

令和4年度第2回介護保険運営協議会（結果）

日 時 令和4年10月13日（木）～令和4年10月21日（金）
（書面審議）

次 第

1 協議事項

- (1) 指定地域密着型（介護予防）サービス事業所の新規指定について 資料No.1

審議結果 可15名 否0名

意見等 新型コロナウイルス感染症のクラスターが散見されるため、
十分に注意いただきたい。

- (2) 指定地域密着型（介護予防）サービス事業所の指定更新について 資料No.2

審議結果 可15名 否0名

意見等 新型コロナウイルス感染症のクラスターが散見されるため、
十分に注意いただきたい。

2 その他意見等

- ・介護認定の結果が遅くなり始めているため、包括及びケアマネの業務に支障が生じるため、早期是正をお願いしたい。

介護保険運営協議会及び運営部会委員名簿

任期：令和3年4月1日～令和6年3月31日

※任期途中での変更があった場合は現任者を掲載

	役員	地域	氏名		所属	選出規定	運営部会
1	会長	一関	寺崎 公二	男	一般社団法人一関市医師会 会長	第3条第1項第1号 (保健医療福祉の関係者)	地域密着
2		花泉	吉原 睦	男	一関歯科医師会 副会長	第3条第1項第1号 (保健医療福祉の関係者)	包括 (部会長)
3		一関	中目 幸晴	男	両磐ブロック高齢者福祉協議会 会長	第3条第1項第1号 (保健医療福祉の関係者)	地域密着 (部会長)
4		一関	鈴木 道明	男	一般社団法人岩手県介護老人 保健施設協会 事務局長	第3条第1項第1号 (保健医療福祉の関係者)	包括
5	副会長	一関	中澤 伸一	男	社会福祉法人一関市社会福祉 協議会 介護事業課長	第3条第1項第1号 (保健医療福祉の関係者)	包括
6		一関	佐藤 親幸	男	一関市民生委員児童委員連絡 協議会 会長	第3条第1項第1号 (保健医療福祉の関係者)	包括
7		平泉町	佐藤 謙一	男	平泉町民生児童委員協議会 会長	第3条第1項第1号 (保健医療福祉の関係者)	地域密着 (職務代理者)
8		一関	皆川 真琴	男	両磐地区介護支援専門員協議会 監事	第3条第1項第1号 (保健医療福祉の関係者)	包括 (職務代理者)
9		一関	長澤 茂	男	一関市医療と介護の連携連絡 会 幹事長	第3条第1項第1号 (保健医療福祉の関係者)	地域密着
10		一関	岩渕 松義	男	認知症の人と家族の会岩手県 支部一関地区世話人	第3条第1項第2号 (被保険者)	包括
11		一関	沼倉 恵子	女	一関市まちづくりスタッフバ ンク	第3条第1項第2号 (被保険者)	地域密着
12		川崎	千葉 博	男	一関市行政区長会連絡協議会 会長	第3条第1項第3号 (各種団体等の関係者)	包括
13		一関	佐藤 清子	女	一関市老人クラブ連合会 副 会長	第3条第1項第3号 (各種団体等の関係者)	地域密着
14		川崎	佐々木 京子	女	一関市保健推進委員連絡協議 会 副会長	第3条第1項第3号 (各種団体等の関係者)	包括
15		-	木村 博史	男	岩手県一関保健所長	第3条第1項第4号 (学識経験者)	地域密着

参考：女性の比率：20% (3/15)

(順不同)

介護保険運営協議会及び運営部会職員

構成市町関係

職名	氏名	備考	運協	運営部会	
				地域密着	包括
介護保険担当参事	鈴木 伸一	一関市保健福祉部長	○		
介護福祉主幹	佐藤 和幸	一関市保健福祉部長 社会課長	○		○
介護福祉主幹	穂積 千恵子	平泉町保健センター所長	○	○	

一関地区広域行政組合関係

職名	氏名	備考	運協	運営部会	
				地域密着	包括
事務局長	佐藤 正幸		○		
事務局次長兼介護保険課長	猪股 浩子		○	○	
介護保険課課長補佐兼介護保険総務係長	千葉 麻弥		○		○
介護保険課課長補佐兼認定調査係長	伊藤 晃		○		○
資格給付係長	里舘 弘美		○	○	
介護保険課主査	糸数 透		○	○	
介護保険課主事	菅原 裕太		○	○	
一関西部地域包括支援センター所長	高橋 恵		○		○
一関東部地域包括支援センター所長	小野寺 久美		○		○
さくらまち地域包括支援センター管理者	太田 真希子				○
はないずみ地域包括支援センター管理者	佐々木 紫				○
しぶたみ地域包括支援センター管理者	小野寺 理恵				○
ふじさわ地域包括支援センター管理者	畠山 あけみ				○
ひらいずみ地域包括支援センター管理者	千葉 礼子				○

一関地区広域行政組合介護保険運営協議会規則

平成 18 年 4 月 1 日

一関地区広域行政組合規則第 18 号

一部改正 平成 24 年 3 月 規則第 4 号

(設置)

第 1 条 この規則は、一関地区広域行政組合介護保険条例（平成 18 年一関地区広域行政組合条例第 27 号）第 3 条の規定により、一関地区広域行政組合介護保険運営協議会(以下「協議会」という。)に関し必要な事項を定めるものとする。

(所掌事項)

第 2 条 協議会の所掌事項は次のとおりとする。

- (1) 介護保険事業計画の策定及び推進に関して審議すること。
- (2) 介護サービスの提供に関して審議すること。
- (3) 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 42 条の 2 第 5 項に規定する地域密着型介護サービス費の額に関して審議すること。
- (4) 法第 54 条の 2 第 5 項に規定する地域密着型介護予防サービス費の額に関して審議すること。
- (5) 法第 78 条の 2 第 7 項に規定する指定地域密着型サービス事業者の指定等に関して審議すること。
- (6) 法第 78 条の 4 第 5 項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準及び指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準に関して審議すること。
- (7) 法第 115 条の 12 第 5 項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定に関して審議すること。
- (8) 法第 115 条の 14 第 5 項に規定する指定地域密着型介護予防サービスに従事する従業者に関する基準並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に関して審議すること。
- (9) 法第 115 条の 46 に規定する地域包括支援センターに関して審議すること。
- (10) 前各号に掲げるもののほか、介護保険事業の運営上必要と認める事項に関して審議すること。

(組織)

第 3 条 協議会は、委員 15 人以内をもって組織し、次の各号に掲げる者のうちから管理者が委嘱する。

- (1) 保健医療福祉の関係者

(2) 法第9条に規定する第1号被保険者及び第2号被保険者

(3) 各種団体等の関係者

(4) 学識経験を有する者

2 委員の任期は、3年とする。ただし、欠員が生じた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第4条 協議会に、会長及び副会長1人を置き、委員の互選とする。

2 会長は、会務を総理し、会議の議長となる。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき、又は欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 協議会は、管理者が招集する。

2 協議会は、委員の半数以上が出席しなければ会議を開くことができない。

3 協議会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(部会)

第6条 第2条第3号から第9号まで掲げる事項について専門的調査及び研究を行うため、協議会に部会を置く。

2 部会に属する委員は、会長が指名する。

3 部会に部会長を置き、部に属する委員の互選とする。

4 部会長は、部会の事務を掌理し、部会における審議の経過及び結果を会長に報告する。

5 部会長は、必要に応じて部会を招集し、部会の議長となる。

6 部会長に事故があるときは、部会に属する委員のうちから部会長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。

(庶務)

第7条 協議会の庶務は、介護保険課において処理する。

(補則)

第8条 この規則に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

地域密着型サービス運営部会設置要領

(設置)

第1 一関地区広域行政組合介護保険運営協議会規則（以下「規則」という。）第6条第1項の規定に基づき、規則第2条第3号から第8号までに規定する事項について審議するため、一関地区広域行政組合介護保険運営協議会（以下「協議会」という。）に地域密着型サービス運営部会（以下「運営部会」という。）を設置する。

(運営部会の構成)

第2 運営部会の委員は規則第3条に規定する委員のうちから規則第4条第1項に規定する協議会の会長（以下「会長」という。）が指名する。

2 運営部会に部会長1人を置き、運営部会に属する委員の互選により選出する。

3 部会長に事故あるときは、部会に属する委員のうちから部会長があらかじめ指名する者がその職務を代理する。

(所掌事項)

第3 運営部会は、次に掲げる事項を所掌する。

(1) 指定地域密着型サービスに係る事業者の指定に関すること。

(2) 指定地域密着型サービス指定基準及び介護報酬に関すること。

(3) 地域密着型サービスの質の確保に関すること。

(4) 地域密着型サービスの運営の評価に関すること。

(5) 前各号に掲げるもののほか、地域密着型サービスの運営上必要と認める事項に関すること。

(会議)

第4 運営部会は、部会長が招集する。

2 運営部会は、委員の半数以上が出席しなければ、会議を開くことができない。

3 運営部会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、部会長の決するところによる。

4 部会長は、運営部会における審議の経過及び結果を協議会に報告する。

(意見の聴取)

第5 運営部会は、必要があると認めるときは、委員以外の者を会議に出席させて意見を聞き、又は資料の提出を求めることができる。

(その他)

第6 この要領に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

(実施期日)

この要領は、平成24年6月27日から実施する。

地域包括支援センター運営部会設置要領

(設置)

第1 一関地区広域行政組合介護保険運営協議会規則（以下「規則」という。）第6条第1項の規定に基づき、規則第2条第9号に規定する事項について審議し、地域包括支援センター（以下「センター」という。）の適切、公正かつ中立な運営を確保するため、一関地区広域行政組合介護保険運営協議会（以下「協議会」という。）に地域包括支援センター運営部会（以下「運営部会」という。）を設置する。

(運営部会の構成)

第2 運営部会の委員は規則第3条に規定する委員のうちから規則第4条第1項に規定する協議会の会長（以下「会長」という。）が指名する。

2 運営部会に部会長1人を置き、運営部会に属する委員の互選により選出する。

3 部会長に事故あるときは、部会に属する委員のうちから部会長があらかじめ指名する者がその職務を代理する。

(所掌事項)

第3 運営部会は、次に掲げる事項を所掌する。

(1) センターの設置等に関すること。

(2) センターの行う業務に係る方針に関すること。

(3) センターの運営に関すること。

(4) センターの職員の確保に関すること。

(5) 前各号に掲げるもののほか、地域包括ケアに関すること。

(会議)

第4 運営部会は、部会長が招集する。

2 運営部会は、委員の半数以上が出席しなければ、会議を開くことができない。

3 運営部会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、部会長の決するところによる。

4 部会長は、運営部会における審議の経過及び結果を協議会に報告する。

(意見の聴取)

第5 運営部会は、必要があると認めるときは、委員以外の者を会議に出席させて意見を聞き、又は資料の提出を求めることができる。

(その他)

第6 この要領に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

(実施期日)

この要領は、平成24年6月27日から実施する。

附 則

(実施期日)

この要領は、令和3年4月1日から実施する。

指定地域密着型（介護予防）サービス事業者の新規指定について

下記の事業者から、指定地域密着型サービス事業所に係る指定申請書の提出がありました。

今回申請する認知症対応型通所介護サービスについては、公募によらない整備をしており、介護保険事業計画における整備計画以外のサービスとなります。

また、対象事業所については、書類審査及び現地確認により、「一関地区広域行政組合指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」に適合していることを確認しております。

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | 対象事業者 | 特定非営利活動法人ケアセンターいこい
(一関市地主町2-26) |
| | サービスの種類 | 認知症対応型通所介護 |
| | 事業所名 | デイサービスセンターいこいの杜 |
| | 事業所所在地 | 平泉町平泉字樋の沢25-1 |
| | 指定期間 | 令和4年11月1日から令和10年10月31日まで |
| | 現地確認日 | 認知症対応型共同生活介護事業所の居間または食堂を利用。令和3年11月26日実地指導で現地確認。その後の変更はなし。 |
| | 添付書類 | ① 地域密着型サービス事業所指定申請書写し
② 事業所の指定に係る記載事項（付表）写し
③ 事業所の位置図
④ 事業所の平面図、立面図
⑤ チェックリスト |

様式第1号（第2条関係）

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 指定申請書
指定居宅介護支援事業所

令和4年 6月 17日

一関地区広域行政組合 管理者 様

申請者 所在地 岩手県一関市地主町2-26
名称 特定非営利活動法人ケアセンターいこい
代表者氏名 理事長 岩渕 力也

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又は指定居宅介護支援事業所の指定を受けたいので、介護保険法第78条の2、第115条の12又は第79条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	トクテイヒエイリカツドウハウジンケアセンターイコイ									
	名称	特定非営利活動法人ケアセンターいこい									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 021-0893) 岩手県一関市地主町2-26									
	連絡先	電話番号	0191-31-1514	FAX番号	0191-31-1517						
		Email	info01@kea-ikoi.net								
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ氏名	イワブチ リキヤ 岩渕 力也	生年月日	■■■■				
代表者の住所	(郵便番号 ■■■■) ■■■■										
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等の種類			指定申請対象事業 (該当事業に○)	既に指定を受けている事業 (該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式				
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護						付表1			
		認知症対応型通所介護			○		令和4年11月1日	付表2			
		小規模多機能型居宅介護						付表3			
		認知症対応型共同生活介護				○		付表4			
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表5			
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表6			
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						付表7			
		複合型サービス						付表8			
	地域密着型通所介護						付表9				
	居宅介護支援事業						付表10				
介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護			○		令和4年11月1日	付表2				
	介護予防小規模多機能型居宅介護						付表3				
	介護予防認知症対応型共同生活介護				○		付表4				
介護保険事業者番号	0	3	9	2	6	0	0	0	3	7	(既に指定又は許可を受けている場合)
医療機関コード等											(保険医療機関として指定を受けている場合)

* 裏面に記載についての備考があります。

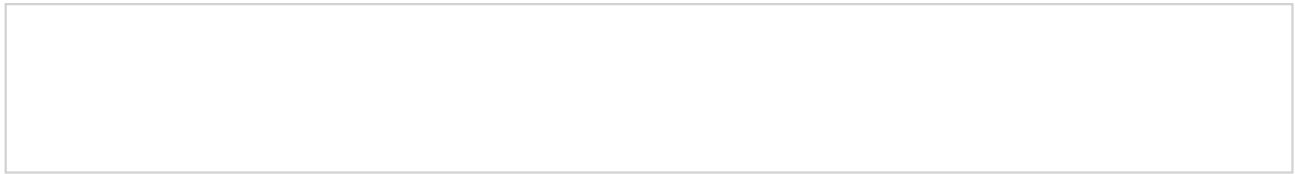
付表 2-2 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（共用型）

事業所	フリガナ	デイサービスセンターイコイノモリ			
	名称	デイサービスセンターいこいの杜			
	所在地	(郵便番号 029-4102) 岩手県西磐井郡平泉町平泉字樋の沢25-1			
	連絡先	電話番号	0191-48-4812	FAX 番号	0191-48-4813
	Email				
本体事業種別	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所		<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設		<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設
管理者	フリガナ	チバ サチコ		住所	(郵便番号)
	氏名	千葉 幸子			
	生年月日				
	当該認知症対応型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	千葉 幸子	事業所番号	0392600037
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者兼計画作成担当者兼介護員			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数			21人	2ユニット	
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)					
非常勤(人)					
○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		179.56㎡	1ユニット:89.78		
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 9:00 ~ 16:10 ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	3人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				
添付書類	別添のとおり				

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所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) 県 郡市			
	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		㎡			
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)				

- 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。



(介護予防) 認知症対応型通所介護チェックリスト

申請書受理日	令和4年6月17日
事業者名称	特定非営利活動法人ケアセンターいこい
事業所名称	デイサービスセンターいこいの杜
利用定員	3人
現地確認実施日	—

○種類

種類		該当
単独型	単独で事業所を設置するもの。	<input type="checkbox"/>
併設型	特養、養護老人ホーム、病院、診療所、老健、社会福祉法第62条第1項の社会福祉施設、特定施設に併設するもの。	<input type="checkbox"/>
共用型	GHの居間もしくは食堂、密着型特定施設・密着型介護老人福祉施設の食堂もしくは共同生活室を利用して、これらの利用者（入居者）と共に行うもの。	<input type="checkbox"/>

○提出書類

	提出書類名	チェック欄
1	指定申請書【第1号様式】	<input type="checkbox"/>
2	指定更新申請書【第5号様式】	<input type="checkbox"/>
3	事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型）【付表2-1】	<input type="checkbox"/>
4	事業所の指定に係る記載事項（共用型）【付表2-2】	<input type="checkbox"/>
5	事業所等所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項【付表2-3】	<input type="checkbox"/>

	添付書類	チェック欄
1	申請者の定款、寄付行為等及び登記事項証明書又は条例等	<input type="checkbox"/>
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表【様式1】	<input type="checkbox"/>
3	管理者の経歴【様式2】	<input type="checkbox"/>
4	事業所の平面図、配置図、位置図（公図の写し等に予定地をマーカー等で色づけすること。）【様式3】	<input type="checkbox"/>

(介護予防) 認知症対応型通所介護チェックリスト

	添付書類	チェック欄
5	設備・備品等に係る一覧表【様式5】	
6	運営規程（①事業の目的及び運営の方針、②従業者の職種、員数及び職務の内容、③営業日及び営業時間、④利用定員、⑤サービス内容及び利用料等、⑥通常の事業の実施地域、⑦サービス利用に当たっての留意事項、⑧緊急時等における対処方法、⑨非常災害対策、⑩その他運営に関する重要事項）	○
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要【様式7】	
8	サービス提供実施単位一覧表【様式8】	
9	当該申請に係る資産の状況（財産目録、損益計算書、貸借対照表）	
10	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項	○
11	法第78条の2第4項各号及び第115条の12第2項各号に該当しないことを誓約する書面【様式9-2】	○
12	役員の氏名等【様式9-2】	○
13	組織体制図	
14	管理者の実務経歴書	○
15	義務研修の受講を証する書面	○
16	事業予定地及び建物の登記簿謄本	
17	事業計画書	
18	事業実績書	
19	資金計画書	
20	収支予算書	
21	事業予定地全体の様子を確認できる写真	

(介護予防) 認知症対応型通所介護チェックリスト

○人員基準 (共用型)

	基 準	申請の内容	適否
管 理 者	1 事業所毎に専従常勤の管理者を置かなければならない。 ただし、管理上支障がない場合は、当該事業所の他の職務に従事し、または同一敷地内にある他の事業所等の職務に従事することができる。	管理者 千葉 幸子 計画作成担当者・介護職員兼務	適
	2 適切なサービスを提供するために必要な知識・経験があり、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了している。	管理者研修修了 H29.9.8 岩手県第 1354 号	適
従 業 者	GH、密着型特定施設、密着型介護老人福祉施設の利用者と共用型認知症対応型通所介護の利用者の合計が3またはその端数を増すごとに1以上 GH：介護職員 特定施設、小規模特養：看護職員または介護職員 うち、3時間以上5時間未満…利用者数を1/2 5時間以上7時間未満…利用者数を3/4 7時間以上9時間未満…利用者数を1でカウントする	利用者 デイ 3名 GH 18名 合計 21名 従業者 常勤換算 12.5 ≥ 7	適

(介護予防) 認知症対応型通所介護チェックリスト

○設備基準 (単独型、併設型)

基 準	申請の内容	適否
1 食堂、機能訓練室 それぞれ必要な広さがあり、合計面積は3㎡×利用定員以上。 食事の提供及び機能訓練の実施上支障がない場合は、食堂、機能訓練室は同一の場所とできる。		
2 相談室 遮へい物の設置等により、相談の内容が漏えいしないように配慮すること。		
3 その他 食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室のほか、消火設備その他の設備及び備品を備えること。		

○一般基準 (単独型、併設型)

基 準	申請の内容	適否
利用定員 1単位 12人以下		

○一般基準 (共用型)

基 準	申請の内容	適否
1 事業所、施設ごと 1日あたり3人以下	定員3人	適
GH、特定施設、小規模特養において、事業の開始または施設の開設後3年以上経過していること	GH H24.4.1 指定 H30.4.1 更新済み	適

(介護予防) 認知症対応型通所介護チェックリスト

○介護給付費関

加算（減算）項目	確認事項	算定	適否
職員の欠員による減算の状況	看護職員又は介護職員を指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準に定める員数をおいていないこと。		
定員超過利用減算	月平均の利用者の数が運営規程に定められている利用定員を超えた場合		
時間延長サービスの体制	日常生活上の世話をを行った後に引き続き所要時間7時間以上9時間未満の指定認知症対応型通所介護をおこなった場合又は所要時間6時間以上8時間未満の指定認知症対応型通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合であって、当該指定認知症対応型通所介護の所要時間と当該指定認知症対応型通所介護の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が9時間以上となる時。		
入浴介助加算Ⅰ	入浴介助を適切に行うことのできる人員及び設備を有している。	有	適
入浴介助加算Ⅱ	医師、理学療法士等が利用者の居宅を訪問して浴室環境と浴室における利用者の動作を評価し、その結果を踏まえた個別の入浴計画を作成。		
中重度者ケア体制加算	基準の看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。時間帯を通じて専従の看護職員を1名以上確保している。 前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3、4、5である者の割合が30%以上。		
生活機能向上連携加算Ⅰ	外部との連携（訪問リハ・通所リハ・リハ実施の医療施設の理学療法士等からの助言）により利用者の身体の状態等の評価を行い個別機能訓練計画を作成し、その進捗状況を3月に1回以上評価している場合、3月に1回を限度に算定。		
生活機能向上連携加算Ⅱ	外部との連携（訪問リハ・通所リハ・リハ実施の医療施設の理学療法士等が事業所を訪問）により利用者の身体の状態等の評価を行い個別機能訓練計画を作成し、その進捗状況を3月に1回以上評価している場合、1月に1回を限度に算定。		
個別機能訓練加算Ⅰイ	専ら機能訓練指導員に従事する理学療法士等を1名配置。機能訓練指導員等が共同で個別機能訓練計画を作成し、計画に基づき理学療法士等が計画的に機能訓練を実施。機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問して計画を作成し、その後も3		

(介護予防) 認知症対応型通所介護チェックリスト

	月に1回以上利用者の居宅を訪問し、生活状況を確認するとともに、必要に応じて計画の見直しを行うこと。		
個別機能訓練加算 Iロ	加算Iイで配置された理学療法士等に加えて、専ら機能訓練の職務に従事する理学療法士等をサービス提供時間帯を通じて1名以上配置すること。 加算Iイの要件を満たすこと。		
個別機能訓練加算 II	加算Iイ又は加算Iロのいずれかの要件を満たすこと。 利用者ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。		
ADL維持等加算I	<ul style="list-style-type: none"> ・評価対象者の数が10人以上。 ・対象者全員について、評価対象利用開始月から起算して6月目においてADLを評価し、その評価に基づく値(ADL値)を測定し、測定した日の属する月ごとに厚生労働省に提出。 ・ADL利得の平均値が1以上 		
ADL維持等加算II	<ul style="list-style-type: none"> ・評価対象者の数が20人以上。 ・対象者全員について、評価対象利用開始月から起算して6月目においてADLを評価し、その評価に基づく値(ADL値)を測定し、測定した日の属する月ごとに厚生労働省に提出。 ・ADL利得の平均値が2以上 		
認知症加算	基準の看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保している。時間帯を通じて、認知症介護の指導に係る専門的な研修等を修了した者を1名以上配置。事業所における前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、日常生活自立度のランクがⅢ、Ⅳ、Mに該当する者の割合が20%以上。		
若年性認知症利用者受入加算	受け入れた若年性認知症利用者(初老期における認知症によって要介護者となった者)ごとに個別に担当者を定めている。	有	適
栄養アセスメント・栄養改善体制	従業者または外部との連携により管理栄養士を1名以上配置。 【栄養アセスメント加算】利用者ごとに管理栄養士等が共同で栄養アセスメントを3月に1回以上行う。利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省へ提出し、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用してい		

(介護予防) 認知症対応型通所介護チェックリスト

	<p>る。</p> <p>【栄養改善体制加算】管理栄養士等が挙動して栄養ケア計画を作成。計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスの提供。利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況をおおむね3月毎に評価し、介護支援専門員や主治医に対して情報提供。</p>		
口腔機能向上加算	<p>言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置。言語聴覚士等による口腔機能改善管理指導計画の作成。計画に基づく口腔機能向上サービスの提供。利用者毎の計画の進捗状況を定期的に評価し、介護支援専門員等へ情報提供。</p>		
科学的介護推進体制加算	<p>利用者毎のADL値、利用状態、口腔機能、認知症の症状その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出及び情報の活用。</p>		
サービス提供体制強化加算Ⅰ	<p>以下のいずれかに該当。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の70以上 ・介護職員の総数のうち勤続年数が10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上 		
サービス提供体制強化加算Ⅱ	<p>以下に該当。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の50以上 		
サービス提供体制強化加算Ⅲ	<p>以下のいずれかに該当。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の40以上 ・勤続年数7年以上の介護福祉士が100分の30以上 		
介護職員処遇改善加算	<p>介護職員に対して賃金改善等の処遇改善を実施している場合に、以下の単位数を加算。</p> <p>加算Ⅰ：単位数×59/1000 加算Ⅱ：単位数×43/1000 加算Ⅲ：単位数×23/1000</p>	有	適
介護職員等特定処遇改善加算	<p>介護職員等に対して賃金改善等の処遇改善を実施している場合に以下の単位数を加算。</p> <p>加算Ⅰ：単位数×12/1000 加算Ⅱ：単位数×10/1000</p>	有	適

指定地域密着型（介護予防）サービス事業者の指定更新について

1 概要

介護保険法(平成9年法律第123号)に基づいて指定した介護保険サービスの事業者は、基準の適合状況を定期的に確認するため、指定の効力に6年間の期限が設けられています。

これにより、事業者は指定日から6年を経過するごとに指定の効力を失うこととなるため、有効期間満了日までに指定の更新を受ける必要があります。

今回指定の更新を行おうとする次の事業所については、これまで重大な基準違反と認められる事項はなく、指定地域密着型サービスの事業の人員基準、設備基準及び介護給付費算定の要件に適合していることを確認しております。

2 対象事業所

サービスの種類	事業所名 (事業者名)	事業所所在地	定員 (人)	更新後の 指定期間	資料 ページ	(参考) 現在の指定 有効期間
(介護予防) 認知症対応型 共同生活介護	グループホーム平泉 (株式会社シリウスケア サービス)	平泉町平泉 字日照田 133-2	9	R4.11.1 から R10.10.31	2p から 5p	H28.11.1 から R4.10.31
地域密着型通 所介護	宅朗所すりさわデイサー ビス (特定非営利活動法人い わい地域支援センター)	大東町摺沢 字但馬崎 25-7	18	R4.11.1 から R10.10.31	6p から 8p	H28.11.1 から R4.10.31
(介護予防) 認知症対応型 共同生活介護	グループホーム美葉 (有限会社チバコウ)	千厩町千厩 字岩間 38-4	18	R4.12.1 から R10.11.30	9p から 12p	H28.12.1 から R4.11.30
(介護予防) 認知症対応型 共同生活介護	グループホームぼらん室 根 (特定非営利活動法人な ごみ)	室根町折壁 字兵沢 114-1	9	R4.12.25 から R10.12.24	13p から 16p	H28.12.25 から R4.12.24

3 現地確認

新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため事業所訪問は実施せず、施設写真により確認。

事業所名：グループホーム平泉

○ 人員基準

	基 準	申 請 の 内 容	適 否
代 表 者	1 特養、老人デイ、老健、GH の従業者もしくは訪問介護員として認知症である者の介護に従事した経験を有する者、または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している者。	法人代表者 代表取締役 久野 義博	適
	2 認知症対応型サービス事業開設者研修等を修了している者。(等は下記のいずれか) ア：実践者研修また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 イ：基礎課程または専門課程 ウ：認知症介護指導者研修 エ：認知症高齢者グループホーム開設予定者研修	藤江 裕子 管理者研修修了 H30. 9. 14 岩手県第 1476 号	適
管 理 者	1 ユニット毎に置かれ、かつ、常勤専従でなければならない。 ただし、管理上支障がない場合は、当該ユニットの他の職又は同一敷地内にある他の事業所、施設等若しくは併設する小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事できる。 同一事業所の他のユニットの兼務も可。	管理者 藤江 裕子 常勤兼務	適
	2 認知症介護実践研修における実践者研修（旧基礎課程含む）を修了していること。	実践者研修 H30. 9. 7 岩手県第 5126 号	適
	3 特養、高齢者デイ又は老健等で、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、かつ、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了している者	管理者研修 H30. 9. 14 岩手県第 1476 号	適

	基 準	申 請 の 内 容	適 否
計 画 作 成 担 当 者	1 事業所毎に置かれていること。	小野寺 信子 常勤兼務	適
	2 少なくとも1人は、介護支援専門員であること。 ※ただし2人とも介護支援専門員をもって充てることが望ましい。	小野寺 信子 介護支援専門員番号： 03120052	適
	3 介護支援専門員以外の計画作成担当者は、特養の生活相談員や老健の支援専門員その他の認知症である者の介護サービスに係る計画の作成に関し実務経験を有すると認められる者	本事業所での介護経験が十分にあり、介護支援専門員有資格者からの指導が見込めるため認める。	適
	4 管理者等との兼務可	兼務なし	—
	5 認知症介護実践研修における実践者研修（旧基礎課程含む）を修了していること。	実践者研修 H23. 8. 24 岩手県第 2507 号	適
介 護 従 事 者	1 夜間・深夜の時間帯以外の時間帯を通じて、利用者が3人又はその端数を増すごとに <u>常勤換算方式</u> で1人以上（例えば、利用者が9の場合は3人の介護従事者が必要となる。）	常勤換算方法で 6.2人 （利用者9人→最低3人）	適
	2 夜間・深夜の時間帯を通じて、夜勤を行う介護従事者1以上 なお、利用者の処遇に支障がない場合は、併設される他の1ユニットの夜勤を兼務できる。	夜勤 1人	適
	3 介護従業者のうち1以上の者は、常勤でなければならない。	常勤 4人 \geq 1人	適

○ 設備基準

基 準	申 請 の 内 容	適 否
1 ユニット数 1、2又は3であること。	1ユニット	適
2 入居定員 5人以上9人以下であること。	9人	適
3 居室 (1) 個室（1人定員）であること。 ただし、夫婦である等、利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人とすることができる。	全室個室 備え付け ベッド	適
(2) 1の居室の収納を除く床面積が、7.43 m ² （4畳半相当）以上であること。	最小床面積 9.93 m ² > 7.43 m ²	適
(3) 他の居室と明確に区別されている。 ふすま○、カーテン、簡易パネル×	全室個室	適
4 その他 (1) 居室のほか、居間、食堂、台所及び浴室、消火設備その他非常災害に際して必要な設備、その他利用者が日住生活を営む上で必要な設備が設けられていること。 ・居間と食堂は同一の場所でも可 ・居間、食堂、台所はユニットごとの専用の設備であり、他の事業所の利用者が共用することも原則不可。（共用型認知症デイを除く） ・事務室は兼用可。	居室 各9室 食堂兼居間 1か所 台所 1か所 浴室 1か所 トイレ 3か所 洗面設備 1か所 事務室 1か所	適
(2) 消防設備について、スプリンクラー設置義務あり。自動火災報知設備、火災通報装置、消火器を設置。	スプリンクラー 火災通報装置 自動火災報知機 消火器	適

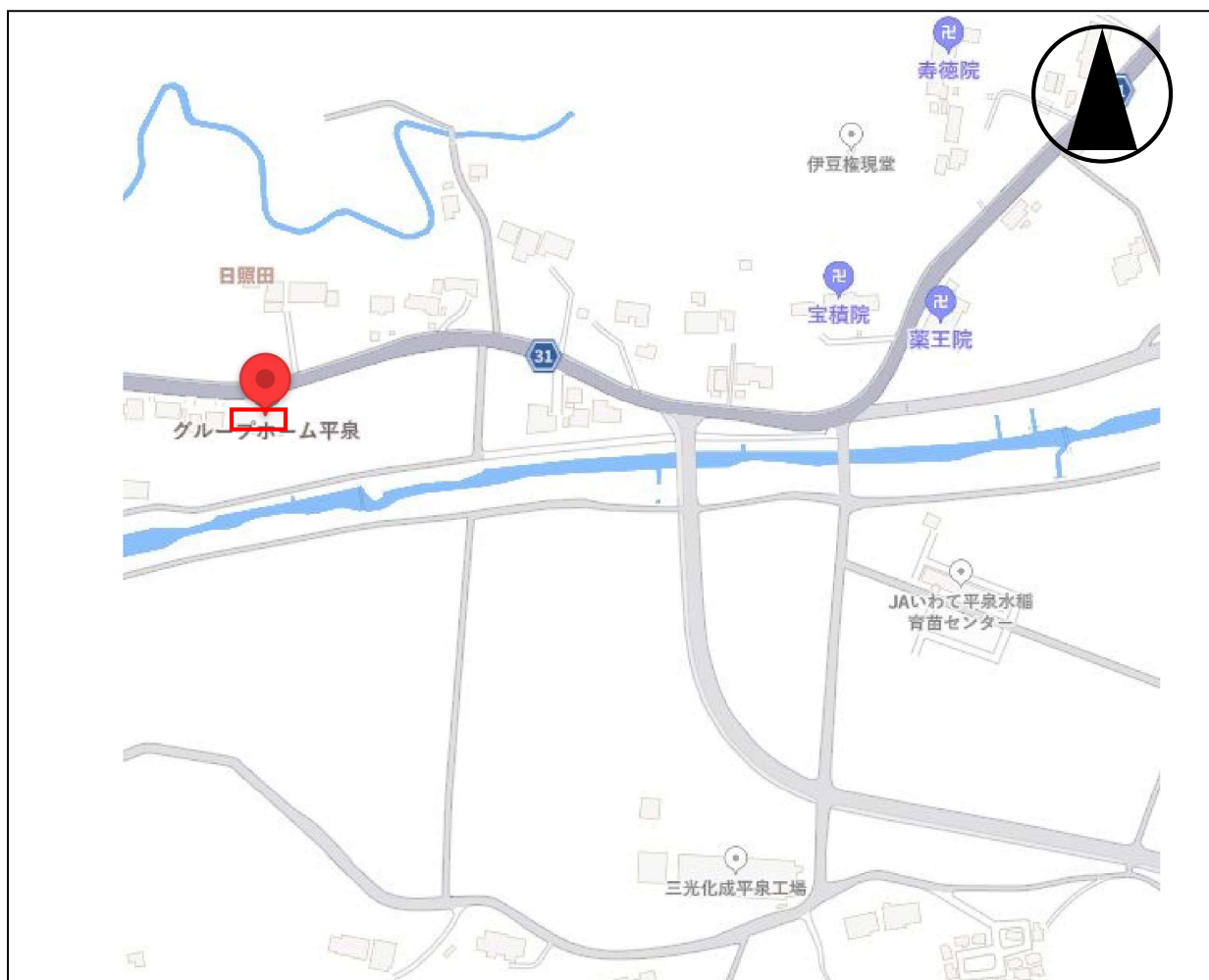
○ 一般的事項（人員基準及び設備基準以外）

	確認事項	適 否
1	申請者が法人であるか。	適（変更なし）
2	立地が、住宅地にあるか。	適（変更なし）

◎加算の取得状況

加算（減算）項目	確認事項	適否
夜間勤務条件基準		
職員の欠員による減算	減算なし	適
身体拘束廃止取組の有無		
3ユニットの事業所が夜勤職員を2名		
夜間支援体制加算		
若年性認知症利用者受入加算		
利用者の入院期間中の体制		
看取り介護加算		
医療連携体制加算		
認知症専門ケア加算		
科学的介護推進体制加算		
サービス提供体制強化加算	届け出あり（加算Ⅲ）	適
介護職員処遇改善加算	届け出あり（加算Ⅱ）	適
介護職員等特定処遇改善加算		

◎位置図



事業所名：宅朗所すりさわデイサービス

○人員基準

	基 準	申請の内容	適否
管理者	<p>事業所毎に専従常勤の管理者を置かなければならない。</p> <p>ただし、管理上支障がない場合は、当該事業所の他の職務に従事し、または同一敷地内にある他の事業所等の職務に従事することができる。</p>	<p>常勤・生活相談員・介護職員兼務 管理者 及川 洋子</p>	適
生活相談員	<p>提供時間帯を通じて専従で1以上確保されるための必要数。</p>	<p>常勤専従 山口 美香 (8h/1日) 非常勤兼務 及川 洋子 (9.5h/週) サービス提供時間 9:00-16:30 7h30m</p>	適
看護職員又は介護職員	<p>(利用定員10名以下の場合) 提供時間帯を通じて専従で1以上確保されるための必要数。</p>		
	<p>(利用定員10名を超える場合)</p> <p>看護職員 提供時間帯を通じて1以上確保されていること。(配置される必要はないが密接かつ適切な連携必要。) 看護職員は看護師もしくは准看護師</p>	<p>常勤兼務 2人 岩渕 みつ子 千田 カチエ</p>	適
	<p>介護職員 提供時間帯を通じて専従で、利用者15に対して1以上で、5又はその端数を増すごとに1を加えた数以上。 利用者16~20人 ⇒ 介護職員2以上 利用者21~25人 ⇒ 介護職員3以上・・・ 利用者18人</p>	<p>常勤専従 1人 三瓶 千晶 非常勤兼務 1人 及川 洋子 非常勤専従 6人 菅原 佳織 菅原 美穂 佐藤 祐子 吉田 美和子 千葉 澄子 佐藤 千代志</p>	適
	<p>生活相談員、看護職員または介護職員のうち1人以上は常勤でなければならない。</p>	<p>常勤4人</p>	適

機能訓練指導員	<p>1 以上</p> <p>日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者。 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師。)</p> <p>ただし、利用者のレクリエーション、行事を通じて行う機能訓練については、生活相談員、介護員が兼務可能。</p>	<p>常勤兼務 2人</p> <p>岩渕 みつ子 (看護職員)</p> <p>千田 カチエ (看護職員)</p>	適
---------	---	--	---

○ 設備基準

基 準	申請の内容	適否
<p>1 食堂、機能訓練室</p> <p>それぞれ必要な広さがあり、合計面積は3㎡×利用定員以上。</p> <p>食事の提供及び機能訓練の実施上支障がない場合は、食堂、機能訓練室は同一の場所とできる。</p>	<p>$54 \text{ m}^2 < 60.52 \text{ m}^2$ (18人×3㎡=54㎡以上)</p>	適
<p>2 相談室</p> <p>遮へい物の設置等により、相談の内容が漏えいしないように配慮すること。</p>	相談室あり	適
<p>3 その他</p> <p>食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室のほか、消火設備その他の設備及び備品を備えること。</p>	<p>食堂兼機能訓練室、機能訓練室、静養室、相談室、事務コーナー、浴室、調理室、トイレ、消火器、避難誘導灯、非常通報装置</p>	適

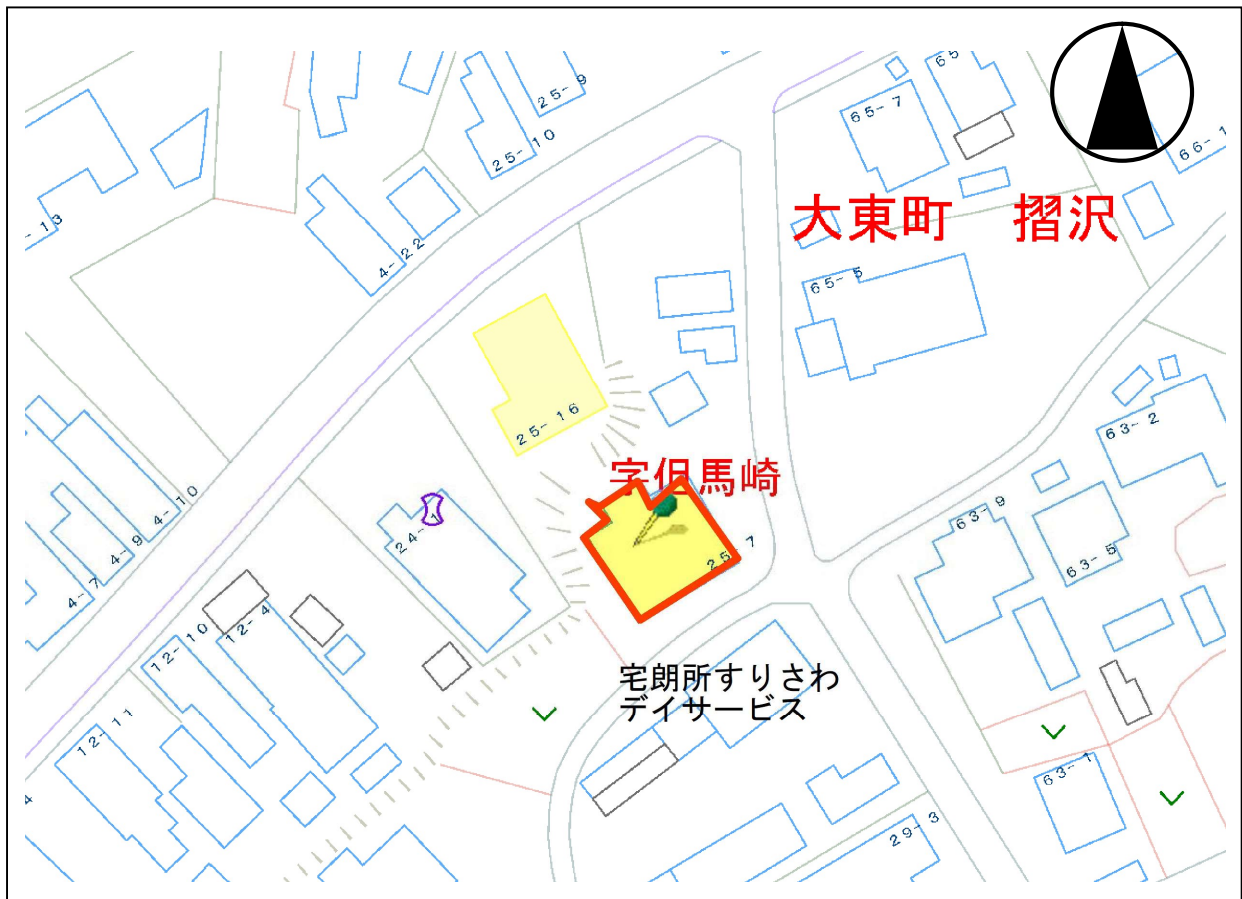
○一般基準

基 準	申請の内容	適否
利用定員 1単位 18人以下	定員 18人	適

◎加算の取得状況

加算（減算）項目	確認事項	適否
職員の欠員による減算	減算なし	適
感染症等を理由とする利用者減少が一定以上		
時間延長サービス体制	届け出あり	適
共生型サービスの提供		
生活相談員配置等加算		
入浴介助加算	届け出あり（加算Ⅰ）	適
中重度者ケア体制加算		
生活機能向上連携加算		
個別機能訓練加算	届け出あり（加算Ⅰロ）	適
ADL等維持等加算	届け出あり	適
認知症加算		
若年性認知症利用者受入加算		
栄養アセスメント・栄養改善体制		
口腔機能向上加算	届け出あり	適
科学的介護推進体制加算	届け出あり	適
サービス提供体制強化加算	届け出あり（加算Ⅰ）	適
介護職員処遇改善加算	届け出あり（加算Ⅰ）	適
介護職員等特定処遇改善加算	届け出あり（加算Ⅰ）	適

◎位置図



事業所名：グループホーム美葉

○ 人員基準

	基 準	申 請 の 内 容	適 否
代 表 者	1 特養、老人デイ、老健、GH の従業者もしくは訪問介護員として認知症である者の介護に従事した経験を有する者、または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している者。	法人代表者 代表取締役 千葉 功	適
	2 認知症対応型サービス事業開設者研修等を修了している者。(等は下記のいずれか) ア：実践者研修また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 イ：基礎課程または専門課程 ウ：認知症介護指導者研修 エ：認知症高齢者グループホーム開設予定者研修	千葉 功 事業開設者研修修了 H18. 12. 11 岩手県第 18-74 号	適
管 理 者	1 ユニット毎に置かれ、かつ、常勤専従でなければならない。 ただし、管理上支障がない場合は、当該ユニットの他の職又は同一敷地内にある他の事業所、施設等若しくは併設する小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事できる。 同一事業所の他のユニットの兼務も可。	管理者 千葉 功 常勤介護職兼務	適
	2 認知症介護実践研修における実践者研修(旧基礎課程含む)を修了していること。	実践者研修(旧基礎課程) H15. 5. 15 岩手県第 439 号	適
	3 特養、高齢者デイ又は老健等で、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、かつ、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了している者	管理者研修 H18. 12. 11 岩手県第 129 号	適

	基 準	申 請 の 内 容	適 否
計 画 作 成 担 当 者	1 事業所毎に置かれていること。	①大内 亮 常勤介護職兼務 ②千葉 瑠璃子 非常勤介護職兼務	適
	2 少なくとも1人は、介護支援専門員であること。 ※ただし2人とも介護支援専門員をもって充てることが望ましい。	①大内 亮 介護支援専門員番号： 03030185	適
	3 介護支援専門員以外の計画作成担当者は、特養の生活相談員や老健の支援専門員その他の認知症である者の介護サービスに係る計画の作成に関し実務経験を有すると認められる者	①本事業所での介護経験が十分にあり、介護支援専門員有資格者からの指導が見込めるため認める。	適
	4 管理者等との兼務可	兼務なし	—
	5 認知症介護実践研修における実践者研修（旧基礎課程含む）を修了していること。	実践者研修 H20. 11. 26 岩手県第 1847 号	適
介 護 従 事 者	1 夜間・深夜の時間帯以外の時間帯を通じて、利用者が3人又はその端数を増すごとに常勤換算方式で1人以上（例えば、利用者が9の場合は3人の介護従事者が必要となる。）	常勤換算方法で 8.4人 （利用者18人→最低6人）	適
	2 夜間・深夜の時間帯を通じて、夜勤を行う介護従事者1以上 なお、利用者の処遇に支障がない場合は、併設される他の1ユニットの夜勤を兼務できる。	夜勤 4人 （各ユニット2人）	適
	3 介護従業者のうち1以上の者は、常勤でなければならない。	常勤 15人 ≥ 2人	適

○ 設備基準

基 準	申 請 の 内 容	適 否
1 ユニット数 1、2又は3であること。	2ユニット	適
2 入居定員 5人以上9人以下であること。	1ユニット9人×2ユニット 18人	適
3 居室 (1) 個室（1人定員）であること。 ただし、夫婦である等、利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人とすることができる。	全室個室 備え付け 洗面台	適
(2) 1の居室の収納を除く床面積が、7.43㎡（4畳半相当）以上であること。	最小床面積 11.132㎡以上>7.43㎡	適
(3) 他の居室と明確に区別されている。 ふすま○、カーテン、簡易パネル×	全室個室	適
4 その他 (1) 居室のほか、居間、食堂、台所及び浴室、消火設備その他非常災害に際して必要な設備、その他利用者が日住生活を営む上で必要な設備が設けられていること。 ・居間と食堂は同一の場所でも可 ・居間、食堂、台所はユニットごとの専用の設備であり、他の事業所の利用者が共用することも原則不可。（共用型認知症デイを除く） ・事務室は兼用可。	食堂兼居間 台所 浴室 事務室 相談室	適
(2) 消防設備について、スプリンクラー設置義務あり。自動火災報知設備、火災通報装置、消火器を設置。	スプリンクラー 火災通報装置 自動火災報知機 消火器	適

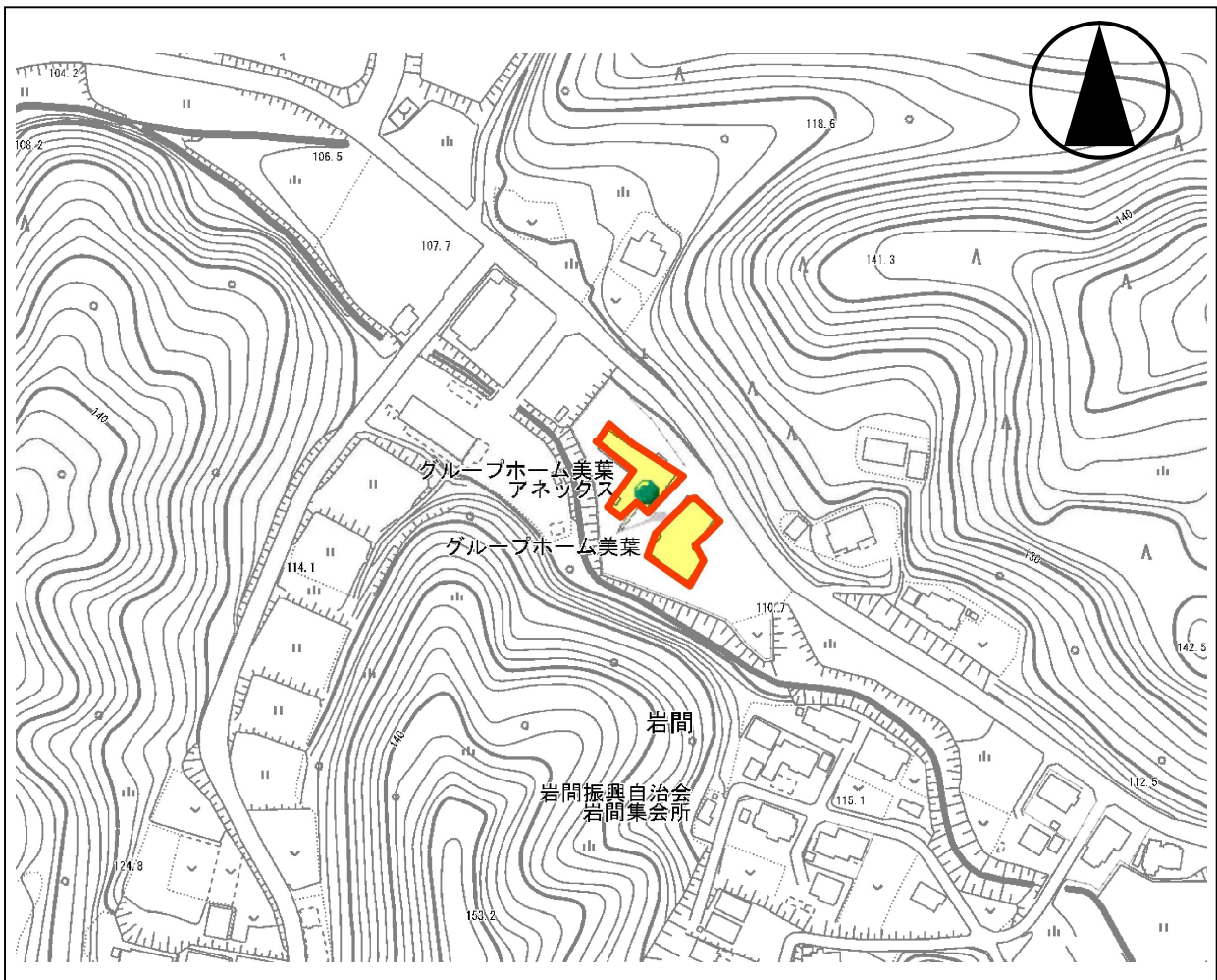
○ 一般的事項（人員基準及び設備基準以外）

	確認事項	適 否
1	申請者が法人であるか。	適（変更なし）
2	立地が、住宅地にあるか。	適（変更なし）

◎加算の取得状況

加算（減算）項目	確認事項	適否
夜間勤務条件基準		
職員の欠員による減算	減算なし	適
身体拘束廃止取組の有無		
3ユニットの事業所が夜勤職員を2名		
夜間支援体制加算	届け出あり（加算Ⅱ）	適
若年性認知症利用者受入加算		
利用者の入院期間中の体制		
看取り介護加算		
医療連携体制加算		
認知症専門ケア加算		
科学的介護推進体制加算		
サービス提供体制強化加算	届け出あり（加算Ⅲ）	適
介護職員処遇改善加算	届け出あり（加算Ⅱ）	適
介護職員等特定処遇改善加算		

◎位置図



事業所名：グループホームぽらん室根

○ 人員基準

	基 準	申 請 の 内 容	適 否
代 表 者	1 特養、老人デイ、老健、GH の従業者もしくは訪問介護員として認知症である者の介護に従事した経験を有する者、または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している者。	法人代表者 理事長 木村 祐二 地域密着型サービス部門の代表者 同法人理事 木村 伸之	適
	2 認知症対応型サービス事業開設者研修等を修了している者。(等は下記のいずれか) ア：実践者研修また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 イ：基礎課程または専門課程 ウ：認知症介護指導者研修 エ：認知症高齢者グループホーム開設予定者研修	木村 伸之 開設者研修修了 H17. 3. 1 宮城県第 G1-40 号	適
管 理 者	1 ユニット毎に置かれ、かつ、常勤専従でなければならない。 ただし、管理上支障がない場合は、当該ユニットの他の職又は同一敷地内にある他の事業所、施設等若しくは併設する小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事できる。 同一事業所の他のユニットの兼務も可。	管理者 畠山 照枝 常勤 介護職兼務	適
	2 認知症介護実践研修における実践者研修（旧基礎課程含む）を修了していること。	実践者研修H27. 1. 29 宮城県第 J14 150 号	適
	3 特養、高齢者デイ又は老健等で、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、かつ、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了している者	管理者研修H27. 1. 29 宮城県K14 054 号	適

	基 準	申 請 の 内 容	適 否
計 画 作 成 担 当 者	1 事業所毎に置かれていること。	熊谷 美枝子 常勤 介護職兼務	適
	2 少なくとも1人は、介護支援専門員であること。 ※ただし2人とも介護支援専門員をもって充てることが望ましい。	熊谷 美枝子 介護支援専門員番号： 03150151	適
	3 介護支援専門員以外の計画作成担当者は、特養の生活相談員や老健の支援専門員その他の認知症である者の介護サービスに係る計画の作成に関し実務経験を有すると認められる者	②本事業所での介護事業経験が十分にあり、介護支援専門員有資格者からの指導が見込めるため、認める。	適
	4 管理者等との兼務可	兼務なし	—
	5 認知症介護実践研修における実践者研修（旧基礎課程含む）を修了していること。	実践者研修H30.10.5 岩手県第5210号	適
介 護 従 事 者	1 夜間・深夜の時間帯以外の時間帯を通じて、利用者が3人又はその端数を増すごとに <u>常勤換算方式</u> で1人以上（例えば、利用者が9の場合は3人の介護従事者が必要となる。）	常勤換算方法で 5.5人 （利用者9人→最低3人）	適
	2 夜間・深夜の時間帯を通じて、夜勤を行う介護従事者1以上 なお、利用者の処遇に支障がない場合は、併設される他の1ユニットの夜勤を兼務できる。	夜勤 1人	適
	3 介護従業者のうち1以上の者は、常勤でなければならない。	常勤 8人 \geq 1人	適

○ 設備基準

基 準	申 請 の 内 容	適 否
1 ユニット数 1、2又は3であること。	1ユニット	適
2 入居定員 5人以上9人以下であること。	9人	適
3 居室 (1) 個室（1人定員）であること。 ただし、夫婦である等、利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人とすることができる。	全室個室	適
(2) 1の居室の収納を除く床面積が、7.43㎡（4畳半相当）以上であること。	最小床面積 10.91㎡ > 7.43㎡	適
(3) 他の居室と明確に区別されている。 ふすま○、カーテン、簡易パネル×	全室個室	適
4 その他 (1) 居室のほか、居間、食堂、台所及び浴室、消火設備その他非常災害に際して必要な設備、その他利用者が日住生活を営む上で必要な設備が設けられていること。 ・居間と食堂は同一の場所でも可 ・居間、食堂、台所はユニットごとの専用の設備であり、他の事業所の利用者が共用することも原則不可。（共用型認知症デイを除く） ・事務室は兼用可。	居室 各9室 食堂兼居間 1か所 台所 1か所 浴室 1か所 非常灯 誘導灯	適
(2) 消防設備について、スプリンクラー設置義務あり。自動火災報知設備、火災通報装置、消火器を設置。	スプリンクラー 火災報知器 非常通報装置 消防機関直通電話 消火器	適

○ 一般的事項（人員基準及び設備基準以外）

	確認事項	適 否
1	申請者が法人であるか。	適（変更なし）
2	立地が、住宅地にあるか。	適（変更なし）

◎加算の取得状況

加算（減算）項目	確認事項	適否
夜間勤務条件基準		
職員の欠員による減算	減算なし	適
身体拘束廃止取組の有無		
3ユニットの事業所が夜勤職員を2名		
夜間支援体制加算		
若年性認知症利用者受入加算	届け出あり	適
利用者の入院期間中の体制		
看取り介護加算		
医療連携体制加算	届け出あり（加算Ⅰ）	適
認知症専門ケア加算		
科学的介護推進体制加算		
サービス提供体制強化加算	届け出あり（加算Ⅲ）	適
介護職員処遇改善加算	届け出あり（加算Ⅰ）	適
介護職員等特定処遇改善加算	届け出あり（加算Ⅱ）	適

◎位置図

