

令和5年度第4回介護保険運営協議会次第

日時 令和6年2月7日(水)
午後1時30分～3時30分
場所 一関保健センター多目的ホール

1 開 会

2 挨 拶

3 審 議

(1) 報告事項

- ア 指定地域密着型（介護予防）サービス事業所等運営指導の実績について
(資料No.1)
- イ 地域包括支援センターの事業評価及び指定介護予防支援事業所の運営指導の結果について
(資料No.2)
- ウ 指定介護予防支援及び第1号介護予防支援事業の一部委託届出について
(資料No.3)

(2) 協議事項

- ア 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
(資料No.4)
- イ 指定介護予防支援事業者の指定更新について
(資料No.5)
- ウ 第9期介護保険事業計画の策定について
(資料No.6)

(3) その他

4 その他

5 閉 会

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 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		川崎	岩渕 一昌	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
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	村上 秀昭	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	佐々木 裕子	女	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 照子	女	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
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		藤沢	小野寺 健一	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		花泉	佐藤 みさ子	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：33% (5/15)

(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	佐藤 和子	一関市福祉部長	○		
介護福祉主幹	佐藤 和幸	一関市福祉部次長兼 長寿社会課長	○		○
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	千葉 信子		○		○
資格給付係長	里舘 弘美		○	○	
認定調査係長	中村 謙介		○		○
介護保険総務係長	糸数 透		○	○	
介護保険課主任主事	若生 晃央		○	○	
介護保険課主任	鈴木 正志		○		○
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	小野寺 伸				○
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	小野寺 朝子				○
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

改正 平成 24 年 3 月 30 日 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 (平成24年3月30日規則第4号)

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。

令和5年度指定地域密着型（介護予防）サービス事業所等運営指導の実績について

1 運営指導の実績

介護保険法第23条（※）及び一関地区広域行政組合介護保険サービス事業者等指導要綱に基づき、運営指導を実施しました。これについては、指定期間内に概ね1回（施設系は概ね3年に1回）を目安に実施しており、事業所から事前に提出いただいた調書により、利用契約に関する書類やサービス提供に関する書類及び事業所内の状況等を確認しました。

サービス名	R5管内 事業所数	R1	R2	R3	R4	R5
地域密着型通所介護	15	1	2	4	1	7
認知症対応型通所介護	1	—	1	—	—	1
小規模多機能型居宅介護	6	2	1	1	1	—
認知症対応型共同生活介護	28	5	13	9	6	13
地域密着型特定施設入居者生活介護	2	1	—	1	1	—
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	9	2	2	6	1	2
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2	1	—	—	—	—
看護小規模多機能型居宅介護	2	1	1	—	—	—
居宅介護支援事業所	49	6	3	8	6	13
訪問型サービス（総合事業）	35	6	8	4	6	3
通所型サービス（総合事業）	54	10	5	4	9	4
合計（地域密着型サービス含む）	203	35	36	37	31	43

2 監査の実績

介護保険法第23条及び一関地区広域行政組合介護保険サービス事業者等監査要綱に基づき、通報、相談等に基づく情報を踏まえ、指定基準違反等の確認について必要がある場合、帳簿書類等の提出、出頭または立ち入り検査（監査）を行っています。

指定基準違反等が認められた場合には、勧告、命令、指定の取消し等を行いますが、令和5年度1月末現在で監査実績はありませんでした。

※介護保険法第23条（文書の提出等）

保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、居宅介護支援、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービス、これらに相当するサービスを担当する者に対し、文書その他の物件の提出もしくは提示を求め、もしくは依頼し、又は当該職員に質問もしくは照会をさせることができる。

3 指導内容

令和5年度の文書及び口頭での指導事項は以下のとおりです。

項 目	件 数			
	居	総	地	備考
(1) 介護報酬、加算に関すること				職員への周知不足、利用者への説明・同意
(2) 届出に関すること		1		事業所変更届の提出漏れ
(3) 人員に関すること	1		3	勤務形態一覧の不備
(4) 設備に関すること			1	避難経路に段差
(5) 運営に関すること				
① 入退所				入所要件の確認方法
② 被保険者証			1	利用開始日等未記載
③ 内容・手続きの説明・同意・契約	2	5	6	重要事項説明書等の不備
④ 居宅サービス事業者等との連携				
⑤ 利用料、預り金等				徴収できない費用の徴収
⑥ 身体拘束、褥瘡予防、感染症指針等				指針の未作成、内容の不備
⑦ 外部（自己）評価	1		6	外部(自己)評価の未公表
⑧ サービス計画	2	4	7	担当者会議、アセスメント未実施
⑨ 運営規程、重要事項説明書等	7	4	8	職員体制記載、利用料金誤りなど
⑩ 非常災害対策		2	7	訓練の実施・記録
⑪ 衛生管理				
⑫ 地域との交流			2	運営推進会議の議事録未公表
⑬ 事故発生時の対応、事故防止の体制	2		2	指針の未作成
⑭ 管理者の責務				
⑮ 掲示	2	5		掲示していない項目
⑯ 苦情対応	1		3	記録を残していない
⑰ 緊急時の対応	1			マニュアル未整備
⑱ サービスの質（研修・広告）		2	4	研修の機会の確保
⑲ 記録		1	3	担当者会議の記録なし
⑳ 秘密保持				誓約書未整備
㉑ その他事務指導				協力医療機関の確保
合 計	19	24	53	

地域包括支援センターの事業評価及び指定介護予防支援事業者の運営指導の結果について

1 対象事業所及び実施時期

- (1) 対象事業所 組合管内の地域包括支援センター
 (2) 実施時期

月日	対象事業所	運営法人（事業者）
7月31日	ひらいずみ地域包括支援センター	医療法人三秋会
8月22日	さくらまち地域包括支援センター	
9月25日	はないずみ地域包括支援センター	社会福祉法人一関市社会福祉協議会
10月27日	しぶたみ地域包括支援センター	
11月29日	ふじさわ地域包括支援センター	一関市病院事業管理者
1月24日	一関東部地域包括支援センター	一関地区広域行政組合
1月25日	一関西部地域包括支援センター	

2 地域包括支援センター事業評価

(1) 目的

事業評価は、地域包括支援センター（以下「センター」という。）が実施している次の事業が適正に実施されていることを確認するとともに、センターの機能が十分に発揮されていることを適正に評価し、必要な改善を促すことを目的とする。

ア 運営体制

イ 包括的支援事業

- ① 総合相談
- ② 高齢者虐待の防止及び権利擁護に関する取り組み
- ③ 包括的・継続的ケアマネジメント支援
- ④ 介護予防ケアマネジメント

ウ その他の事業

- ① 地域におけるネットワーク活動の展開
- ② 認知症高齢者支援に関する取り組み
- ③ 在宅医療・介護の連携体制の構築
- ④ その他

(2) 事業評価の内容

事業評価は業務評価及び業務監査とし、その内容は次のとおりとする。

ア 業務評価 センターが実施している業務が充実した内容となっているかについて、書面調査、現地調査及び聴取により確認し、評価することで実施するもの

イ 業務監査 センターが実施している業務の事務処理等が適正になされているかについて、書面調査、現地調査及び聴取により確認することで実施するもの

ウ 必要書類については、事業評価前に事前提出を求めた。

(3) 実施結果

(2)のアとイについて、各センターが事前に「地域包括支援センター業務評価表」により自己評価をし、それに対して組合が実地で聞き取りを行い、評価を行った。

ア 業務評価

◎ 評価内容

運営体制等、評価項目、評価基準について、次の区分等により評価を実施。

直営・委託	センター	業務評価		
		運営体制等	評価項目	評価基準
直営	西部	9区分	29項目	97基準
	東部	9区分	30項目	98基準
委託	しぶたみ	8区分	27項目	90基準
	さくらまち はないずみ ふじさわ ひらいずみ	8区分	26項目	89基準

各評価項目（26～30 評価項目）の評価の点数は次のとおり。

- ・ 5点：かなりできている
- ・ 4点：ある程度できている
- ・ 3点：どちらともいえない
- ・ 2点：あまりできていない
- ・ 1点：できていない

◎ 評価結果

運営体制等の区分ごとの組合評価の状況及び今後取組を期待する事項等は次のとおりであった。

なお、評価の詳細は、9～10 ページのとおり。

① 地域包括支援センター運営体制

- i 職員の職務及び姿勢（平均5点／5点満点）
全てのセンターが「かなりできている」であった。
- ii 職員のスキルアップ（平均5点／5点満点）
全てのセンターが「かなりできている」であった。
- iii 組合及び他センターとの連携の強化（平均5点／5点満点）
全てのセンターが「かなりできている」であった。
- iv 介護保険運営協議会、地域包括支援センター運営部会等への出席（平均5点／5点満点）
全てのセンターが「かなりできている」であった。

- v 包括的支援事業の業務委託（東部及びしづたみのみ）（平均5点／5点満点）
2センターとも「かなりできている」であった。
- vi その他（書類の適切な管理など）（平均5点／5点満点）
全てのセンターが「かなりできている」であった。

② 総合相談業務

- i 相談受付での対応（平均4.6点／5点満点）
全てのセンターが「ある程度できている」以上であった。
- ii 地域の高齢者の実態把握（平均4点／5点満点）
全てのセンターが「ある程度できている」であった。

今後取組を期待する事項	今後の取組の予定
地域課題や高齢者の状況把握のためにも、民生委員・児童委員協議会定例会への出席に努めること。	出席に努める。

③ 高齢者虐待の防止及び権利擁護業務

- i 高齢者虐待の防止及び相談支援（平均5点／5点満点）
全てのセンターが「かなりできている」であった。
- ii 消費者被害等への相談支援（平均4.6点／5点満点）
全てのセンターが「ある程度できている」以上であった。
- iii 成年後見制度の周知利用支援（平均4.9点／5点満点）
全てのセンターが「ある程度できている」以上であった。
- iv 日常的なスキルアップ（平均5点／5点満点）
全てのセンターが「かなりできている」であった。

今後取組を期待する事項	今後の取組の予定
事例の少ない消費者被害や成年後見制度の相談に速やかに対応できるよう体制を整えておくとともに、研修などで必要な知識の習得や技能の向上を図ること。	研修に積極的に参加し、制度と支援に的確に対応できるように研鑽に努める。

④ 包括的・継続的ケアマネジメント業務

- i 包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築（平均5点／5点満点）
全てのセンターが「かなりできている」であった。
- ii 介護支援専門員に対する個別支援（平均4.6点／5点満点）
全てのセンターが「ある程度できている」以上であった。

今後取組を期待する事項	今後の取組の予定
ケアマネジメントの個別相談に関する認識の共有化が必要であり、相談なのか報告なのかを所内での対応が平準化できるように一層自己研鑽に	相談を受けた際には課題分析を行い、個別課題など4つに分類し所内での共有化と対応の平準化を図れるように研鑽に努める。

努めること。	
--------	--

iii ケアマネジメント支援業務（平均 4.6 点／ 5 点満点）

ほとんどのセンターが「ある程度できている」であった。

⑤ 介護予防ケアマネジメント業務

i 介護予防ケアマネジメントの実施と指定介護予防支援事業所の運営（平均 4.4 点／ 5 点満点）

ほとんどのセンターが「かなりできている」又は「ある程度できている」であった。

今後取組を期待する事項	今後の取組の予定
<p>三職種の職員の介護予防支援と介護予防ケアマネジメントのプラン作成担当件数が業務委託契約の担当上限件数を超えている。</p> <p>地域包括支援センター業務である総合相談や権利擁護対応への影響も考えられることから、担当件数は委託契約の上限を超えないように努力すること。（2センター）</p>	<p>介護予防支援員の件数調整や、居宅介護支援事業者へ委託するなど上限の件数を超えないよう努める。</p>

ii 自立支援に向けた介護予防の取組（平均 4.1 点／ 5 点満点）

ほとんどのセンターが「ある程度できている」であった。

今後取組を期待する事項	今後の取組の予定
<p>講話活動など実施報告書がなく、何を実施したか分からない。</p> <p>見える形で記録を残し、センター内の回覧等により共有しておくこと。</p>	<p>実施報告書を、当日の資料と合わせて綴りにし、記録として残す。</p>

⑥ 地域におけるネットワーク活動の展開

i 地域の見守り体制の構築（平均 4.4 点／ 5 点満点）

ほとんどのセンターが「ある程度できている」であった。

ii 災害及び感染症発生における対応等（平均 4.1 点／ 5 点満点）

ほとんどのセンターが「ある程度できている」であった。

iii 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築（平均 4.6 点／ 5 点満点）

全てのセンターが「ある程度できている」以上であった。

iv 地域ケア会議の開催（平均 4 点／ 5 点満点）

全てのセンターが「ある程度できている」であった。

今後取組を期待する事項	今後の取組の予定
<p>地域ケア会議で地域課題を抽出したことから、課題解決に向けて生活支援コーディネーターや関係機関等と</p>	<p>課題解決に向けて生活支援コーディネーターや関係機関等と連携し社会資源の把握に努める。</p>

連携し社会資源の把握や開発に取り組むこと。	
-----------------------	--

⑦ 認知症高齢者支援

- i 認知症予防と早期発見体制の充実等（平均 4.6 点／5 点満点）
全てのセンターが「ある程度できている」以上であった。
- ii 認知症の人に対する支援（平均 4.6 点／5 点満点）
全てのセンターが「ある程度できている」以上であった。
- iii 認知症高齢者支援体制の確立（平均 4.6 点／5 点満点）
全てのセンターが「ある程度できている」以上であった。

今後取組を期待する事項	今後の取組の予定
相談支援や認知症に関する理解等の啓発、把握した地域課題を解決するための取組等の活動を、より積極的に展開していくこと。	認知症サポーター養成講座や認知症講話を行い、積極的に地域に呼びかけるよう努める。 相談支援にも引き続き力を入れる。
認知症地域支援推進員との連携や認知症初期集中支援チームの活用を更に行い、認知症支援の充実を図ること。	認知症地域支援推進員との連携や認知症初期集中支援チームの活用が分かるよう報告書を作成し記録に残す。

⑧ 在宅医療・介護の連携に関する取組

- i 在宅医療・介護の連携体制の構築（平均 4.1 点／5 点満点）
ほとんどのセンターが「ある程度できている」であった。
- ii 在宅医療・介護の連携の普及啓発（平均 4.6 点／5 点満点）
全てのセンターが「ある程度できている」以上であった。
- iii その他（平均 2.9 点／5 点満点）
全てのセンターが「どちらともいえない」以下であった。
 - ・ ICT（情報通信技術）の利活用は取り組めていない。
 - ・ 人生会議（もしものときのために、本人が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組）については権利擁護の視点から講話等を行っている。

⑨ 基幹型センターとしての機能（直営の 2 センター）

- i 統括機能（平均 5 点／5 点満点）
2 センターとも「かなりできている」であった。
- ii 調整機能（平均 4 点／5 点満点）
2 センターとも「ある程度できている」であった。
- iii 後方支援機能（平均 4 点／5 点満点）
2 センターとも「ある程度できている」であった。

イ 業務監査

◎監査項目（主なもの）

- ① 職員体制
 - ・資格を有する常勤の専従職員を各 1 人以上配置しているか。
- ② 職員の勤務体制
 - ・職員の出退勤・休暇の取得等について管理できているか。
- ③ 事務所の状況
 - ・事務室は書類管理の観点から適正な事務が行える状況であるか。
 - ・相談室のプライバシーは確保できているか。
- ④ 相談体制等
 - ・苦情についてきちんと対応できるよう、対応マニュアルの整備や内容の記録を行っているか。
 - ・夜間、休日における緊急時には、職員と連絡がとれる体制が整っているか。
- ⑤ 事務管理
 - ・地域密着型サービス運営推進会議に出席できているか。

◎監査結果

全てのセンターにおいて適正になされていた。

3 介護予防支援事業所実地指導結果について

(1) 目的

実地指導は、介護給付及び予防給付に係る居宅サービス等の質の確保及び保険給付の適正化を図ることを目的とする。(介護保険法第 23 条及び一関地区広域行政組合介護保険サービス事業者等指導要綱)

(2) 指導内容

ア 「一関地区広域行政組合指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等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等を定める条例（平成 27 年一関地区広域行政組合条例第 1 号。以下「条例」という。）」及び「指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示第 129 号）」等に規定される介護予防支援の運営や、介護報酬の請求に関する事項について、周知徹底させることを方針とする。

イ 必要書類については、実地指導前に提出を求め、当日聞き取りを行った。

事業所の概要、職員の体制、勤務実績、指定居宅介護支援事業所への委託状況、要介護度別実利用者数、利用者一覧、加算自己点検シート（2 項目）、自己点検シート（全 39 項目、細項目 132 項目）

ウ イの自己点検シートについては、介護保険施設等運営指導マニュアル（令和 4 年 3 月厚生労働省老健局総務課介護保険指導室）に基づき、介護サービスの質の確保、利用者保護の観点から重要と考えられる標準的な確認すべき項目（以下「確認項目」という。）について確認した。

【自己点検シートの主な項目】

I 基本方針

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て自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものとなっていますか。など。

II 人員基準

1 以上の保健師その他の指定介護予防支援に関する知識を有する職員を置いていますか。など。【確認項目：従業員の数(条例第4条)、管理者(同第5条)】

III 運営基準

指定居宅介護支援の提供の開始に際し、利用申込者又はその家族に対し、重要事項(※)について記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について同意を得ていますか。など。【確認項目：内容及び手続の説明及び同意(条例第6条)、受給資格等の確認(同第9条)、運営規程(同第19条)、勤務体制の確保(同第20条)、業務継続計画の策定等(同第20条の2)、感染症の予防及びまん延防止のための措置(同第22条の2)、秘密の保持等(同第24条)、広告(同第25条)、事故発生時の対応(同第28条)、虐待の防止(同第28条の2)】

※ 運営規程の概要、勤務体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等利用者のサービス選択に資すると認められる事項

IV 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮していますか。など。【確認項目：指定介護予防支援の具体的取扱方針(条例第32条)】

V 変更の届出等

当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったときは、10日以内にその旨を組合管理者に届け出ていますか。

VI 介護給付費関係

指定介護予防支援に要する費用の額は、平成18年厚生省告示第129号の別表「指定介護予防支援介護給付費単位数表」により算定していますか。など。

(3) 指導結果

概ね、良好に実施されていたが、一部について改善を求めた。

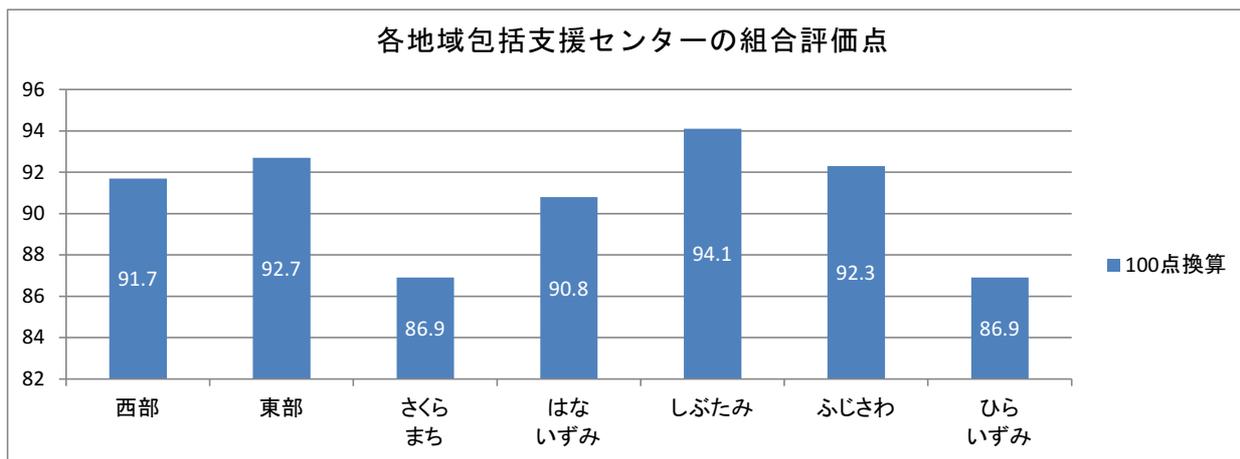
【指導内容及び改善状況】

改善を要する事項	是正改善内容
重要事項説明書の「設置主体の概要」欄が誤っているので正しい内容に訂正すること。 既に誤った内容で契約している対象者へは、訂正の通知を手渡すとともに、説明をすること。	是正済み。
苦情窓口担当者が変更されているので、利用者に重要事項説明	変更通知を手渡し

書の変更の通知を手渡すとともに、説明をすること。	説明済み。
運営規程の営業時間が誤っていると思われるので訂正すること。	訂正済み。
運営規程が改正されていないので、改正すること。	改正作業中。
事業所の利用者から見やすい場所に運営規程の概要が掲示されていないので掲示すること。又は、事業所に備え付け、いつでも関係者に閲覧できるようにしておくこと。	是正済み。
介護予防サービス計画の作成及び変更に当たり、主に家族や関係者の意向となっている記録が見られるので、本人の意向も踏まえた経緯がわかるような記録に努めること。	本人から意向を十分に確認しその結果を記録する。
計画同意日が利用開始日より後の日付のものが散見された。暫定プランに同意を得ている場合は、暫定プランに署名をいただくこと。	改善済み。
同意日の記載、署名が無い計画書が散見されたので、遺漏のないようにすること。	事業所内で相互に点検確認する。
担当者会議開催時のサービス利用に関する利用票に本人の署名又は押印が遺漏しているものが見られた。 本人から署名又は押印を求めること。	本人から署名又は押印を求める。
事業所の個別支援計画(通所リハビリ)に係る評価が無いことから、事業者に対して評価を作成し提出を求めること。 通所リハビリ利用者の目標達成度を共有し、12 か月を超える利用者の継続利用の可否評価のためにも必要である。	事業所に提出を求め、現在は提出いただいている。
介護予防福祉用具貸与の継続利用に当たり、介護予防サービス計画に継続の必要な理由が記載されていないケースが見られた。 継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合、その理由を介護予防サービス計画に記載すること。	今後は留意して記載する。
40歳以上65歳未満の生活保護受給者で医療保険未加入者(いわゆるみなし2号)のケースに係る「軽度者に係る福祉用具貸与確認書」が保管されていない。 福祉事務所を通して口頭で利用可の回答を得ているが、福祉事務所で原本が必要なのであれば、写しをいただき保管しておくこと。	福祉事務所から写しをいただき保管した。
指定に係る変更があったときは、10日以内にその旨を組合管理者に届け出ることとされているが、提出されていない項目があるので速やかに提出すること。 ・運営規程 ・介護支援専門員の氏名及びその登録番号	提出済み。 今後は10日以内に届け出る。

地域包括支援センター業務 組合評価点(令和5年度)

No.	項目	組合評価点							満点			
		西部	東部	さくら まち	はな いずみ	しぶた み	ふじさわ	ひら いずみ	西部	東部	しぶ たみ	さくらまち、はな いずみ、ふじさ わ、ひらいずみ
1.	地域包括支援センター運営体制	25	30	25	25	30	25	25	25	30	30	25
2.	総合相談業務	8	8	9	8	9	9	9	10	10	10	10
3.	高齢者虐待の防止及び権利擁護業務	20	19	20	20	20	19	18	20	20	20	20
4.	包括的・継続的ケアマネジメント業務	15	15	13	15	15	13	13	15	15	15	15
5.	介護予防ケアマネジメント業務	9	9	7	9	8	9	9	10	10	10	10
6.	地域におけるネットワーク活動の展開	17	17	17	17	18	18	16	20	20	20	20
7.	認知症高齢者支援	15	15	12	12	15	15	12	15	15	15	15
8.	在宅医療・介護の連携に関する取組	11	13	10	12	12	12	11	15	15	15	15
9.	基幹型センターとしての機能(基幹型センター)	13	13	/	/	/	/	/	15	15	/	/
計		133	139	113	118	127	120	113	145	150	135	130
満点		145	150	130	130	135	130	130				
100点換算		91.7	92.7	86.9	90.8	94.1	92.3	86.9				



※ 各地域包括支援センターにより満点異なることから、100点満点に換算したグラフである。

地域包括支援センター業務評価点(令和5年度)

No.	区分	西部		東部		さくらまち		はないずみ		しづたみ		ふじさわ		ひらいずみ		平均		満点				
		自己評価	組合評価	自己評価	組合評価	自己評価	組合評価	自己評価	組合評価	自己評価	組合評価	自己評価	組合評価	自己評価	組合評価	自己評価	組合評価	西部	東部	しづたみ	さくらまち、はないずみ、ふじさわ、ひらいずみ	
1.	地域包括支援センター運営体制	23	25	30	30	25	25	25	25	30	30	24	25	24	25	25	25	25	30	30	30	25
	(1) 職員の職務及び姿勢	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4.7	5	5	5	5	5	
	(2) 職員のスキルアップ	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4.7	5	5	5	5	5	
	(3) 組合及び他センターとの連携の強化	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	(4) 介護保険運営協議会、地域包括支援センター運営部全室への出席	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	(5) 包括的支援事業の業務委託			5	5					5	5					5	5		5			
	(6) その他	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
2.	総合相談業務	8	8	8	8	9	9	10	8	9	9	9	9	8	9	9	9	10	10	10	10	
	(1) 相談受付での対応	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4.6	4.6	5	5	5	5	
	(2) 地域の高齢者の実態把握	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4.1	4	5	5	5	5	
3.	高齢者虐待の防止及び権利擁護業務	20	20	19	19	20	20	20	20	20	20	19	19	18	18	19	19	20	20	20	20	
	(1) 高齢者虐待の防止及び相談支援	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	(2) 消費者被害等への相談支援	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4.6	4.6	5	5	5	5	
	(3) 成年後見制度の周知及び利用支援	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4.9	4.9	5	5	5	5	
	(4) 日常的なスキルアップ	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4.	包括的・継続的ケアマネジメント業務	15	15	14	15	13	13	15	15	15	15	13	13	13	13	14	14	15	15	15	15	
	(1) 包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4.9	5	5	5	5	5	
	(2) 介護支援専門員等に対する個別支援	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4.6	4.6	5	5	5	5	
	(3) ケアマネジメント支援業務	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4.6	4.6	5	5	5	5	
5.	介護予防ケアマネジメント業務	9	9	9	9	8	7	9	9	9	8	10	9	7	9	9	9	10	10	10	10	
	(1) 介護予防ケアマネジメントの実施と指定介護予防支援事業所の運営	5	5	5	5	4	3	5	5	5	4	5	4	4	4	4.7	4.4	5	5	5	5	
	(2) 自立支援に向けた介護予防の取組	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	4	4.1	5	5	5	5	
6.	地域におけるネットワーク活動の展開	16	17	17	17	17	17	19	17	19	18	18	18	14	16	17	17	20	20	20	20	
	(1) 地域の見守り体制の構築	4	5	4	4	4	4	5	4	5	5	5	4	4	4	4.4	4.4	5	5	5	5	
	(2) 災害及び感染症発生における対応等	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	3	4	4.3	4.1	5	5	5	5	
	(3) 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4.6	4.6	5	5	5	5	
	(4) 地域ケア会議の開催	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	5	5	3	4	3.9	4	5	5	5	5	
7.	認知症高齢者支援	13	15	14	15	13	12	15	12	14	15	15	15	10	12	14	14	15	15	15	15	
	(1) 認知症予防と早期発見体制の充実等	4	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4.6	4.6	5	5	5	5	
	(2) 認知症の人に対する支援	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	3	4	4.6	4.6	5	5	5	5	
	(3) 認知症支援体制の確立	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	3	4	4.3	4.6	5	5	5	5	
8.	在宅医療・介護の連携に関する取組	11	11	13	13	10	10	15	12	13	12	12	12	11	11	12	12	15	15	15	15	
	(1) 在宅医療・介護の連携体制の構築	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4.4	4.1	5	5	5	5	
	(2) 在宅医療・介護の連携の普及啓発	4	4	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4.6	4.6	5	5	5	5	
	(3) その他	3	3	3	3	3	3	5	3	3	3	3	3	2	2	3.1	2.9	5	5	5	5	
9.	基幹型センターとしての機能(基幹型センター)	14	13	14	13													15	15			
	(1) 統括機能	4	5	5	5													5	5			
	(2) 調整機能	5	4	4	4													4	5			
	(3) 後方支援機能	5	4	5	4													5	5			
	計	129	133	138	139	115	113	128	118	129	127	120	120	105	113	113	113	145	150	135	130	
	満点	145	145	150	150	130	130	130	130	135	135	130	130	130	130	130	130					
	100点換算	89	91.7	92	92.7	88.5	86.9	98.5	90.8	95.6	94.1	92.3	92.3	80.8	86.9							

指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業の一部委託について

介護保険法第115条の23第3項及び第115条の47第5項の規定による委託事業所一覧

No.	指定介護予防支援等の一部を委託しようとする事業所		委託しようとする指定介護予防支援等の内容	指定介護予防支援等の一部を委託しようとする期間	地域包括支援センター						
	名称	所在地			西部	東部	さくらまち	はなはずみ	しぶたみ	ふじさわ	ひらはずみ
39	居宅介護支援事業所さくら	室根町津谷川字中磯157-9	業務委託契約書のとおり	令和5年12月11日～令和6年3月31日					○		
41	寿松苑指定居宅介護支援事業所	川崎町薄衣字久伝26	業務委託契約書のとおり	令和6年2月1日～令和6年3月31日					○		
計					25	21	19	12	17	7	5

※ 介護保険法（平成9年法律第123号）

第115条の23第3項 指定介護予防支援事業者は、厚生労働省令で定めるところにより、指定介護予防支援の一部を、厚生労働省令で定める者に委託することができる。
 第115条の47第5項 前項の規定により第一号介護予防支援事業の実施の委託を受けた者は、厚生労働省令で定めるところにより、当該委託を受けた事業の一部を、厚生労働省令で定める者に委託することができる。

※ 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

第140条の36 法第115条の23第3項の厚生労働省令で定める者は、指定居宅介護支援事業者とする。
 第140条の71 法律第115条の47第5項の厚生労働省令で定める者は、指定居宅介護支援事業者とする。

※ 一関地区広域行政組合地域包括支援センター業務委託契約書第4条の規定による「地域包括支援センター業務内容等に関する仕様書」

第2(2)エ 指定介護予防支援業務の委託 ① 及び
 第2(1)アiv) 介護予防ケアマネジメント業務の委託 ① より
 「委託に関し介護保険運営協議会に報告すること」としている。

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
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	特別養護老人ホームリビングハウスおおはら (社会福祉法人いわい砂鉄福祉会)	一関市大東町大原字立町110番地1	29	R6.3.1 から R12.2.29	3p から 7p	H30.3.1 から R6.2.29
地域密着型通所介護	デイサービス言葉のかけ橋 (有限会社言葉のかけ橋)	盛岡市中ノ橋通り1丁目13-15	18	R6.3.30 から R12.3.29	8p から 10p	H30.3.30 から R6.3.29
(介護予防)認知症対応型共同生活介護	グループホームことぶき (社会福祉法人川崎寿松会)	一関市川崎町薄衣字久伝26	9	R6.3.30 から R12.3.29	11p から 15p	H30.3.30 から R6.3.29
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	特別養護老人ホーム真生園 (社会福祉法人つくし会)	一関市字沢161番地216	29	R6.4.1 から R12.3.31	16p から 20p	H30.4.1 から R6.3.31
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	特別養護老人ホーム花いずみ (社会福祉法人二桜会)	一関市花泉町涌津字上原31番地	29	R6.4.1 から R12.3.31	21p から 24p	H30.4.1 から R6.3.31
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	ケアビレッジ一関ケアサービスステーション看護小規模多機能型居宅介護事業所 (株式会社リツワ)	一関市赤荻字月町176番地	29	R6.4.1 から R12.3.31	25p から 28p	H30.4.1 から R6.3.31

(介護予防) 認知症対応型 共同生活介護	高齢者グループホームい こいの杜 (特定非営利活動法人ケ アセンターいこい)	平泉町平泉 字 樋 の 沢 25-1	18	R 6 . 4 . 1 から R 12 . 3 . 31	29 p から 33 p	H30. 4 . 1 から R 6 . 3 . 31
地域密着型介 護老人福祉施 設入所者生活 介護	特別養護老人ホーム 舞川の里 (社会福祉法人東山愛光 会)	一関市舞川 字堀切 72-4	29	R 6 . 4 . 23 から R 12 . 4 . 22	34 p から 38 p	H30. 4 . 23 から R 6 . 4 . 22
地域密着型通 所介護	デイサービスセンター 舞川の里 (社会福祉法人東山愛光 会)	一関市舞川 字堀切 72-4	15	R 6 . 5 . 1 から R 12 . 4 . 30	39 p から 41 p	H30. 5 . 1 から R 6 . 4 . 30
地域密着型介 護老人福祉施 設入所者生活 介護	特別養護老人ホーム ひなた苑 (社会福祉法人千厩寿慶 会)	一関市千厩 町奥玉字上 川原 31 番地	29	R 6 . 5 . 17 から R 12 . 5 . 16	42 p から 46 p	H30. 5 . 17 から R 6 . 5 . 16
小規模多機能 型居宅介護介 護	企業組合労協センター事 業団 あったかホームち ゃごみ (企業組合労協セ ンター事業団)	一関市赤荻 字荻野 330 番地 1	25	R 6 . 6 . 1 から R 12 . 5 . 31	47 p から 51 p	H30. 6 . 1 から R 6 . 5 . 31

3 現地確認

令和6年1月30日～令和6年2月2日までに、各施設を訪問し管理者等の立会いのもと、避難経路や運営規程等の掲示など現地確認を実施。事業所が一関地区広域行政組合管外にあるもの感染症拡大の恐れのある施設については事業所訪問を実施せず、施設写真により確認。

事業所名：特別養護老人ホームリビングハウスおおはら

○ 人員基準

基 準		申請の内容	適否
1. 医師	健康管理・療養上の指導を行うために必要な数 【サテライト型】 本体施設の医師により健康管理が適切に行われる場合は置かないことができる	佐藤 綾香 (医師) 非常勤、専従	適
2. 生活相談員	常勤で1以上 【サテライト型】 常勤換算方法で1名以上	生活相談員 加藤哲広 常勤・兼務	適
3. 介護職員・看護職員	(1)介護職員・看護職員の総数 常勤換算方法で入所者数3人に対し1以上	入所者数 29人 常勤換算 14.5人 ≥ 10人	適
	(2)看護職員 1以上で1人以上は常勤 【サテライト型】 常勤換算方法で1名以上	常勤1人 > 1人以上 岡部 洋子 (看護師) 常勤・専従	適
	(3)介護職員 1以上は常勤	常勤 14人 ≥ 1人	適
4. 栄養士又は管理栄養士	1以上 【サテライト型】 本体施設の栄養士又は管理栄養士によるサービス提供が適切に行われる場合は置かないことができる	及川 育子 (栄養士) 常勤・兼務	適
5. 機能訓練指導員	1以上 (施設の他の職務に従事できる。) 【サテライト型】 本体施設の機能訓練指導員等によるサービス提供が適切に行われる場合は置かないことができる	菅原 みよし (看護師) 佐藤 早苗 (看護師) 非常勤・専従	適
6. 介護支援専門員	専従常勤で1以上 (入所者の処遇に支障がない場合は、施設の他の職務に従事できる。) 【サテライト型】 本体施設の介護支援専門員によるサービス提供が適切に行われる場合には置かないことができる	佐々木 辰子 (03160066) 常勤・兼務	適

○ 設備基準（ユニット型）

基 準		申請の内容	適否
1. 居室	(1)居室の定員は1人。ただし必要な場合は2人とできる。	定員1人	適
	(2)居室はいずれかのユニットに属し、共同生活室に近接して一体的に設けること	共同生活室に隣接	適
	(3)1つのユニットの定員は概ね10人以下	2ユニット 定員10人 1ユニット 定員9人	適
	(4)1室の床面積：10.65㎡以上 2人利用の場合は21.3㎡以上	最小11.83㎡	適
	(5)ブザーまたはこれに代わる設備を設けること	ナースコール設置	適
2. 共同生活室	(1)いずれかのユニットに属し、共同で日常生活を営む場所にふさわしい形状であること	ユニットの中央部に位置	適
	(2)1つの共同生活室の床面積はそのユニットの入居定員×2㎡以上	$79.05 \text{ m}^2 \geq 20 \text{ m}^2$	適
	(3)必要な設備及び備品を備えること	椅子、テーブル等設置	適
3. 洗面設備	居室ごとか共同生活室ごとに適当数を設け、要介護者が使用するのに適したものとすること	全居室に設置	適
4. 便所	(1)居室ごとか共同生活室ごと（2か所以上）に適当数を設けること	共同生活室ごとに4か所設置	適
	(2)ブザーまたはこれに代わる設備を設け、要介護者が使用するのに適したものの	ナースコールあり オストメイトあり	適
5. 浴室	要介護者が入浴するのに適したものの	特殊浴槽、各ユニットに一般浴あり	適
6. 医務室	診療所	診療所	適
9. 消火設備等	非常災害に際して必要な設備を設ける	スプリンクラー、自動火災報知機、火災通報装置、誘導灯、熱煙感知器、消火器、消火栓	適

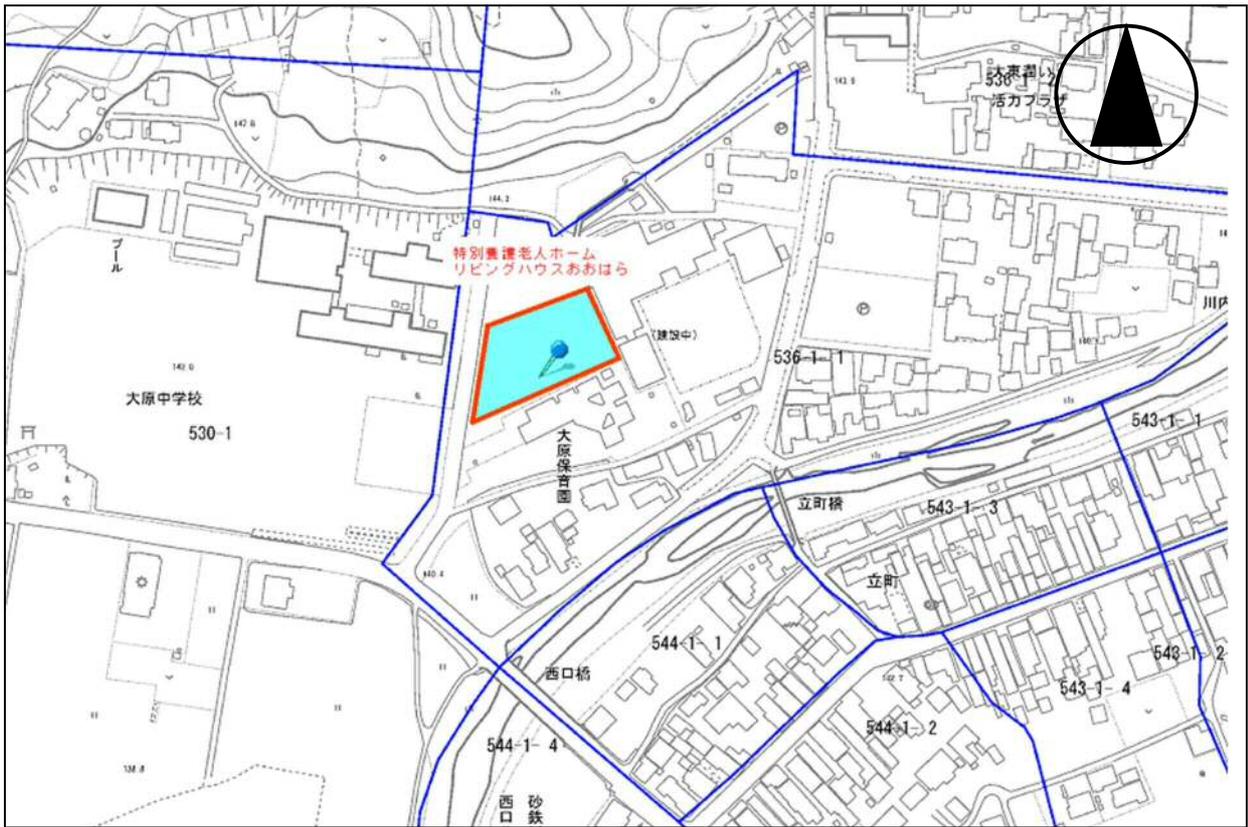
○運営基準（ユニット型）について

基 準	申 請 の 内 容	適 否
1. 昼間はユニットごとに常時 1 人以上の介護職員又は看護職員を配置すること	1 人以上配置	適
2. 夜間及び深夜については、2 ユニットごとに 1 人以上の介護職員又は看護職員を、夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること	2 人配置	適
3. ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。 うち、2 名以上はユニットリーダー研修受講者であること	ユニットリーダー研修修了者 2 名 佐々木 朝子 H28.11.25 第 2834035 号 小野寺 恵理子 H28.12.9 第 2834045 号	適

◎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
安全管理体制	基準型	適
栄養ケア・マネジメントの実施の有無	あり	適
ユニットケア体制	対応可	適
身体拘束廃止取組の有無	基準型	適
日常生活継続支援加算	あり	適
テクノロジーの導入（日常生活継続支援加算）	あり	適
看護体制加算	あり	適
夜勤職員配置加算	あり（加算Ⅰ）	適
テクノロジーの導入（夜勤職員配置加算）	あり	適
準ユニットケア体制		
生活機能向上連携加算		
個別機能訓練体制		
ADL維持等加算〔申出〕の有無	あり	適
若年性認知症入所者受入加算		
常勤専従医師配置		
精神科医師定期的療養指導		
障害者生活支援体制		
栄養マネジメント体制		
療養食加算	あり	適
配置医師緊急時対応加算		
看取り介護体制	あり（加算Ⅰ）	適
在宅・入所相互利用体制		
小規模拠点集合体制		
認知症専門ケア加算		
褥瘡マネジメント加算		
排せつ支援加算		
自立支援促進加算		
科学的介護推進体制加算	あり	適
安全対策体制	あり	適
サービス提供体制強化加算		
介護職員処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
介護職員等特定処遇改善加算	あり（加算Ⅱ）	適
ベースアップ等支援加算	あり	適

◎位置図



事業所名：デイサービス言葉のかけ橋

○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>管理者 菅原 誠一 機能訓練指導員兼務</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・兼務 南澤 真菜 新田 章恵 (社会福祉主事任用資格)</p>	適
看護職員又は介護職員	<p>(利用定員10名以下の場合)</p> <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>(利用定員10名を超える場合)</p> <p>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。)</p> <p>看護職員は看護師もしくは准看護師</p>	<p>非常勤 介護兼務 大湊 昌恵 機能訓練指導員兼務 高橋 久美子 専従 福士 真理子</p>	
	<p>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。</p> <p>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・・・</p>	<p>常勤専従 3人</p>	
	<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 佐藤 誠一 非常勤兼務 高橋久美子</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㎡ < 58.1㎡ (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>	<p>相談室あり</p>	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（デイサービスホーム）</p> <p>静養室</p> <p>相談室兼事務室</p> <p>浴室</p> <p>トイレ</p> <p>脱衣室</p> <p>洗面所</p> <p>消火器</p> <p>避難誘導灯</p> <p>非常通報装置</p> <p>自動火災報知設備</p>	適

○一般基準

基 準	申請の内容	適否
<p>利用定員 1単位 18人以下</p>	<p>定員 18人</p>	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		
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		
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		
ADL 等維持等加算		
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	あり	適
科学的介護推進体制加算		
サービス提供体制強化加算	あり（加算Ⅲ）	適
介護職員処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
介護職員等特定処遇改善加算		
ベースアップ等支援加算	あり	適

◎位置図



事業所名：グループホームことぶき

○ 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。	理事長 小山 宗雄 福祉サービスの経営者	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	所長 岩淵 一昌 開設者研修修了 H23. 12. 27 岩手県第 23-25 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 岩淵 千賀子 常勤 計画作成担当者、 介護従事者を兼務	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 H28. 12. 12 岩手県第 592 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 H26. 10. 29 岩手県第 985 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。	岩渕 千賀子 (03990186)	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。	岩渕 千賀子 (03990186)	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	-	適
	4 管理者等との兼務可	①管理者、介護従事者を兼務	適
	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 H28. 12. 12 岩手県第 592 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 6.8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 ユニットに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 7人≧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。	定員9名	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。	9.94㎡（6室）、12.42㎡（3室）>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9室 居間 食堂 台所 浴室 トイレ3カ所	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 自動火災報知設備 火災通報装置 消火器	適

○ 研修の受講の有無

区分	研修内容	適否
理事長 小山 宗雄 所長 岩渕 一昌	「認知症対応型サービス事業開設者研修」 以下の研修を終了している場合は研修修了者としてみなす。 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」 ②「基礎課程」又は「専門課程」 ③「認知症介護指導者研修」（根拠：12.17年度局長通知） ④「認知症高齢者グループホーム開設予定者研修」	開設者研修修了 H23.12.27 岩手県第23-25号
管理者 岩渕 千賀子	「認知症対応型サービス事業管理者研修」	H26.10.29 岩手県第985号 適
	「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）」	H28.12.12 岩手県第592号 適
計画作成担当者 岩渕 千賀子	「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）」	H28.12.12 岩手県第592号 適

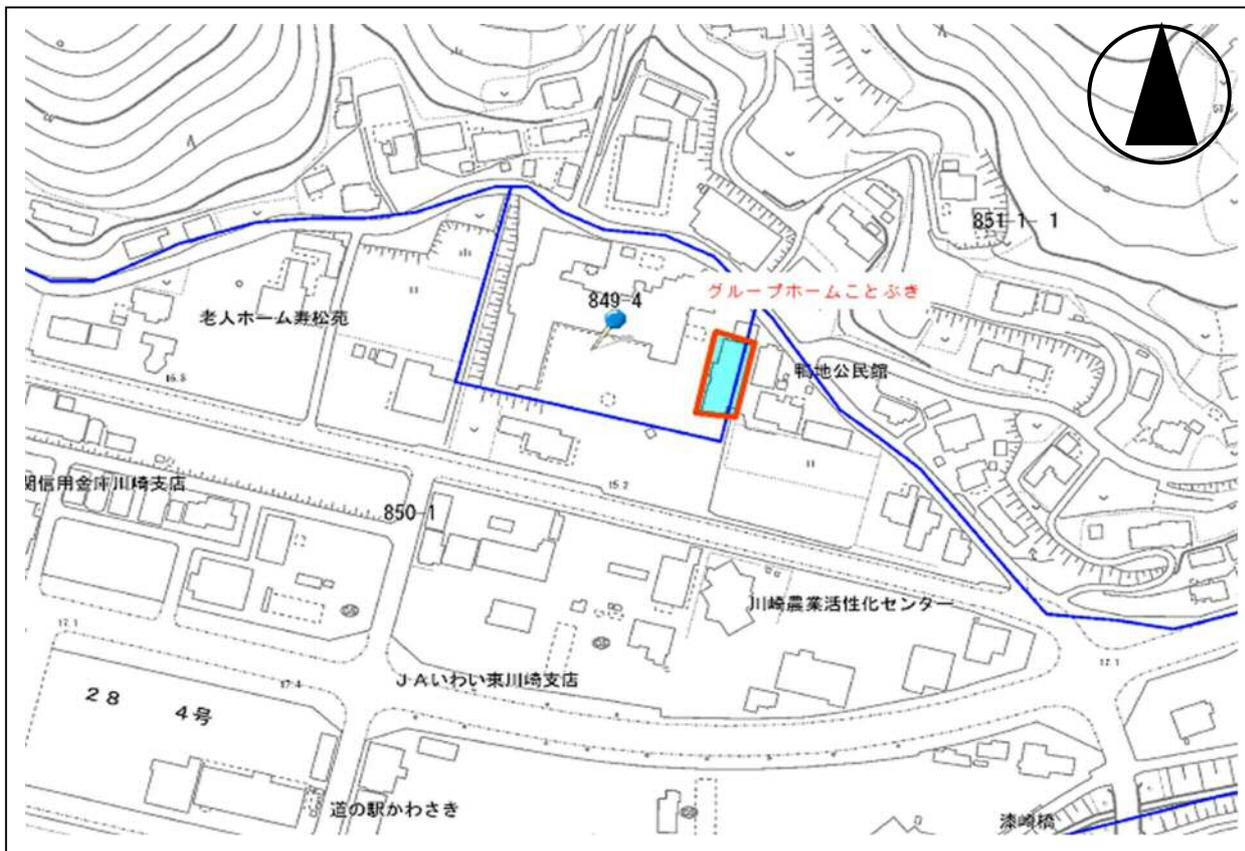
○ 一般的事項（人員基準及び設備基準以外）

	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	あり	適
看取り介護加算		
医療連携体制加算		
認知症専門ケア加算	あり	適
科学的介護推進体制加算	あり	適
サービス提供体制強化加算	あり（加算Ⅰ）	適
介護職員処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
介護職員等特定処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
ベースアップ等支援加算	あり	適

◎位置図



事業所名：特別養護老人ホーム真生園

○ 人員基準

基 準		申請の内容	適否
1. 医師	健康管理・療養上の指導を行うために必要な数 【サテライト型】 本体施設の医師により健康管理が適切に行われる場合は置かないことができる	佐藤 吉明 非常勤・専従	適
2. 生活相談員	常勤で1以上 【サテライト型】 常勤換算方法で1名以上	石川 仁 (社会福祉主事) 常勤、専従	適
3. 介護職員・看護職員	(1)介護職員・看護職員の総数 常勤換算方法で入所者数3人に対し1以上	入所者数 29人 常勤換算 18.5人 ≥ 10人	適
	(2)看護職員 1以上で1人以上は常勤 【サテライト型】 常勤換算方法で1名以上	常勤1人 > 1人以上 鈴木優一 (看護師) 芦萱静江 (看護師) 菊地真由美 (看護師) 常勤・専従	適
	(3)介護職員 1以上は常勤	常勤 18人 ≥ 1人	適
4. 栄養士又は管理栄養士	1以上 【サテライト型】 本体施設の栄養士又は管理栄養士によるサービス提供が適切に行われる場合は置かないことができる	管理栄養士 三谷 久美子	適
5. 機能訓練指導員	1以上 (施設の他の職務に従事できる。) 【サテライト型】 本体施設の機能訓練指導員等によるサービス提供が適切に行われる場合は置かないことができる	-	適
6. 介護支援専門員	専従常勤で1以上 (入所者の処遇に支障がない場合は、施設の他の職務に従事できる。) 【サテライト型】 本体施設の介護支援専門員によるサービス提供が適切に行われる場合には置かないことができる	菅原 輝彦 (03060128) 常勤・兼務	適

○ 設備基準（ユニット型）

基 準		申請の内容	適否
1. 居室	(1)居室の定員は1人。ただし必要な場合は2人とできる。	定員1人	適
	(2)居室はいずれかのユニットに属し、共同生活室に近接して一体的に設けること	共同生活室に近接し、一体的に設けられている	適
	(3)1つのユニットの定員は概ね10人以下	ユニット定員 10、10、9人+短期10人	適
	(4)1室の床面積：10.65㎡以上 2人利用の場合は21.3㎡以上	13.67㎡、13.74㎡×3、 13.89㎡、14.04㎡（C棟なし）、 14.11㎡、14.21㎡、 14.30㎡×2≥10.65㎡	適
	(5)ブザーまたはこれに代わる設備を設けること	各居室にブザー設置	適
2. 共同生活室	(1)いずれかのユニットに属し、共同で日常生活を営む場所にふさわしい形状であること	居室の中央部に配置。ユニットごとに棟とされている。	適
	(2)1つの共同生活室の床面積はそのユニットの入居定員×2㎡以上	全体92.68㎡ 廊下使用分を除いて 28.648㎡≥18~20㎡	適
	(3)必要な設備及び備品を備えること	テーブル、椅子等	適
4. 浴室	要介護者が入浴するのに適したもの	個浴2か所、特殊浴室1か所設置。	適
5. 洗面設備	居室のある階ごとに設け、要介護者が使用するのに適したもの	各居室に設置。	適
6. 便所	(1)居室のある階ごとに、居室に近接して設置すること	各居室に設置。共同生活室や共用スペースにも設置。	適
	(2)ブザーまたはこれに代わる設備を設け、要介護者が使用するのに適したもの	全てにブザー設置。	適
7. 医務室	診療所	診療所	適
8. 廊下幅	1.5m以上（中廊下の幅は1.8m以上）	中廊下 1.8m以上あり	適
9. 消火設備等	非常災害に際して必要な設備を設ける	消火器10本、非常通報装置、自動火災報知設備、スプリンクラー	適

○運営基準（ユニット型）について

基 準	申 請 の 内 容	適 否
1. 昼間はユニットごとに常時 1 人以上の介護職員又は看護職員を配置すること	ユニットごとに常時 1 人以上確保	適
2. 夜間及び深夜については、2 ユニットごとに 1 人以上の介護職員又は看護職員を、夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること	夜勤者 2 ユニットに 2 人、合計 4 名配置	適
3. ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。 うち、2 名以上はユニットリーダー研修受講者であること	ユニットリーダー研修修了者 2 名 佐々木 朝美 H23.10.14 第 2301166 号 岩淵 彩 H28.11.25 第 2834032 号	適

◎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
安全管理体制	基準型	適
栄養ケア・マネジメントの実施の有無	あり	適
ユニットケア体制	対応可	適
身体拘束廃止取組の有無	基準型	適
日常生活継続支援加算	あり	適
テクノロジーの導入（日常生活継続支援加算）		
看護体制加算	あり	適
夜勤職員配置加算	あり（加算Ⅲ）	適
テクノロジーの導入（夜勤職員配置加算）	あり	適
準ユニットケア体制		
生活機能向上連携加算		
個別機能訓練体制		
ADL維持等加算〔申出〕の有無		
若年性認知症入所者受入加算		
常勤専従医師配置		
精神科医師定期的療養指導		
障害者生活支援体制		
栄養マネジメント体制	あり	適
療養食加算		
配置医師緊急時対応加算		
看取り介護体制	あり（加算Ⅰ）	適
在宅・入所相互利用体制		
小規模拠点集合体制		
認知症専門ケア加算		
褥瘡マネジメント加算		
排せつ支援加算		
自立支援促進加算		
科学的介護推進体制加算	あり	適
安全対策体制	あり	適
サービス提供体制強化加算		
介護職員処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
介護職員等特定処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
ベースアップ等支援加算	あり	適

◎位置図



事業所名：特別養護老人ホーム花いずみ

○ 人員基準

基 準		申請の内容	適否
1. 医師	健康管理・療養上の指導を行うために必要な数 【サテライト型】 本体施設の医師により健康管理が適切に行われる場合は置かないことができる	千葉 周希 (医師) 非常勤、専従	適
2. 生活相談員	常勤で1以上 【サテライト型】 常勤換算方法で1名以上	阿部 将 (社会福祉主事任用資格) 常勤専従	適
3. 介護職員・看護職員	(1)介護職員・看護職員の総数 常勤換算方法で入所者数3人に対し1以上	入所者数 29人 常勤換算 15.9人 ≥ 10人	適
	(2)看護職員 1以上で1人以上は常勤 【サテライト型】 常勤換算方法で1名以上	常勤1人 > 1人以上 河部たえ子 (看護師) 千葉幸子 (看護師) 常勤・兼務 皆川和子 (看護師) 非常勤・兼務	適
	(3)介護職員 1以上は常勤	常勤 13人 ≥ 1人	適
4. 栄養士又は管理栄養士	1以上 【サテライト型】 本体施設の栄養士又は管理栄養士によるサービス提供が適切に行われる場合は置かないことができる	佐藤 玲子 (管理栄養士) 常勤・専従	適
5. 機能訓練指導員	1以上 (施設の他の職務に従事できる。) 【サテライト型】 本体施設の機能訓練指導員等によるサービス提供が適切に行われる場合は置かないことができる	河部たえ子 (看護師) 千葉幸子 (看護師) 常勤・兼務 皆川和子 (看護師) 非常勤・兼務	適
6. 介護支援専門員	専従常勤で1以上 (入所者の処遇に支障がない場合は、施設の他の職務に従事できる。) 【サテライト型】 本体施設の介護支援専門員によるサービス提供が適切に行われる場合には置かないことができる	佐々木 茂伸 (03150054) 常勤、副管理者兼務 鶴浦 史乃 (03150098) 常勤、介護職員兼務	適

○ 設備基準（従来型）

基 準		申請の内容	適否
1. 居室	(1)定員：4人以下 平成27年4月1日までに指定を受けている施設は4人以下	定員1人：9部屋 定員2人：10部屋	適
	(2)入所者1人あたりの床面積：10.65㎡以上	収納を除いた1人あたり床面積 10.65～12.17㎡	適
	(3)ブザーまたはこれに代わる設備を設けること	ナースコール設置	適
2. 静養室	介護職員室または看護職員室に近接して設ける	介護職員室に近接	適
3. 食堂・機能訓練室	必要な設備を備え、合計面積は3㎡×入所定員以上（同一の場所でも可）	140.51㎡	適
4. 浴室	要介護者が入浴するのに適したもの	特別浴室、一般浴室各1	適
5. 洗面設備	居室のある階ごとに設け、要介護者が使用するのに適したもの	洗面室1カ所	適
6. 便所	(1)居室のある階ごとに、居室に近接して設置すること	同一階に2カ所	適
	(2)ブザーまたはこれに代わる設備を設け、要介護者が使用するのに適したもの	ナースコール設置	適
7. 医務室	診療所	設置せず。 本体施設を利用。	適
8. 廊下幅	1.5m以上（中廊下の幅は1.8m以上）	中廊下 1.8m以上あり	適
9. 消火設備等	非常災害に際して必要な設備を設ける	火災通報装置 自動火災報知設備 スプリンクラー 消火器	適

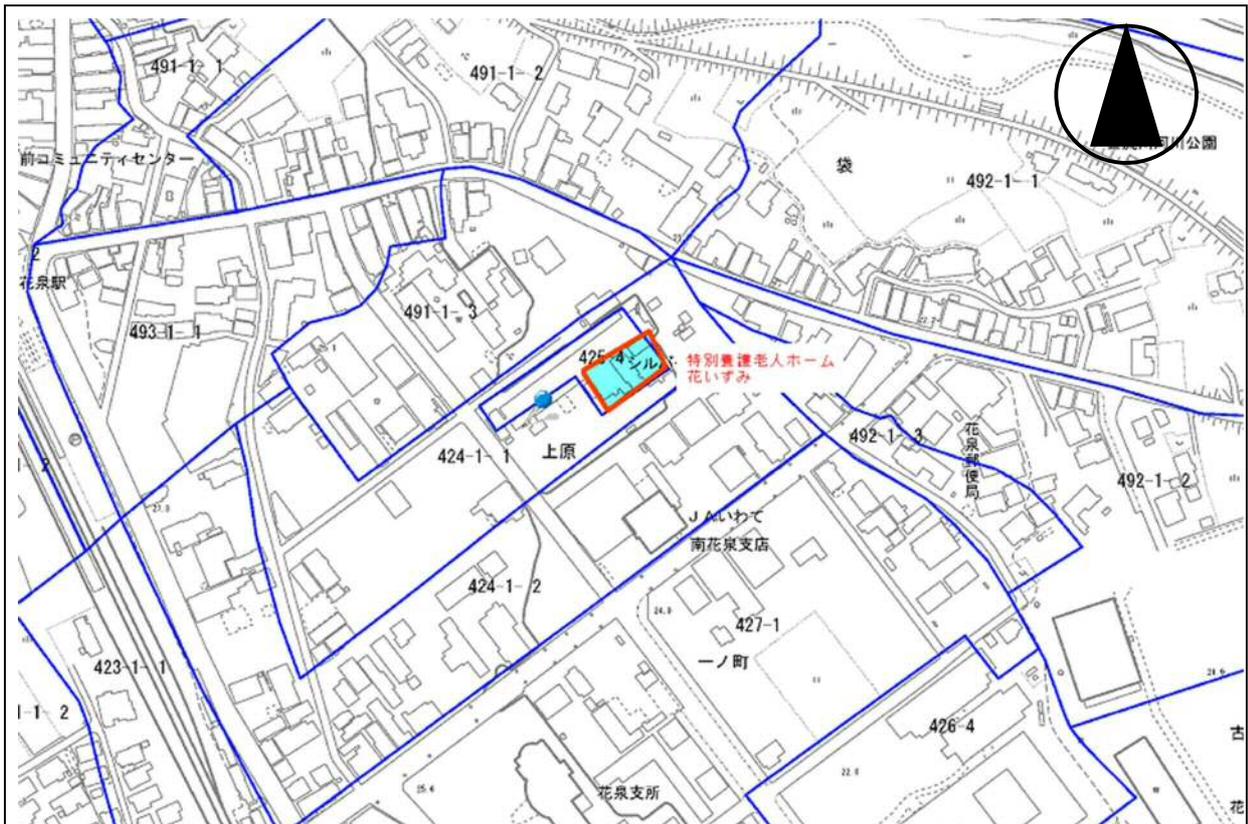
○ 運営基準（従来型）

基 準		申請の内容	適否
1. 常時1人以上の介護職員を介護に従事させなければならない。		常時1人以上 介護職員の配置有り	適

◎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
安全管理体制	基準型	適
栄養ケア・マネジメントの実施の有無	あり	適
ユニットケア体制		
身体拘束廃止取組の有無	基準型	適
日常生活継続支援加算		
テクノロジーの導入（日常生活継続支援加算）		
看護体制加算	あり	適
夜勤職員配置加算		
テクノロジーの導入（夜勤職員配置加算）		
準ユニットケア体制		
生活機能向上連携加算		
個別機能訓練体制		
ADL維持等加算〔申出〕の有無		
若年性認知症入所者受入加算		
常勤専従医師配置		
精神科医師定期的療養指導		
障害者生活支援体制		
栄養マネジメント体制		
療養食加算		
配置医師緊急時対応加算		
看取り介護体制		
在宅・入所相互利用体制		
小規模拠点集合体制		
認知症専門ケア加算		
褥瘡マネジメント加算		
排せつ支援加算		
自立支援促進加算		
科学的介護推進体制加算	あり	適
安全対策体制	あり	適
サービス提供体制強化加算	あり（加算Ⅲ）	適
介護職員処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
介護職員等特定処遇改善加算		
ベースアップ等支援加算	あり	適

◎位置図



事業所名：ケアビレッジ関ケアサービスステーション看護小規模多機能型居宅介護事業所

○ 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、多機能、GH、複合型等の従業者もしくは訪問介護員等として認知症である者の介護に従事した経験、または保健医療サービスもしくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者。	佐々木 輝	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：基礎研修または専門課程 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 または保健師もしくは看護師。	認知症介護実践研修 H20. 7. 31 宮城県 第 J08 004 号 認知症対応型サービス事業管理者研修 H20. 7. 31 宮城県 第 K08 016 号	適
管 理 者	1 常勤専従。 ただし、事業所の管理上支障がない場合当該施設の他の職又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事できる。	管理者 庄司 久子	適
	2 認知症対応型サービス事業管理者研修を修了していること。または、保健師若しくは看護師であること。	看護師	適
	3 特養、老人デイ、老健、小多機、介護医療院、看多機、GH等の従業者若しくは訪問介護員等として3年以上認知症である者の介護に従事した経験があること。	特養に7年、この施設に令和3年から勤めており認知症高齢者に対する介護実務を経験。	適
従 業 者	1 日中 ①通いサービス 利用者の数が3名またはその端数を増す毎に、常勤換算1以上	常勤専従 11人 常勤兼務 3人 常勤換算 12.8人 > 7人※	適
	②訪問サービス 常勤換算2以上	※通い：9名（利用定員15名）、訪問：2名	
	2 夜間及び深夜 夜間深夜を通じて1以上+宿直に必要数以上 ただし、宿泊の利用者がいない場合で、夜間を通じて訪問サービス提供の連絡体制を整備している場合、宿泊及び夜勤従業者を置かないことができる。（最低夜勤：1名、宿直：訪問サービスに支障がない場合は事業所内で宿直する必要はない）	1人 併設事業所を通して連絡体制整備	適

	<p>3 通い・訪問のうち 1 以上は保健師、看護師または准看護師</p> <p>4 従業者のうち 1 以上は常勤の保健師または看護師 常勤換算 2.5 以上は保健師、看護師または准看護師</p> <p>※指定看護小規模多機能型居宅介護と指定訪問看護を同一事業所で一体的に行っている場合には、指定訪問看護の基準（常勤換算 2.5 以上）を満たしていることにより、指定看護小規模多機能型居宅介護の基準を満たしているとみなす。</p>	<p>常勤換算方法 2.6 人 > 2.5 人</p> <p>常勤看護師 庄司 久子 (管理者兼務) 吉田 優子 阿部 理恵 菅原 ちえ子 佐藤 恵美</p>	適
介護支援専門員	<p>小規模多機能型サービス等計画作成者担当者研修を修了し、居宅サービス計画等の作成に専従すること。 ただし、利用者の処遇に支障がない場合当該施設の他の職又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事できる。</p>	<p>千葉 昭四郎 (03000168) 介護支援専門員専従</p>	適

○ 研修の受講の有無

区分	研修内容	適否
代表者	<p>認知症対応型サービス事業所開設者研修 ただし、以下の研修を終了している場合は研修修了者としてみなす。</p> <p>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 ② 基礎課程または専門課程 ③ 認知症介護指導者研修(根拠：12年及び17年度局長通知) ④ 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修</p> <p>※保健師もしくは看護師資格がある場合は不要</p>	<p>認知症介護実践研修 H20.7.31 宮城県第 J08 004 号 認知症対応型サービス事業管理者研修 H20.7.31 宮城県第 K08 016 号</p>
管理者	<p>認知症対応型サービス事業管理者研修 ただし、以下の研修を終了している場合は研修修了者としてみなす。</p> <p>・平成18年3月31日までに「実践者研修」及び「基礎過程」を修了した者で、平成18年3月31日に特養・老人デイ・老健・GH等の管理者の職務に従事している者。</p> <p>※保健師もしくは看護師資格がある場合は不要</p>	<p>佐々木 清子 看護師資格あり</p>
計画作成担当者	<p>小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修</p>	<p>千葉 昭四郎 令和元年11月19日 第1-22号</p>

○ 設備基準

基 準	申請の内容	適否
<p>1 利用定員 登録定員 29名以下（ナラト：18人以下） 通いサービスの利用定員：登録定員の1/2～15人（登録定員が26人以上で居間及び食堂の合計面積が「利用者×3㎡」を確保されている場合、通い定員18人以下とすることができる） 宿泊サービスの利用定員：登録定員の1/3～9人</p>	<p>登録定員 29人 通いサービス 15人 宿泊サービス 9人</p>	<p>適</p>
<p>2 宿泊室 ①個室 定員 1人。 床面積 7.43㎡（4畳半相当）以上。 ただし、事業所が病院または診療所で、定員が1である場合、6.4㎡とすることができる。</p> <p>②個室以外 面積が1人当たり概ね7.43㎡以上 プライバシーの確保された構造。</p>	<p>全室個室 定員1人 内法9.00㎡</p>	<p>適</p>
<p>3 居間、食堂 機能を十分に発揮しうる適当な広さを有すること。 利用者及び従業員が一堂に会するのに十分な広さとすること。同一の場所とすることができる。</p>	<p>居間兼食堂 64.44㎡ （ >54㎡ ）</p>	<p>適</p>
<p>4 立地場所 住宅地の中、または同程度に家族や地域住民との交流の機会が確保される地域の中であること。</p>	<p>住宅地</p>	<p>適</p>
<p>5 その他 居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、消火設備等、その他必要な設備及び備品を備えていること。</p>	<p>居間兼食堂、台所、宿泊室 9室、浴室、機械浴室、地域交流室、静養室、トイレ 5か所、洗濯室、汚物室、脱衣室、事務室 消防設備（スプリンクラー、消火器、非常通報装置、自動火災報知機、避難口誘導灯）</p>	<p>適</p>

◎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
訪問看護体制減算		
サテライト体制		
特別地域加算		
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		
緊急時訪問看護加算		
特別管理体制	あり	適
ターミナルケア体制	あり	適
看護体制強化加算		
訪問体制強化加算		
総合マネジメント体制強化加算	あり	適
褥瘡マネジメント加算	あり	適
排せつ支援加算	あり	適
科学的介護推進体制加算	あり	適
サービス提供体制強化加算	あり（加算Ⅲ）	適
介護職員処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
介護職員等特定処遇改善加算	あり（加算Ⅱ）	適
ベースアップ等支援加算	あり	適

◎位置図



事業所名：高齢者グループホームいこいの杜

○ 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。	理事長 岩渕 力也 福祉サービスの経営者	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	理事長 岩渕 力也 開設者研修修了 H25.12.5 岩手県第 25-19 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 幸子 中目 清華 常勤、計画作成担当者・ 介護従業者兼務	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。	千葉 幸子 実践者研修 H29.9.5 岩手県第 4600 号 中目 清華 実践者研修 R1.8.9 岩手県第 5358 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	千葉 幸子 管理者研修 H29.9.8 岩手県第 1354 号 中目 清華 管理者研修 R1.9.13 岩手県第 1579 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。	千葉 幸子 中目 清華	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。	千葉 幸子 (03150038)	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	中目 清華 GH で計画作成担当者としての勤務経験あり。	適
	4 管理者等との兼務可	管理者、介護従事者を兼務	適
	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。	千葉 幸子 実践者研修 H29.9.5 岩手県第4600号 中目 清華 実践者研修 R1.8.9 岩手県第5358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 6.2人 \geq 3人 7人 \geq 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ユニットに1人 \geq 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 11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。	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 計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	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。	1ユニットごと 8.76、8.88、9.04㎡×7室 ≥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 9室 居間兼食堂 台所 洗面設備 2か所 トイレ 3か所 （以上各ユニットごと） 浴室（2ユニットで2つ） 事務室. 地域交流室兼家族専用	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 自動火災報知設備 火災通報装置 消火器	適

○ 研修の受講の有無

区分	研修内容	適否
理事長 岩渕 力也	「認知症対応型サービス事業開設者研修」 以下の研修を終了している場合は研修修了者としてみなす。 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」 ②「基礎課程」又は「専門課程」 ③「認知症介護指導者研修」（根拠：12.17年度局長通知） ④「認知症高齢者グループホーム開設予定者研修」	開設者研修修了 H25.12.5 岩手県第25-19号
管理者 千葉 幸子 中目 清華	「認知症対応型サービス事業管理者研修」	H29.9.8 岩手県第1354号 R1.9.13 岩手県第1579号 適
	「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）」	H29.9.5 岩手県第4600号 R1.8.9 岩手県第5358号 適
計画作成担当者 千葉 幸子 中目 清華	「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）」	H29.9.5 岩手県第4600号 R1.8.9 岩手県第5358号 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	あり	適
利用者の入院期間中の体制	あり	適
看取り介護加算	あり	適
医療連携体制加算	あり（加算Ⅰ）	適
認知症専門ケア加算	あり（加算Ⅰ）	適
科学的介護推進体制加算	あり	適
サービス提供体制強化加算		
介護職員処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
介護職員等特定処遇改善加算	あり（加算Ⅱ）	適
ベースアップ等支援加算	あり	適

◎位置図



事業所名：特別養護老人ホーム舞川の里

○ 人員基準

基 準		申請の内容	適否
1. 医師	健康管理・療養上の指導を行うために必要な数 【サテライト型】 本体施設の医師により健康管理が適切に行われる場合は置かないことができる	伊藤 久雄 専従、非常勤	適
2. 生活相談員	常勤で1以上 【サテライト型】 常勤換算方法で1名以上	千葉 実 (社会福祉士) 専従、常勤	適
3. 介護職員・看護職員	(1)介護職員・看護職員の総数 常勤換算方法で入所者数3人に対し1以上	入所者数 29人 常勤換算 18.7人 ≥ 10人	適
	(2)看護職員 1以上で1人以上は常勤 【サテライト型】 常勤換算方法で1名以上	庄司 久子 (看護師) 常勤、専従 和賀 浩美 (准看護師) 常勤、兼務	適
	(3)介護職員 1以上は常勤	常勤 17人 ≥ 1人	適
4. 栄養士又は管理栄養士	1以上 【サテライト型】 本体施設の栄養士又は管理栄養士によるサービス提供が適切に行われる場合は置かないことができる	須藤 順子 (栄養士) 常勤、専従	適
5. 機能訓練指導員	1以上 (施設の他の職務に従事できる。) 【サテライト型】 本体施設の機能訓練指導員等によるサービス提供が適切に行われる場合は置かないことができる	和賀 浩美 (准看護師) 常勤、兼務	適
6. 介護支援専門員	専従常勤で1以上 (入所者の処遇に支障がない場合は、施設の他の職務に従事できる。) 【サテライト型】 本体施設の介護支援専門員によるサービス提供が適切に行われる場合には置かないことができる	五十嵐 智恵子 (03040247) 常勤・専従	適

○ 設備基準（ユニット型）

基 準	申請の内容	適否	
1. 居室	(1)居室の定員は1人。ただし必要な場合は2人とできる。	定員1人	適
	(2)居室はいずれかのユニットに属し、共同生活室に近接して一体的に設けること	ユニットA：10人 ユニットB：10人 ユニットC：9人	適
	(3)1つのユニットの定員は概ね10人以下	いずれも共同生活室に近接	
	(4)1室の床面積：10.65㎡以上 2人利用の場合は21.3㎡以上	11.18～12.42㎡ ≥10.65㎡	適
	(5)ブザーまたはこれに代わる設備を設けること	各居室にナースコール設置	適
2. 共同生活室	(1)いずれかのユニットに属し、共同で日常生活を営む場所にふさわしい形状であること	ユニットごとに居室の中央部分に配置	適
	(2)1つの共同生活室の床面積はそのユニットの入居定員×2㎡以上	ユニットA：49.95≥20㎡ ユニットB：41.33≥20㎡ ユニットC：36.49≥18㎡	適
	(3)必要な設備及び備品を備えること	テーブル、椅子等設置	適
3. 洗面設備	居室ごとか共同生活室ごとに適当数を設け、要介護者が使用するのに適したものとすること	居室ごとにあり	適
4. 便所	(1)居室ごとか共同生活室ごとに適当数を設けること	ユニットごとに3か所あり	適
	(2)ブザーまたはこれに代わる設備を設け、要介護者が使用するのに適したものの	全てにナースコール設置	適
5. 浴室	要介護者が入浴するのに適したもの	個浴、特浴 各2	適
6. 医務室	診療所	診療所	適

基 準		申請の内容	適否
7. 廊下幅	1.5m以上（中廊下の幅は1.8m以上）	中廊下 1.98 \geq 1.8m	適
8. 消火設備等	非常災害に際して必要な設備を設ける	非常通報装置、自動火災報知設備、スプリンクラー、消火器	適

○ 運営基準（ユニット型）

基 準		申 請 の 内 容	適否
1. 昼間はユニットごとに常時 1 人以上の介護職員又は看護職員を配置すること		ユニットごとに常時 1 人以上配置	適
2. 夜間及び深夜については、2 ユニットごとに 1 人以上の介護職員又は看護職員を、夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること		夜勤者 3 ユニットに 3 人配置	適
3. ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。 うち、2 名以上はユニットリーダー研修受講者であること		ユニットリーダー 菅野 恵美子（研修修了） H23.10.28 第 2301009 号 千葉 千春（研修修了） H26.9.5 第 2615088 号 畠山 麻未（研修修了） H22.11.12 第 2215041 号 鈴木 幸志（研修終了） H23.10.28 第 2301009 号	適

◎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
安全管理体制	基準型	適
栄養ケア・マネジメントの実施の有無		
ユニットケア体制	対応可	適
身体拘束廃止取組の有無	基準型	適
日常生活継続支援加算	あり	適
テクノロジーの導入（日常生活継続支援加算）		
看護体制加算	あり	適
夜勤職員配置加算	あり（加算Ⅲ）	適
テクノロジーの導入（夜勤職員配置加算）		
準ユニットケア体制		
生活機能向上連携加算		
個別機能訓練体制		
ADL維持等加算〔申出〕の有無		
若年性認知症入所者受入加算		
常勤専従医師配置		
精神科医師定期的療養指導		
障害者生活支援体制		
栄養マネジメント体制		
療養食加算	あり	適
配置医師緊急時対応加算		
看取り介護体制		
在宅・入所相互利用体制		
小規模拠点集合体制		
認知症専門ケア加算		
褥瘡マネジメント加算		
排せつ支援加算		
自立支援促進加算		
科学的介護推進体制加算		
安全対策体制	あり	適
サービス提供体制強化加算		
介護職員処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
介護職員等特定処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
ベースアップ等支援加算	あり	適

◎位置図



事業所名： デイサービスセンター舞川の里

○人員基準

	基 準	申請の内容	適否
管理者	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 佐藤 喜一郎 特別養護老人ホーム舞川の里管理者兼務	適
生活相談員	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。	常勤専従 和賀 香織 (社会福祉主事任用資格)	適
看護職員又は介護職員	(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。		
	(利用定員10名を超える場合) 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	常勤・機能訓練指導員兼務 菊池 克恵 非常勤・機能訓練指導員兼務 佐藤 ふじ江	
	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・・・	常勤専従 3人	
	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。	常勤4人	適
機能訓練指導員	1以上 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。) 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。	非常勤兼務 2人 菊池 克恵 (看護職員) 佐藤 ふじ江 (看護職員)	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 m²×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>45 m² < 150.75 m² (15人×3 m²=45 m²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</p> <p>機能訓練室</p> <p>静養室</p> <p>相談室</p> <p>一般浴室</p> <p>事務室</p> <p>トイレ</p> <p>脱衣室</p> <p>消火器</p> <p>避難誘導灯</p> <p>非常通報装置</p> <p>自動火災報知設備</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 15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		
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	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		
ADL 等維持等加算		
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		
科学的介護推進体制加算		
サービス提供体制強化加算		
介護職員処遇改善加算		
介護職員等特定処遇改善加算		
ベースアップ等支援加算		

◎位置図



事業所名：特別養護老人ホームひなた苑

○ 人員基準

基 準		申請の内容	適否
1. 医師	健康管理・療養上の指導を行うために必要な数 【サテライト型】 本体施設の医師により健康管理が適切に行われる場合は置かないことができる	角田 健也 (医師) 非常勤、兼務	適
2. 生活相談員	常勤で1以上 【サテライト型】 常勤換算方法で1名以上	魚住 泰宜 (社会福祉主事任用資格) 常勤、専従	適
3. 介護職員・ 看護職員	(1)介護職員・看護職員の総数 常勤換算方法で入所者数3人に対し1以上	入所者数 29人 常勤換算 17.75人 ≥ 10人	適
	(2)看護職員 1以上で1人以上は常勤 【サテライト型】 常勤換算方法で1名以上	常勤1人 > 1人以上 村上 真理 (看護師) 常勤、兼務 熊谷 良 (准看護師) 常勤、兼務	適
	(3)介護職員 1以上は常勤	常勤 17人 ≥ 1人	適
4. 栄養士又は 管理栄養士	1以上 【サテライト型】 本体施設の栄養士又は管理栄養士によるサービス提供が適切に行われる場合は置かないことができる	小野寺君枝 (管理栄養士) 常勤・専従	適
5. 機能訓練指 導員	1以上 (施設の他の職務に従事できる。) 【サテライト型】 本体施設の機能訓練指導員等によるサービス提供が適切に行われる場合は置かないことができる	村上 真理 (看護師) 熊谷 良 (准看護師) 常勤・兼務	適
6. 介護支援専 門員	専従常勤で1以上 (入所者の処遇に支障がない場合は、施設の他の職務に従事できる。) 【サテライト型】 本体施設の介護支援専門員によるサービス提供が適切に行われる場合には置かないことができる	千葉 喜久 (03180116) 常勤、専従	適

○ 設備基準（ユニット型）

基 準	申請の内容	適否	
1. 居室	(1)居室の定員は1人。ただし必要な場合は2人とできる。	定員1人	適
	(2)居室はいずれかのユニットに属し、共同生活室に近接して一体的に設けること	共同生活室を囲むように居室を配置	適
	(3)1つのユニットの定員は概ね10人以下	ユニットA、C：10人 ユニットB：9人	適
	(4)1室の床面積：10.65㎡以上 2人利用の場合は21.3㎡以上	Aタイプ [°] 13.3㎡、Bタイプ [°] 15㎡、Cタイプ [°] 16.5㎡、Dタイプ [°] 14.4㎡	適
	(5)ブザーまたはこれに代わる設備を設けること	全室ナースコール設置	適
2. 共同生活室	(1)いずれかのユニットに属し、共同で日常生活を営む場所にふさわしい形状であること	居室の中央に配置	適
	(2)1つの共同生活室の床面積はそのユニットの入居定員×2㎡以上	ユニット A106.86㎡、ユニット B88.96㎡、ユニット C102.14㎡ ≥18~20㎡	適
	(3)必要な設備及び備品を備えること	テーブル、椅子等設置	適
3. 洗面設備	居室ごとか共同生活室ごとに適当数を設け、要介護者が使用するのに適したものとすること	2居室に1か所(13か所)、 3居室に1か所(1か所)	適
4. 便所	(1)居室ごとか共同生活室ごとに適当数を設けること	ユニットごとに約5か所	適
	(2)ブザーまたはこれに代わる設備を設け、要介護者が使用するのに適したものの	ナースコール設置	適
5. 浴室	要介護者が入浴するのに適したものの	浴室1か所（特浴あり）	適
6. 医務室	診療所	診療所	適
7. 廊下幅	1.5m以上（中廊下の幅は1.8m以上）	片廊下2.5m	適

8. 消火設備等	非常災害に際して必要な設備を設ける	パッケージ型消火設備(粉末スプリンクラー)、非常通報装置、火災受信機、消火器 15 本、非常電源	適
----------	-------------------	--	---

○運営基準（ユニット型）について

基 準	申 請 の 内 容	適 否
1. 昼間はユニットごとに常時 1 人以上の介護職員又は看護職員を配置すること	ユニットごとに常時 1 人以上配置	適
2. 夜間及び深夜については、2 ユニットごとに 1 人以上の介護職員又は看護職員を、夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること	夜勤者 3 ユニットに常時 2 人確保	適
3. ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。 うち、2 名以上はユニットリーダー研修受講者であること	ユニットリーダー研修修了 3 名 藤代 由美子 H24.1.27 第 2324057 号 村上 彩 H28.12.2 第 2834036 号 栖原 晃 H28.9.16 第 2821047 号	適

◎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
安全管理体制	基準型	適
栄養ケア・マネジメントの実施の有無	あり	適
ユニットケア体制	対応可	適
身体拘束廃止取組の有無	基準型	適
日常生活継続支援加算	あり	適
テクノロジーの導入（日常生活継続支援加算）		
看護体制加算	あり	適
夜勤職員配置加算	あり（加算Ⅲ）	適
テクノロジーの導入（夜勤職員配置加算）		
準ユニットケア体制		
生活機能向上連携加算		
個別機能訓練体制		
ADL維持等加算〔申出〕の有無		
若年性認知症入所者受入加算		
常勤専従医師配置		
精神科医師定期的療養指導		
障害者生活支援体制		
栄養マネジメント体制	あり	適
療養食加算		
配置医師緊急時対応加算		
看取り介護体制	あり（加算Ⅰ）	適
在宅・入所相互利用体制		
小規模拠点集合体制		
認知症専門ケア加算		
褥瘡マネジメント加算		
排せつ支援加算		
自立支援促進加算		
科学的介護推進体制加算	あり	適
安全対策体制	あり	適
サービス提供体制強化加算		
介護職員処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
介護職員等特定処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
ベースアップ等支援加算	あり	適

◎位置図



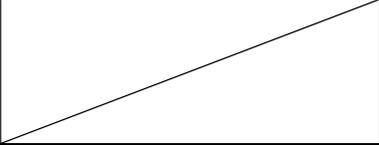
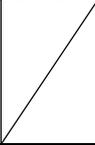
事業所名：あったかホームちゃごみ（小規模多機能型居宅介護）

○ 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等の従業者もしくは訪問介護員等として認知症である者の介護に従事した経験、または保健医療サービスもしくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者。	代表理事 田嶋 羊子 福祉サービス経営経験者	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：基礎研修または専門課程 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	管理者 三浦 嘉代子 開設者研修修了 H18.12.11 岩手県第18-76号	適
管 理 者	1 常勤専従でなければならない。 ただし、事業所の管理上支障がない場合当該事業者の他職務、又は併設する施設（特養・高齢者デイ・老健・高齢者GH）等の職務との兼務可。 (注：本事業所の管理者をもって充てることができる)	管理者 三浦 嘉代子 常勤、看護職員兼務	適
	2 認知症対応型サービス事業管理者研修を修了していること。	管理者研修修了 H18.12.11 岩手県第134号	適
	3 特養、老人デイ、老健、小規模多機能、GH、複合型サービス等の職員または訪問介護員として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験があること。	当該事業所の指定時からの管理者	適

	基 準	申請の内容	適否
従業者	1 日中 ① 通いサービスを提供 常勤換算方法で利用者の数が3名またはその端数を増す毎に1名以上	推定利用者 10人	適
	② 訪問サービスを提供 常勤換算方法で1名以上（サライト：本体事業所の職員による処遇が適切に行われる場合、1名以上）	常勤換算方法 4.8人 > 3.33人	
従業者	2 夜間及び深夜 ① 宿泊サービス・訪問サービスを提供する従業者 夜間深夜を通じて2以上（うち1人は宿直勤務可）となるための必要数（サライト：本体の宿直による処遇が適切に行われる場合、宿直を置かないことができる）	① 夜勤1人、宿直1人 計2人 ≥ 2人 ※宿直は事業所内宿直	適
	② 宿泊サービスの利用者がいない場合 夜間・深夜を通じて宿直勤務または夜勤を行う従業者を1以上とすることができる。	② 管理者との連絡体制有	
	3 従業者のうち1名以上は常勤であること。	常勤6人	適
	4 従業者のうち1名以上は看護師または准看護師であること。（サライト：本体の看護職員による処遇が適切に行われる場合、看護職員を置かないことができる）	看護師 三浦 嘉代子 常勤、管理者兼務 准看護師 佐藤 昭子 常勤、専従	適
介護支援専門員	小規模多機能型サービス等計画作成者担当者研修を修了し、居宅サービス計画等の作成に専従する介護支援専門員であること。（サライト：本体の介護支援専門員による居宅サービス計画の作成が適切に行われる場合、介護支援専門員に代えて、小規模多機能計画作成担当者研修を修了した小規模多機能型計画作成専従の者を置くことができる） ※ 小規模多機能型居宅介護従業者の員数を満たす従業者を置くほか、併設する施設等の人員に関する基準を満たす従業者を置いているときは、併設する施設等の職務への従事が可。	介護支援専門員 柳澤 成子 (0305006) 非常勤、専従 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了 H25. 11. 28 岩手県第 25-44 号	適

○ 設備基準

基 準	申請の内容	適否
<p>1 利用定員</p> <p>登録定員 29名以下（サライト：18人以下）</p> <p>通いサービスの利用定員：登録定員の1/2～15人（登録定員が26人以上で居間及び食堂の合計面積が「利用者×3㎡」を確保されている場合、通い定員18人以下とすることができる）</p> <p>宿泊サービスの利用定員：通い定員の1/3～9人</p>	<p>登録定員 25名</p> <p>通い 15名</p> <p>宿泊 5名</p>	<p>適</p>
<p>2 宿泊室</p> <p>① 個室</p> <p>定員 1人。</p> <p>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。</p> <p>床面積 7.43㎡（4畳半相当）以上。</p>	<p>個室 5室</p> <p>（うち3室はパーテーションにより区分）</p> <p>9.93㎡、12.42㎡、12.42㎡×3（37.26㎡を3つに区分）㎡>7.43㎡</p>	<p>適</p>
<p>② 個室以外</p> <p>面積が1人当たり概ね7.43㎡以上</p> <p>プライバシーの確保された構造。</p>		
<p>3 居間、食堂</p> <p>機能を十分に発揮しうる適当な広さを有すること。</p> <p>利用者及び従業員が一堂に会するのに十分な広さとすること。</p> <p>同一の場所とすることができる。</p>	<p>居間兼食堂 49.63㎡</p> <p>（ >45㎡ ）</p>	<p>適</p>
<p>4 立地場所</p> <p>住宅地の中、または同程度に家族や地域住民との交流の機会が確保される地域の中であること。</p>	<p>住宅地であり、幼稚園、小学校等に近接している。</p>	<p>適</p>
<p>5 その他</p> <p>居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、消火設備等、その他必要な設備及び備品を備えていること。平準</p>	<p>居間兼食堂</p> <p>台所</p> <p>宿泊室 5室</p> <p>浴室</p> <p>消火器2本、火災報知器</p>	<p>適</p>

○ 研修の受講の有無

区分	研修内容	適否
代表者 田嶋 羊子 当該事業所に係る 代理人 三浦 嘉代子	認知症対応型サービス事業所開設者研修 ただし、以下の研修を終了している場合は研修修了者としてみ なす。 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 ② 基礎課程または専門課程 ③ 認知症介護指導者研修(根拠：12年及び17年度局長通知) ④ 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修	開設者研修修了 H18.12.11 岩手県第18-76号 適
管理者 三浦 嘉代子	認知症対応型サービス事業管理者研修 ただし、以下の研修を終了している場合は研修修了者としてみ なす。 平成18年3月31日までに「実践者研修」及び「基礎過程」を 修了した者で、平成18年3月31日に特養・老人デイ・老健・G H等の管理者の職務に従事している者。	管理者研修修了 H18.12.11 岩手県第134号 適
計画作成担当者 柳澤 成子	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	計画作成担当者研 修修了 H25.11.28 岩手県第25-44号 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
特別地域加算		
若年性認知症利用者受入加算		
看護職員配置加算	あり	適
看取り連携体制加算		
訪問体制強化加算		
総合マネジメント体制強化加算	あり	適
科学的介護推進体制加算		
サービス提供体制強化加算	あり（加算Ⅱ）	適
介護職員処遇改善加算	あり（加算Ⅰ）	適
介護職員等特定処遇改善加算	あり（加算Ⅱ）	適
ベースアップ等支援加算	あり	適

◎位置図





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
 指定居宅介護支援事業所

令和6 年 1 月 26 日

一関地区広域行政組合 管理者 様

申請者 所在地 岩手県一関市大東町大原字立町110番地1
 名称 社会福祉法人いわい砂鉄福祉会
 代表者氏名 理事長 佐藤 義雄

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の更新を受けたいので、介護保険法第78条の12、第115条の21又は第79条の2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	シカイクワシヨクジンワイサツツクシカイ				
	名称	社会福祉法人いわい砂鉄福祉会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 029-0711) 岩手県一関市大東町大原字立町110番地1				
	連絡先	電話番号	0191-72-2255	FAX番号	0191-48-5446	
		E-mail	lhohara@i-group.link			
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ	サトウ ヨシオ	生年月日	
			氏名	佐藤 義雄		
代表者の住所						
事業所	事業等の種類	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				
	指定有効期間満了日	令和6年2月29日				
	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホームリビングハウスオオハラ				
	名称	特別養護老人ホームリビングハウスおおはら				
	所在地	(郵便番号 029-0711) 岩手県一関市大東町大原字立町110番地1				
		当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき				
管理者	フリガナ	ハシヅメ キヨシ				
	氏名	橋詰 清	生年月日			
	住所					

- 別添 1 誓約書 (参考様式6)
 2 介護支援専門員一覧 (参考様式7)

付表6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

施設	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホームリビングハウスオオハラ							
	名称	特別養護老人ホームリビングハウスおおはら							
	所在地	(郵便番号 029-0711) 岩手県一関市大東町大原字立町110番地1							
	連絡先	電話番号	0191-72-2255		FAX 番号	0191-72-2255			
		Email	lhohara@i-group.link						
管理者	フリガナ	ハシヅメ キヨシ		住所	[REDACTED]				
	氏名	橋詰 清							
	生年月日	[REDACTED]							
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本体施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称	リビングハウスおおはら短期入所生活介護事業		事業所番号	・0370901894			
		兼務する職種及び勤務時間等	職種:管理者、生活相談員 勤務時間:8:00~17:00						
	本体施設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	併設事業所の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	短期入所生活介護の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 空床型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型				
療協 機力 関医	名称	岩手県立千厩病院		主な診療科名	内科、外科				
	名称	岩手県立大東病院		主な診療科名	内科、外科				
○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		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)				2	14	2	2	
	非常勤(人)	1				6			
常勤換算後の人数(人)				1	18.4		2		
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置	
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務		
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)		1			1			
	非常勤(人)			2					
常勤換算後の人数(人)		0.5		1	1				
入所者数(推定数を記入)		29人				短期入所利用者数(併設型の場合)		13人(推定数を記入)	
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護				
居室	1室の最大定員	1人			1人				
	入所者1人あたりの最小床面積	11㎡			11㎡				
食堂と機能訓練室の合計面積		79㎡			79㎡				
廊下	片廊下の幅	2.1m			2.1m				
	中廊下の幅	5.0m			5.0m				
入居定員		29人							
添付書類		別添のとおり							

- 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 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
 3 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。
 4 従業員の職種・員数の「*兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
 5 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
 6 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。



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
 指定居宅介護支援事業所

令和6年 1 月 17 日

一関地区広域行政組合 管理者 様

申請者 所在地 盛岡市中ノ橋通り1丁目13-15
 名称 有限会社言葉のかけ橋
 代表者氏名 代表取締役 佐藤なおみ

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の更新を受けたいので、介護保険法第78条の12、第115条の21又は第79条の2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	有限会社言葉のかけ橋					
	名称	有限会社言葉のかけ橋					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 020-0871) 岩手県盛岡市中ノ橋通り1丁目13-15					
	連絡先	電話番号	019-651-1017		FAX番号	019-651-1023	
		Email	d.s-kotoba@coral.plala.or.jp				
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	サトウナオミ	生年月日	[REDACTED]	
			氏名	佐藤なおみ			
代表者の住所	[REDACTED]						
事業所	事業等の種類	地域密着型通所介護					
	指定有効期間満了日	令和6年3月29日					
	フリガナ	デイサービスコトバノカケハシ					
	名称	デイサービス言葉のかけ橋					
	所在地	(郵便番号 020-0871) 岩手県盛岡市中ノ橋通り1丁目13-15					
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき						
管理者	フリガナ	サトウセイイチ					
	氏名	佐藤誠一	生年月日	[REDACTED]			
	住所	[REDACTED]					

別添 1 誓約書（参考様式6）
 2 介護支援専門員一覧（参考様式7）

付表 9 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	デイサービスコトバノカケハシ			
	名称	デイサービス言葉のかけ橋			
	所在地	(郵便番号020-0871) 岩手県盛岡市中ノ橋通り1丁目13-15			
	連絡先	電話番号	019-651-1017	FAX番号	019-651-1023
		Email	d.s-kotoba@coral.plala.or.jp		
管理者	フリガナ	サトウセイイチ	住所	[REDACTED]	
	氏名	佐藤誠一			
	生年月日	[REDACTED]			
	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)				機能訓練指導員
	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		3	1
非常勤(人)			3	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			58.1㎡		
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 9:15 ~ 16:30 ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	(単位ごとの定員① 18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 -) 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)				
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。



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
~~指定居宅介護支援事業所~~

令和 6年 1月 16日

一関地区広域行政組合 管理者 様

申請者 所在地 岩手県一関市川崎町薄衣字久伝26番地
 名称 社会福祉法人 川崎寿松会
 代表者氏名 理事長 小山 宗雄

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の更新を受けたいので、介護保険法第78条の12、第115条の21又は第79条の2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	シャカイフクシホウジン カワサキジュショウカイ				
	名称	社会福祉法人 川崎寿松会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 029 - 0202) 岩手県一関市川崎町薄衣字久伝26番地				
	連絡先	電話番号	0191-43-2221	FAX番号	0191-43-2262	
		Email	jushoen1@cocoa.ocn.ne.jp			
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ	オヤマ タカオ	生年月日	
			氏名	小山 宗雄		
代表者の住所						
事業所	事業等の種類	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				
	指定有効期間満了日	令和 6年 3月 29日				
	フリガナ	グループホーム コトブキ				
	名称	グループホーム ことぶき				
	所在地	岩手県一関市川崎町薄衣字久伝26番地				
フリガナ						
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)				
管理者	フリガナ	イワブチ チカコ		生年月日		
	氏名	岩渕 千賀子				
住所						

- 別添 1 誓約書(参考様式6)
 2 介護支援専門員一覧(参考様式7)

付表4 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に係る記載事項

事業所	フリガナ	グループホーム コトブキ				
	名称	グループホーム ことぶき				
	所在地	(郵便番号 029 - 0202) 岩手県一関市川崎町薄衣字久伝26番地				
	連絡先	電話番号	0191-43-2881	FAX 番号	0191-43-2881	
	Email	jushoen1@cocoa.ocn.ne.jp				
管理者	フリガナ	イワブチ チカコ		住所	[REDACTED]	
	氏名	岩渕 千賀子				
	生年月日	[REDACTED]				
		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 ・ 介護従事者	
		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	事業所番号	
協力医療機関	名称	岩手県立 千厩病院		主な診療科名	総合・外科	
	名称	かわさき歯科診療所		主な診療科名	歯科	
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
共同生活住居数	1 戸		①	②		
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)	7	1			1
	非常勤 (人)	1				
	常勤換算後の人数 (人)	6.8				
利用者数 (推定数を記入)	9 人		9 人	人		
	利用定員	9 人		人		
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input checked="" type="checkbox"/> その他		
添付書類	別添のとおり					

- 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 「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。



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
 指定居宅介護支援事業所

令和 6 年 / 月 / 日

一関地区広域行政組合 管理者 佐藤善仁 様

申請者 所在地 岩手県一関市滝沢字寺下2番地1
 名称 社会福祉法人つくし会
 代表者氏名 理事長 熊谷 茂

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の更新を受けたいので、介護保険法第78条の12、第115条の21又は第79条の2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	シャキワカシホジツツカシイ				
	名称	社会福祉法人つくし会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 029 - 0132) 岩手県一関市滝沢字寺下2番地1				
	連絡先	電話番号	0191-23-0478	FAX番号	0191-23-0260	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ	カガイシゲル	生年月日
			氏名	熊谷 茂		
	代表者の住所	[Redacted]				
事業所	事業等の種類	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				
	指定有効期間満了日	令和6年3月31日				
	フリガナ	トバツヨウノシヅメホムシヅメ				
	名称	特別養護老人ホーム真生園				
	所在地	(郵便番号 021 - 0852) 岩手県一関市字沢161番地216				
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき					
	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)				
管理者	フリガナ	カガイシゲル		生年月日	[Redacted]	
	氏名	熊谷 茂				
	住所	[Redacted]				

- 別添 1 誓約書（参考様式6）
 2 介護支援専門員一覧（参考様式7）

付表6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

施設	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホームシンセイエン							
	名称	特別養護老人ホーム真生園							
	所在地	(郵便番号 021 - 0852) 岩手県一関市字沢161番地216							
	連絡先	電話番号	0191-48-3384	FAX 番号	0191-48-3359				
	Email								
管理者	フリガナ	クマガインゲル		住所					
	氏名	熊谷 茂							
	生年月日								
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本体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明生園		事業所番号	0370900276			
	兼務する職種及び勤務時間等	施設長							
本体施設の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	併設事業所の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
短期入所生活介護の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業の実施形態		<input checked="" type="checkbox"/> 空床型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型					
療協 機力 関医	名称	佐藤外科肛門科医院		主な診療科名	外科・肛門科				
	名称	阿部内科クリニック		主な診療科名	内科				
○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		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)	0	0	1	0	18	1	3	0
	非常勤(人)	0	0	0	0	0	0	0	0
常勤換算後の人数(人)				1		18.5			
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置	
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務		
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)	0	0	0	0	0	1	管理栄養士を配置	
	非常勤(人)	0	0	0	0				
常勤換算後の人数(人)						0.5			
入所者数(推定数を記入)	29 人			短期入所利用者数(併設型の場合)	10 人(推定数を記入)				
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護				
居室	1室の最大定員	1 人			1 人				
	入所者1人あたりの最小床面積	13.67 m ²			13.67 m ²				
食堂と機能訓練室の合計面積		229.89 m ²			76.63 m ²				
廊下	片廊下の幅	m			m				
	中廊下の幅	3.00 m			3.00 m				
入居定員	29 人								
添付書類	別添のとおり								

- 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 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
 3 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。
 4 従業者の職種・員数の「*兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
 5 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
 6 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。



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
 指定居宅介護支援事業所

令和 6 年 1 月 10 日

一関地区広域行政組合 管理者 様

申請者 所在地 岩手県一関市花泉町涌津字一ノ町76番地
 名称 社会福祉法人二桜会
 代表者氏名 理事長 鶴浦篤治

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の更新を受けたいので、介護保険法第78条の12、第115条の21又は第79条の2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	シヤクワクシホクジン ニニカキ					
	名称	社会福祉法人 二桜会					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 029-3105) 岩手県一関市花泉町涌津字一ノ町76番地					
	連絡先	電話番号	0191-36-1223	FAX番号	0191-36-1227		
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ	ウラ トクジ	生年月日		
			氏名	鶴浦 篤治			
代表者の住所							
事業所	事業等の種類	地域密着型介護老人福祉施設					
	指定有効期間満了日	令和6年3月31日					
	フリガナ	トクハツヨクノトシホムケイシ					
	名称	特別養護老人ホーム花いずみ					
	所在地	(郵便番号 029-3105) 岩手県一関市花泉町涌津字上原31番地					
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき						
	フリガナ						
名称							
主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)						
管理者	フリガナ	ヤマダ アキヒコ				生年月日	
	氏名	山田 昭彦					
	住所						

- 別添 1 誓約書（参考様式6）
 2 介護支援専門員一覧（参考様式7）

付表6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

施設	フリガナ	トクヘツヨウゴロウジンホームハナイズミ								
	名称	特別養護老人ホーム花いずみ								
	所在地	(郵便番号 029-3105) 岩手県一関市花泉町涌津字上原31番地								
	連絡先	電話番号	0191-82-5811		FAX 番号	0191-82-5812				
管理者	フリガナ	ヤマダアキヒコ		住所						
	氏名	山田 昭彦								
	生年月日									
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本体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ソエル花泉		事業所番号	0372600148				
		兼務する職種及び勤務時間等	施設長(管理者) 9:00~18:00							
本体施設の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		併設事業所の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
短期入所生活介護の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		事業の実施形態	<input checked="" type="checkbox"/> 空床型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型						
療協機力 関医	名称	昭和病院・岩手県立磐井病院・岩手県立南光病院 誠信堂医院・一関病院・西城病院・菅原内科循環器科医院			主な診療科名	内科				
	名称	ヨシハラ歯科医院			主な診療科名	歯科				
○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		医師		生活相談員		介護職員		看護職員		
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務	
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)			1		13		2		
	非常勤(人)		1			4		1		
常勤換算後の人数(人)				1		15.9		2.7		
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置		
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務			
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)	1		2			1			
	非常勤(人)			1						
常勤換算後の人数(人)		1		2.7						
入所者数(推定数を記入)		29人 短期入所利用者数(併設型の場合)				2人(推定数を記入)				
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護					
居室	1室の最大定員	2人			1人					
	入所者1人あたりの最小床面積	10.65㎡			11.28㎡					
食堂と機能訓練室の合計面積		140.51㎡			140.51㎡					
廊下	片廊下の幅	m			m					
	中廊下の幅	2.1m			2.7m					
入居定員		29人								
添付書類		別添のとおり								

- 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 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
 3 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。
 4 従業員の職種・員数の「*兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
 5 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
 6 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。



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
 指定居宅介護支援事業所

令和6年 1 月 24 日

一関地区広域行政組合 管理者 様

申請者 所在地 宮城県栗原市栗駒岩ヶ崎桐木沢66番地
 名称 株式会社リツワ
 代表者氏名 佐々木輝

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の更新を受けたいので、介護保険法第78条の12、第115条の21又は第79条の2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	カブシキガイシャリツワ				
	名称	株式会社リツワ				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 989 - 5301) 宮城県栗原市栗駒岩ヶ崎桐木沢66番地				
	連絡先	電話番号	0228-45-5990	FAX番号	0228-45-5991	
代表者の職名・氏名・生年月日	Email	ritsuwa3433@honey.ocn.ne.jp				
	職名	代表取締役	フリガナ	ササキテル	生年月日	
			氏名	佐々木輝		
代表者の住所						
事業所	事業等の種類	看護小規模多機能型居宅介護				
	指定有効期間満了日	令和6年3月31日				
	フリガナ	ケアビレッジイチノセキケアサービスステーションカンゴショウキボタキノウガタキョタクカイゴジギョウショ				
	名称	ケアビレッジ一関ケアサービスステーション看護小規模多機能型居宅介護事業所				
	所在地	(郵便番号 021 - 0041) 岩手県一関市赤荻字月町176番				
		当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき				
管理者	フリガナ	ショウジヒサコ			生年月日	
	氏名	庄司久子				
	住所					

- 別添 1 誓約書（参考様式6）
 2 介護支援専門員一覧（参考様式7）

付表 8 複合型サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ケアビレッジイチノセキケアサービスステーションカンゴショウキボタキノウガタキョウカクカイゴジギョウシヨ					
	名称	ケアビレッジ関ケアサービスステーション看護小規模多機能型居宅介護事業所					
	所在地	(郵便番号 021 - 0041) 岩手県一関市赤荻字月町176番					
	連絡先	電話番号	0191-33-1040	FAX番号	0191-33-1041		
	Email	ichinoseki@ritsuwa.com					
併設施設等	<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 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設						
訪問看護事業所の指定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護ステーション				
	名称	ケアビレッジ関ケアサービスステーション訪問看護事業所		事業所番号	0390900348		
管理者	フリガナ	ショウジヒサコ		住所	[REDACTED]		
	氏名	庄司久子					
	生年月日	[REDACTED]					
	事業所内の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	(職種:)				
	他事業所の従業者との兼務の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所の名称	ケアビレッジ関ケアサービスステーション訪問看護事業所			
		事業所番号	0390900348				
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 8時30分～17時30分				
療協機力関医	名称	磐井病院		主な診療科名	消化器科		
	名称	西城診療所		主な診療科名	消化器内科		
○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							
			介護従事者		うち看護職員		
			専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)			11(0)	3(0)	0	2(0)	
非常勤(人)			0	0	0	2(0)	
常勤換算後の人数(人)			12.8(0)		3.6(0)		
通いサービスの利用者数(推定数を記入)			9人				
○設備に関する基準の確認に必要な事項							
居間及び食堂の合計面積			67.70㎡				
個室の宿泊室			9室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室(病院又は診療所である場合)		室	
個室以外の宿泊室の合計面積			0㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		0人	
登録定員			29人				
通いサービスの利用定員			15		宿泊サービスの利用定員 9人		
建物の構造			<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				
添付書類			別添のとおり				

(複合型サービス事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

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							
居間及び食堂の合計面積			㎡				
個室の宿泊室			室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室(病院又は診療所である場合)		室	
個室以外の宿泊室の合計面積			㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人	
登録定員			人				
通いサービスの利用定員			人		宿泊サービスの利用定員 人		
建物の構造			<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				

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 「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。



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
 指定居宅介護支援事業所

令和 6 年 1 月 26 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 岩淵 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の更新を受けたいので、介護保険法第78条の12、第115条の21又は第79条の2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ホウジン 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 岩淵 力也	生年月日
代表者の住所						
事業所	事業等の種類	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護				
	指定有効期間満了日	令和 6 年 3 月 31 日				
	フリガナ	コウレイシャグループホーム イコイノモリ				
	名称	高齢者グループホーム 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				
		当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき				
管理者	フリガナ	チバ サチコ			生年月日	
	氏名	千葉 幸子				
	住所					

- 別添 1 誓約書（参考様式6）
 2 介護支援専門員一覧（参考様式7）

付表4 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に係る記載事項

事業所	フリガナ	コウレイシヤグループホーム イコイノモリ				
	名称	高齢者グループホーム 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	mori@kea-ikoi.net			
管理者	フリガナ	チバ サチコ		住所		
	氏名	千葉 幸子				
	生年月日					
	当該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	事業所番号		
		兼務する職種及び勤務時間等				
協力医療機関	名称	佐藤胃腸科内科医院		主な診療科名	内科	
	名称	笠原歯科医院		主な診療科名	歯科	
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
共同生活住居数	2戸		①		②	
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)			5	6	2人
	非常勤(人)			4	2	
常勤換算後の人数(人)		6.2人		7人		
利用者数(推定数を記入)	18人		9人		9人	
利用定員		9人		9人		
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
建物の構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他	
添付書類	別添のとおり					

- 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 「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。



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
 指定居宅介護支援事業所

令和5年 12月 28日

一関地区広域行政組合 管理者 佐藤 善仁 様

申請者 岩手県一関市東山町長坂字南山谷12
 社会福祉法人東山愛光会
 理事長 佐々木 賢治

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の更新を受けたいので、介護保険法第78条の12、第115条の21又は第79条の2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	シヤカイケンホクジシヒガシヤマアヒツカイ				
	名称	社会福祉法人東山愛光会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 029-0302) 岩手県一関市東山町長坂字南山谷12				
	連絡先	電話番号	0191-47-2395	FAX番号	0191-35-1058	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ	ササキ ケンジ	生年月日
			氏名	佐々木 賢治		
	代表者の住所					
事業所	事業等の種類	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護事業				
	指定有効期間満了日	令和6年4月22日				
	フリガナ	トクベツヨクゴロウジシホムマイカワノサト				
	名称	特別養護老人ホーム舞川の里				
	所在地	(郵便番号 021-0221) 岩手県一関市舞川字堀切72-4				
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき					
	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)				
管理者	フリガナ	サトウ キイチウ	生年月日			
	氏名	佐藤 喜一郎				
	住所					

別添 1 誓約書（参考様式6）
 2 介護支援専門員一覧（参考様式7）

付表6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

施設	フリガナ	トクヘツヨウコロウジンホームマイカワノサト							
	名称	特別養護老人ホーム舞川の里							
	所在地	(郵便番号 021-0221) 岩手県一関市舞川字堀切72-4							
	連絡先	電話番号	0191-31-7001		FAX番号	0191-28-3080			
	Email	maikawa@hi-aikoukai.com							
管理者	フリガナ	サトウ キイチロウ		住所					
	氏名	佐藤 喜一郎							
	生年月日								
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本体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舞川の里短期入所生活介護事業及びデイサービスセンター舞川の里		事業所番号	0370901324 0370901332			
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者 8:30~17:30							
本体施設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		併設事業所の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
短期入所生活介護の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		事業の実施形態	<input checked="" type="checkbox"/> 空床型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型					
療協 機力 関医	名称	いとう脳神経内科		主な診療科名	内科				
	名称	しばじゆく歯科		主な診療科名	歯科				
○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		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)			1		17		1	1
	非常勤(人)	1				2			
常勤換算後の人数(人)						18.75			
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置	
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務		
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)	1			1	1			
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)		1		0.25		1			
入所者数(推定数を記入)		人 短期入所利用者数(併設型の場合)				人(推定数を記入)			
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護				
居室	1室の最大定員	1人			1人				
	入所者1人あたりの最小床面積	11.18㎡			14.93㎡				
食堂と機能訓練室の合計面積		127.77㎡			37.54㎡				
廊下	片廊下の幅	1.981~2.066m			1.966~2.160m				
	中廊下の幅	2.016m			2.716m				
入居定員		29人							
添付書類		別添のとおり							

- 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 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
- 3 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。
- 4 従業員の職種・員数の「*兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 5 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
- 6 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。



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
 指定居宅介護支援事業所

令和5年12月28日

一関地区広域行政組合 管理者 佐藤 善仁 様

申請者 岩手県一関市東山町長坂字南山谷12
 社会福祉法人東山愛光会
 理事長 佐々木 賢治

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の更新を受けたいので、介護保険法第78条の12、第115条の21又は第79条の2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	シカイフクホウジシホカシマアヒウカイ				
	名称	社会福祉法人東山愛光会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 029-0302) 岩手県一関市東山町長坂字南山谷12				
	連絡先	電話番号	0191-47-2395	FAX番号	0191-35-1058	
		Email	honnbu@hi-haikoukai.com			
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ	ササキ ケンジ	生年月日	
			氏名	佐々木 賢治	生年月日	
代表者の住所						
事業所	事業等の種類	地域密着型通所介護				
	指定有効期間満了日	令和6年4月30日				
	フリガナ	デイサービスセンターマイカワサト				
	名称	デイサービスセンター舞川の里				
	所在地	(郵便番号 021-0221) 岩手県一関市舞川字堀切72-4				
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき					
管理者	フリガナ	サトウ キイチロウ			生年月日	
	氏名	佐藤 喜一郎			生年月日	
	住所					

- 別添 1 誓約書（参考様式6）
 2 介護支援専門員一覧（参考様式7）

付表 9 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	デイサービスセンターマイカワノ里			
	名称	デイサービスセンター舞川の里			
	所在地	(郵便番号 021-0221) 岩手県一関市舞川字堀切72-4			
	連絡先	電話番号	0191-31-7001	FAX番号	0191-28-3080
		Email	maikawa@hi-aikoukai.com		
管理者	フリガナ	サウ キイチロウ	住所	[REDACTED]	
	氏名	佐藤 喜一郎			
	生年月日	[REDACTED]			
者	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舞川の里及び短期入所生活介護事業		
		兼務する職種及び勤務時間等	施設長 8:30~17:30		
○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)		1	1	3	
非常勤(人)			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			150.75㎡		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(①9:30~15:30)				
利用定員	15 名(単位ごとの定員① 18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 -) 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)				
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。



様式第5号（第5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 指定更新申請書
 指定居宅介護支援事業所

令和6年 1月 26日

一関地区広域行政組合 管理者 様

申請者 所在地 岩手県一関市千厩町小梨字時ノ沢109番地3
 名称 社会福祉法人千厩寿慶会
 代表者氏名 理事長 小野寺 健

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の更新を受けたいので、介護保険法第78条の12、第115条の21又は第79条の2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 名称	社会福祉法人千厩寿慶会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 029-0802) 岩手県一関市千厩町小梨字時ノ沢109番地3				
	連絡先	電話番号	0191-34-5627	FAX番号	0191-34-5630	
		Email	gokunnomori@jupiter.ocn.ne.jp			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ 氏名	オノデラ ケン 小野寺 健	生年月日
代表者の住所						
事業所	事業等の種類	地域密着型 特別養護老人ホーム				
	指定有効期間満了日	令和6年5月16日				
	フリガナ 名称	トクベツヨウゴロウジンホムヒナタエン 特別養護老人ホームひなた苑				
	所在地	(郵便番号 029-1111) 岩手県一関市千厩町奥玉字上川原31番地				
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき					
フリガナ 名称	シヤカイフクシホウジヤクシヤクシヤク 社会福祉法人千厩寿慶会					
主たる事務所の所在地	(郵便番号 029-0802) 岩手県一関市千厩町小梨字時ノ沢109番地3					
管理者	フリガナ 氏名	カハラ ユミ 菅原由美	生年月日			
	住所					

- 別添 1 誓約書（参考様式6）
 2 介護支援専門員一覧（参考様式7）

付表6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

施設	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホームヒナタエン								
	名称	特別養護老人ホームひなた苑								
	所在地	(郵便番号 029-1111) 岩手県一関市千厩町奥玉字上川原31番地								
	連絡先	電話番号	0191-51-2010		FAX番号	0191-51-2011				
		Email	hinataen@titan.ocn.ne.jp							
管 理 者	フリガナ	スガワラ ユミ		住所						
	氏名	菅原 由美								
	生年月日									
兼務 者 (兼務の場合のみ記入)	名称	特別養護老人ホーム五訓の森		事業所番号	0370902116号					
	兼務する職種及び勤務時間等	施設長 (8時間×週3日) ひなた苑(8時間×週2日)		五訓の森						
本体施設の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		併設事業所の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
短期入所生活介護の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		事業の実施形態	<input checked="" type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型						
療協 機力 関医	名称	県立千厩病院		主な診療科名	総合心療内科					
	名称	吉田歯科クリニック		主な診療科名	歯科					
○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		医師		生活相談員		介護職員		看護職員		
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務	
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)			1		17	1	1	1	
	非常勤(人)		1							
常勤換算後の人数(人)				1		17.75			1.9	
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置		
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務			
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)	1			1	1				
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)		1		0.1		1				
入所者数(推定数を記入)		人		短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推定数を記入)				
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護					
居室	1室の最大定員	1人			1人					
	入所者1人あたりの最小床面積	13.38㎡			13.38㎡					
食堂と機能訓練室の合計面積		297.86㎡			297.86㎡					
廊下	片廊下の幅	2.5m			2.5m					
	中廊下の幅	m			m					
入居定員		29人								
添付書類		別添のとおり								

- 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 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
 3 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。
 4 従業員の職種・員数の「*兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
 5 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
 6 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。



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
 指定居宅介護支援事業所

令和6年1月24日

一関地区広域行政組合 管理者 様

申請者 所在地 東京都豊島区東池袋1-44-3 池袋ISPタマビル
 名称 企業組合労協センター事業団
 代表者氏名 代表理事 田嶋 羊子

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の更新を受けたいので、介護保険法第78条の12、第115条の21又は第79条の2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	キギョウクミアイロウキョウセンタージギョブダン				
	名称	企業組合労協センター事業団				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 170 - 0013) 東京都豊島区東池袋1-44-3 池袋ISPタマビル				
	連絡先	電話番号	03-6907-8030	FAX番号	03-6907-8031	
	代表者の職名・氏名・生年月日	Email	rngukism@roukyou.gr.jp			
代表者の住所	職名	代表理事	フリガナ	タシマ ヨウコ	生年月日	
	氏名	田嶋 羊子				
事業所	事業等の種類	小規模多機能型居宅介護				
	指定有効期間満了日	令和6年5月31日				
	フリガナ	キギョウクミアイロウキョウセンタージギョウダン アツタカホームチャゴミ				
	名称	企業組合労協センター事業団 あったかホームちゃごみ				
	所在地	(郵便番号 021 - 0041) 岩手県一関市赤荻字荻野330番地1				
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき					
	フリガナ					
名称						
主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)					
管理者	フリガナ	ミウラ カヨコ		生年月日		
	氏名	三浦 嘉代子				
	住所					

- 別添 1 誓約書（参考様式6）
 2 介護支援専門員一覧（参考様式7）

付表3 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	キギョウクミアイロウキョウセンタージギョウダン アツタカホームチャゴミ				
	名称	企業組合労協センター事業団 あったかホームちゃごみ				
	所在地	(郵便番号021-0041) 岩手県 一関市 赤荻 字 荻野 330番地 1				
	連絡先	電話番号	0191-33-1830	FAX 番号	0191-33-1831	
		Email	cyagomi@roukyou.gr.jp			
併設施設等	<input 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					
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院					
管理者	フリガナ	ミウラ カヨコ		住所	[REDACTED]	
	氏名	三浦 嘉代子				
	生年月日	[REDACTED]				
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				看護師	
	併設する施設等の従業者との兼務 (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			
療協機力関医	名称	医療法人博愛会 一関病院		主な診療科名	総合診療科	
	名称	ホリデーデンタルクリニック		主な診療科名	歯科	
○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		介護従業者		うち看護職員		
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)		6		1	1	
非常勤(人)		2			1	
常勤換算後の人数(人)		4.8				
通いサービスの利用者数(推定数を記入)				10人		
○設備に関する基準の確認に必要な情報						
居間及び食堂の合計面積		49.68㎡				
個室以外の宿泊室の合計面積		37.26㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		㎡	
登録定員		25人				
通いサービスの利用定員		15人	宿泊サービスの利用定員		5人	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				
添付書類		別添のとおり				

(小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅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の記載事項)

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情報					
居間及び食堂の合計面積		㎡			
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		㎡
登録定員		人			
通いサービスの利用定員		人	宿泊サービスの利用定員		人
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他			

- 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 「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。

指定介護予防支援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、指定介護予防支援事業の人員基準、設備基準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

項目	事業所①	事業所②
(1) 事業所名	一関西部地域包括支援センター 指定介護予防支援事業所	一関東部地域包括支援センター 指定介護予防支援事業所
(2) 事業者名	一関地区広域行政組合	一関地区広域行政組合
(3) 事業所所在地	一関市竹山町7番2号 一関市役所本庁舎1階	一関市千厩町千厩字北方174番地 一関市役所千厩支所1階
(4) 更新後の指定期間	令和6年4月1日から 令和12年3月31日まで	令和6年4月1日から 令和12年3月31日まで
(5) 参考(現在の指定有効期間)	(平成30年4月1日から 令和6年3月31日まで)	(平成30年4月1日から 令和6年3月31日まで)

- ### 3 現地確認日
- ① 令和6年1月25日(木)
 - ② 令和6年1月24日(水)

4 人員等の基準

- 事業所名：① 一関西部地域包括支援センター指定介護予防支援事業所
 ② 一関東部地域包括支援センター指定介護予防支援事業所

	基 準	申請の内容	適否
管理者	<p>指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。</p> <p>管理者は、専らその職務に従事する者でなければならない。ただし、指定介護予防支援事業所の管理に支障がない場合は、当該指定介護予防支援事業所の他の職務に従事し、又は当該指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターの職務に従事することができるものとする。</p>	<p>① 常勤兼務 高橋 恵 (一関西部地域包括支援センター所長との兼務)</p> <p>② 常勤兼務 小野寺 久美 (一関東部地域包括支援センター所長との兼務)</p>	<p>①適</p> <p>②適</p>
従業者	<p>1以上の保健師その他の指定介護予防支援に関する知識を有する者。</p> <p>第1号被保険者の数がおおむね3,000人以上6,000人未満ごとに3職種(保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員(これらに準ずるものを含む))各1人</p> <p>第1号被保険者の数がおおむね2,000人以上3,000人未満の場合、3職種のうち保健師その他これに準ずる者1人及び社会福祉士その他これに準ずる者又は主任介護支援専門員その他これに準ずる者のいずれか1人</p>	<p>①・常勤兼務(3職種)6人 (うち1人は管理者兼務) ※第1号被保険者数9,000人以上12,000人未満 ・非常勤専従(介護支援専門員)2人</p> <p>②・常勤兼務(3職種)6人 (うち1人は管理者兼務) ※第1号被保険者数6,000人以上9,000人未満 ・非常勤専従(介護支援専門員)1人</p>	<p>①適</p> <p>②適</p>
設備及び備品等	<p>事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、指定介護予防支援の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。</p> <p>専用の事務室又は区画について、相談、サービス担当者会議等に対応するのに適切なスペースを確保しなければならない。</p>	<p>① 必要な広さの区画、設備等と相談・会議等に対応するスペースを確保している。</p> <p>② 同上</p>	<p>①適</p> <p>②適</p>

◎位置図

① 一関西部地域包括支援センター指定介護予防支援事業所



② 一関東部地域包括支援センター指定介護予防支援事業所





様式第4号 (第4条関係)

受付番号	3
------	---

指定介護予防支援事業所 指定更新申請書

令和6年 1月 23日

一関地区広域行政組合 管理者 様

所在地 一関市竹山町7番2号
 申請者 一関地区広域行政組合
 名称及び代表者名 管理者 一関市長 佐藤 善仁

介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る指定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。

		事業所所在地市町村番号			
申 請 者	フリカ ^ナ 名 称	一関地区広域行政組合			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 021-8501) 岩手県一関市竹山町7番2号 (建物の名称等)			
	連絡先	電話番号	0191-31-3223	FAX番号	0191-31-3224
	法人の種別	地方公共団体	法人所管庁		
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	管理者 一関市長	フリカ ^ナ サウ ヨシト 氏名 佐藤 善仁	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号) (建物の名称等)			
事 業 所	フリカ ^ナ 名 称	一関西部地域包括支援センター指定介護予防支援事業所			
	所在地	(郵便番号 021-8501) 岩手県一関市竹山町7番2号 一関市役所本庁舎1階			
	連絡先	電話番号	0191-21-8618	FAX番号	0191-31-8344
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき				
	フリカ ^ナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
連絡先	電話番号		FAX番号		
現に受けている指定の有効期間満了日		令和6年3月31日			
誓約書		別添のとおり			
介護支援専門員の氏名及びその登録番号		別添のとおり			

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。

付表 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号 3

事業所	フリガナ	いちねほいぶちけりかつ江センターシイカゴ ヨホウエンジギョウシヨ				
	名称	一関西部地域包括支援センター指定介護予防支援事業所				
	所在地	(郵便番号 021-8501) 岩手県一関市竹山町7番2号 一関市役所本庁舎1階				
	連絡先	電話番号	0191-21-8618	FAX 番号	0191-31-8344	
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 設置規則第4条						
管理者	フリガナ	カハシ メグミ	住所	(郵便番号)		
	氏名	高橋 恵				
	生年月日					
	指定介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無					有・無
	地域包括支援センターの 従業者との兼務(兼務の場合 記入)	名称	一関西部地域包括支援センター			
	兼務する職種 及び勤務時間等	所長・主任介護支援専門員 8時30分～17時15分のうち概ね2時間				
事業開始(更新)時の利用者の推定数		350人				
従業者の職種・員数(人)		担当職員		その他の職員(事務職員等)		
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)			6			
非常勤(人)		2				
主な 掲 示 事 項	営業日	月曜日から金曜日まで(但し、国民の祝日に関する法律に定める休日及び 12月29日から翌年1月3日までを除く)				
	営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで				
	利用料	法定代理受領分以外				
	その他の費用	なし				
	通常の事業実施地域	一関市一関地域(山目、中里、巖美、萩荘)				
添付書類		別添のとおり				

備考

- 1 「受付番号」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 「主な掲示事項」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 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 5 「担当職員」については、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等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(平成18年厚生労働省令第37号)第2条に規定する担当職員の員数を記載してください。



様式第4号 (第4条関係)

受付番号	4
------	---

指定介護予防支援事業所 指定更新申請書

令和6年1月23日

一関地区広域行政組合 管理者 様

所在地 一関市竹山町7番2号
 申請者 一関地区広域行政組合
 名称及び代表者名 管理者 一関市長 佐藤 善仁

介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る指定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。

		事業所所在地市町村番号				
申 請 者	フリカ`ナ 名 称	仔ハキコウイキ ョウセクミヤ 一関地区広域行政組合				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 021-8501) 岩手県一関市竹山町7番2号 (建物の名称等)				
	連絡先	電話番号	0191-31-3223	FAX番号	0191-31-3224	
	法人の種類別	地方公共団体	法人所管庁			
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	管理者 一関市長	フリカ`ナ サウ ヨシト 氏名 佐藤 善仁	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号) (建物の名称等)				
事 業 所	フリカ`ナ 名 称	仔ハキコウ イキホウカクシエンターシイイロ`ヨウ ウシヅギ ョウシヨ 一関東部地域包括支援センター指定介護予防支援事業所				
	所在地	(郵便番号 029-0803) 岩手県一関市千厩町千厩字北方174番地 一関市役所千厩支所1階				
	連絡先	電話番号	0191-51-3040	FAX番号	0191-51-3044	
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき					
	フリカ`ナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
連絡先	電話番号		FAX番号			
現に受けている指定の有効期間満了日		令和6年3月31日				
誓約書		別添のとおり				
介護支援専門員の氏名及びその登録番号		別添のとおり				

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。

付表 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号 4

事業所	フリガナ	いちねきつうぐすけりくがしせんたーしやいご ぶくうしんぎきょうじょ			
	名称	一関東部地域包括支援センター指定介護予防支援事業所			
	所在地	(郵便番号 029-0803) 岩手県一関市千厩町千厩字北方 174 番地 一関市役所千厩支所 1 階			
	連絡先	電話番号	0191-51-3040	FAX 番号 0191-51-3044	
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 設置規則第 4 条					
管理者	フリガナ	おのてら きみ	住所	(郵便番号)	
	氏名	小野寺 久美			
	生年月日				
	指定介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無				有・無
	地域包括支援センターの 従業者との兼務（兼務の場合 記入）	名称	一関東部地域包括支援センター		
	兼務する職種 及び勤務時間等	所長(保健師・主任介護支援専門員) 8 時 30 分～17 時 15 分のうち概ね 2 時間			
事業開始（更新）時の利用者の推定数		240 人			
従業者の職種・員数（人）		担当職員		その他の職員（事務職員等）	
		専従	兼務	専従	兼務
	常勤（人）		6		
	非常勤（人）	1			
主な 掲 示 事 項	営業日	月曜日から金曜日まで（但し、国民の祝日に関する法律に定める休日及び 12 月 29 日から翌年 1 月 3 日までを除く）			
	営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで			
	利用料	法定代理受領分以外			
	その他の費用	なし			
	通常の事業実施地域	一関市千厩、室根、川崎の各地域			
添付書類	別添のとおり				

- 備考
- 1 「受付番号」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 「主な掲示事項」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 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 5 「担当職員」については、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等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（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）第 2 条に規定する担当職員の員数を記載してください。