟に記載した書類を添付してください。  
 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。  
 4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。





凡 例

-  誘導灯を示す。
-  非常照明を示す。
-  熱感知器を示す。(要消防署打ち合わせ)
-  消火器を示す。
-  F Lからの寸法を示す。
-  手摺を示す。



二級建築士 中川佳之	登録番号 (漢) 第2097号	設計 中川 佳之	校名 (建築物かり野路工事)	縮尺 1:100	平成18年 9月
			2階平面図		図号 6
					表の冊数