

議事1

資料1-2

地域密着型サービス事業所の指定について(承認)

②(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	グリーンライフ東日本株式会社
	所 在 地	東京都中央区八重州一丁目4番16号
	代 表 者 氏 名	代表取締役 玉井 信行
事業所	名 称	グリーンライフ 栗橋
	事 業 所 番 号	指定後システムにより附番
	所 在 地	埼玉県久喜市栗橋1342-1
	利 用 定 員	18人(1ユニット9人)
	事業指定予定年月日	令和4年9月1日
	管 理 者 氏 名	安中 正喜

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 共同生活住居ごとに、夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯にサービスの提出に当たる介護従事者を、常勤換算法で、利用者の数が3又は端数を増すごとに1以上配置しているか。	共同生活住居ごとに3以上配置	適
		② 共同生活住居ごとに、介護従業者のうち、1人以上は常勤の者としているか。	共同生活住居ごとに常勤配置	適
		③ 共同生活住居ごとに、夜間及び深夜の時間帯を通じて1以上配置しているか。	共同生活住居ごとに1名配置	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1以上配置しているか。	共同生活住居ごとに1名配置	適
		② 計画作成担当者のうち1人以上は、介護支援専門員となっているか。	1名介護支援専門員	適
	管理者	① 共同生活住居ごとに常勤の管理者を配置しているか。 (管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができる。)	兼務(業務に支障なし)	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か。	修了証書確認(前回確認)	適
	代表者	① 特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の職員又は訪問介護員等として認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者又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か。	有	適
		② 認知症対応型サービス事業開設者研修を修了しているか。	修了証書確認(みなし適用)	適
	設備基準	共同生活住居	① 事業所は、1つ又は2つの共同生活住居を有しているか。	2つ(前回確認)
② 共同生活住居ごとの入居定員は、5人以上9人以下となっているか。			9名ずつ(前回確認)	適
③ 居室、居間、食堂、台所、浴室、洗面設備、便所、事務室、消火設備その他の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ているか。			平面図及び設備・備品等一覧表、写真にて確認(前回確認)	適
居室		① 1つの居室の定員は、1人となっているか。	1名(前回確認)	適
		② 1つの居室の床面積は、7.43㎡以上となっているか。	9.93㎡(前回確認)	適

運営基準	運営規程	<p>下記に掲げる内容について、運営規程の中に定められているか。</p> <p>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事業の内容及び利用料金その他の費用額  ⑥通常の実施地域  ⑦サービス利用に当たっての留意事項  ⑧緊急時における対応方法  ⑨非常災害対策  ⑩その他運営に関する重要事項</p>	運営規程確認	適
	勤務体制の確保等	利用者に対し適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務体制を定めているか。	勤務表確認	適
	協力医療機関等	利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ協力医療機関を定めておかなければならない。	協力医療機関との契約書確認	適