

## 資料4-1-2

地域密着型サービス事業所の指定更新に係る確認状況  
(認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護)

## 1 事業者・事業所の概要

項 目		事業者・申請者の内容
申請者	名 称	社会福祉法人 敬愛会
	所 在 地	埼玉県加須市新川通179-1
	連 絡 先	TEL0480-72-1591 FAX0480-72-1592
	代 表 者 氏 名	理事長 堀 越 正 道
	代表者生年月日	昭和39年12月23日
事業所	名 称	グループホームきらら(ぬくもりの家)
	事 業 所 番 号	1191100702
	所 在 地	埼玉県久喜市伊坂460-1
	連 絡 先	TEL0480-55-1165 FAX0480-55-1202
	事業開始年月日	平成16年3月1日
	管 理 者 氏 名	清 野 さ ゆ り
	管理者生年月日	平成元年2月18日

## 2 法令基準の確認状況(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)

確 認 項 目		確 認 事 項	確認状況	適否
人員基準	介護従業者	① 介護従業者は、常勤換算法で利用者の数が3人に対し1人以上を配置する。	5.3、5.4、5.7 (3以上)	適
		② 介護従業者のうち、1人以上の者は常勤でなければならない。	1人以上	適
		③ 夜間及び深夜の時間帯を通じて1人以上の勤務者を置く。	1人以上	適
	計画作成担当者	① 共同生活住居ごとに計画作成担当者を置かなければならない。	勤務体制 表確認	適
		② 計画作成担当者のうち1人以上の者は介護支援専門員を持って充てなければならない。	2人	適
	管理者	① 共同生活住居ごとに管理者を置かなければならない。	1人 (兼任)	適
② 厚生労働大臣が定める研修を修了しているものでなければならない。		研修修了	適	
事業者の代表者	① 厚生労働大臣が定める研修を修了しているものでなければならない。(平成21年3月31日までに受講すること)	研修修了	適	
設備基準	共同生活住居	① 指定認知症対応型共同生活介護事業所は、1つ又は2つの共同生活住居を有する。(平成18年4月1日以前開設の施設は3も許容)	3ユニット	適
		② 共同生活住居ごとの入居定員は、5人以上9人以下。	9人	適
		③ 居室、居間、食堂、台所、浴室、消火設備、その他非常災害に際して必要な設備その他利用者が日常生活を営む上で必要な設備を設けるものとする。	設備点検 確認	適
		① 1室あたりの居室の定員は1人とする。	1人	適

	居室	② 1室の居室の床面積は、7.43㎡以上としなければならない。	9.1㎡～ 9.35㎡	適
確認項目		確認事項	確認状況	適否
運営基準	内容、手続きの説明及び同意	① 重要事項を記した文書を交付して説明、利用申込者の同意を得る。	契約書 確認	適
	入退居	① 入居の際、主治医の診断書等により、認知症の確認をしなければならない。	書類確認	適
	サービス提供の記録	① 入居、退居の年月日を利用者の被保険者証に記載記載しなければならない。	書類確認	適
		② 提供した具体的なサービスを記録しなければならない。	記録確認	適
	利用料等の受領	① 法定代理受領サービスに該当する利用料の額の受領	受領確認	適
		② 食材料費、理美容代、おむつ代等利用者に負担させることが適当と認められるものの費用、額についての利用者の同意を得なければならない。	同意欄印 確認	適
	認知症対応型共同生活介護計画の作成	① 援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成しなければならない。	書類確認	適
		② 認知症対応型共同生活介護計画を作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。	同意欄印 確認	適
	運営規程	① 共同生活住居ごとに事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかななければならない。	規程確認	適
	勤務体制の確保等	① 従業員の勤務体制を定めておかななければならない。	勤務表及び 出勤状況確認	適
協力医療機関等	① 利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ協力医療機関を定めておかななければならない。	重要事項 説明書 確認	適	
記録の整備	① 従業員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかななければならない。	諸記録確認	適	
	② 利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければならない。	記録確認	適	