# 平成２８年度

# 第２回 滝川市地域包括支援センター運営協議会

## （書面会議）

---

次　　第

１．補欠委員の選任について

（１）　滝川市社会福祉協議会選出委員

平成２８年７月１日付け

前委員　　長谷川　稔氏　→　新委員　　橘　　弘恭氏

（２）　滝川市町内会連合会連絡協議会選出委員

平成２８年７月６日付け

前委員　　佐武 敏夫氏　→　新委員　　深村 完市氏

２．議　　事

・地域密着型サービス事業所の指定について

地域密着型通所介護　リハビリデイサービス福来歩

# ＜地域密着型通所介護事業所の指定チェック表＞

事 業 所 名： リハビリデイサービス福来歩（フクライフ）　　事業所所在地： 滝川市大町１丁目１番23号

事 業 者 名： 有限会社フクタス　　主たる事務所所在地： 札幌市中央区南二条西４丁目９番地１

事業開始予定： 平成28年８月１日

| 項　　目 | 人員・設備・運営に関する基準等 | 当該事業所の状況 | 備　考 |
|---|---|---|---|
| 1. 基本方針 | 地域密着型通所介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その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自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。 | ・要支援・要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものである。 | |
| 2. 営業日・営業時間 | 規定なし | ・毎週月～金曜日（12/29～1/3は休日）<br>①9:00～12:05、②13:30～16:35 | |
| 3. 利用定員 | 19人未満 | ・10人 | |
| 4. 人員基準 | ①管理者　１名以上<br>・管理上支障がない場合、兼務可<br><br>②生活相談員　１名以上（常勤専従）<br>・精神保健福祉士、社会福祉主事、社会福祉士又はこれらと同等の者（ⓘ介護支援専門員、ⓘⓘ社会福祉施設等において実務経験が１年以上ある介護福祉士等）<br>・生活相談員と介護職員のどちらか１名以上は常勤<br><br>③看護職員　１名以上（常勤専従）<br>・利用定員が10名以下の場合、介護職員とどちらか１名で可<br><br>④介護職員　１名以上（常勤専従）<br>・利用定員が10名以下の場合、介護職員とどちらか１名で可 | ・常勤兼務１名<br>※機能訓練指導員と兼務<br><br>・常勤専従１名<br>※社会福祉施設等において実務経験が１年以上ある介護福祉士<br><br>・なし<br><br>・常勤専従１名 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4. 人員基準 | ⑤機能訓練指導員　１名以上<br>・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師 | ・常勤兼務１名<br>※柔道整復師<br>※管理者と兼務 | |
| 5. 設備基準 | 指定地域密着型通所介護事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定地域密着型通所介護の提供に必要なその他の設備及び備品等を備えなければならない。<br><br>設備の基準<br>①食堂及び機能訓練室<br>・それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積は、３㎡に利用定員（10名）を乗じて得た面積以上<br>※食事の提供に支障がない広さを確保でき、かつ、機能訓練の実施に支障がない広さを確保できる場合、同一の場所で可<br>②相談室<br>・遮蔽物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮<br><br>■建築基準法による検査<br><br>■消防設備等検査済証 | ・食堂兼機能訓練室、静養室、相談室、事務室<br>・防炎カーテン、火災警報器、避難誘導灯、消火器<br>・リハビリ機器、送迎車その他の備品等<br><br>・100.09㎡<br><br>・同一場所で兼用室<br><br>・個室で設置<br><br>・証明書により確認<br><br>・検査済証により確認 | |
| 6. 運営基準等<br>（主なもの） | ・次に掲げる重要事項について運営規程に規定しなければならない。<br>①　事業の目的及び運営の方針<br>②　従業者の職種、員数及び職務の内容<br>③　営業日及び営業時間<br>④　指定地域密着型通所介護の利用定員<br>⑤　指定地域密着型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額<br>⑥　通常の事業の実施地域<br>⑦　サービス利用に当たっての留意事項<br>⑧　緊急時等における対応方法<br>⑨　非常災害対策<br>⑩　その他事業の運営に関する重要事項 | ・運営規程にて①～⑩の規定を確認<br>第１条・第２条<br>第４条<br>第５条<br>第６条<br>第７条・第８条<br>第９条<br>第10条<br>第11条<br>第12条<br>第13条 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6. 運営基準等<br>（主なもの） | ・地域との連携等<br>① 利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市の職員又は滝川市地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される「運営推進会議」を設置し、おおむね６月に１回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。<br><br>② 事業の運営に当たって、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければならない。 | ・運営推進会議構成員<br>利用者<br>利用者の家族<br>町内会長<br>地域包括支援センター職員（兼知見を有する者）<br>事業所の職員<br><br>・運営推進会議の構成員でもある町内会長と相談の上、地域との交流会等について開催予定 | |
| 7. 指定申請関係書類 | ・指定地域密着型サービス事業者指定申請書<br>・付表９<br>・その他添付書類 | ・別紙１<br>・別紙２<br>・別紙３「添付書類一覧表」に記載のとおり | |

※根拠基準～「滝川市指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営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条例」

別紙１

別記第１号様式（第２条関係）

# 指定地域密着型サービス事業者<br>指定地域密着型介護予防サービス事業者 指定（指定更新）申請書

平成28年 6月 16日

滝川市長　様

所在地　札幌市中央区南二条西四丁目9-1
申請者
名　称　有限会社フクタス　代表取締役　松本　祐

介護保険法に規定する事業者に係る指定（指定の更新）を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 事業所所在市町村番号 | |
| 申請者 | フリガナ | ユウゲンガイシャフクタス | | | | |
| | 名称 | 有限会社フクタス | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　060－0062）<br>札幌市中央区南二条西四丁目9-1 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 011-252-9936 | ＦＡＸ番号 | 011-252-9916 | |
| | 法人の種別 | 有限会社 | 法人所轄庁 | | | |
| | 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 代表取締役 | フリガナ　マツモト　タスク<br>氏名　松本　祐 | 生年月日<br>S44・3・2 | |
| | 代表者の住所 | （郵便番号060－0053）<br>札幌市中央区南三条東三丁目8番地ラフィネタワー札幌南3条2804号 | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ | リハビリデイサービスフクライフ | | | | |
| | 事業所の名称 | リハビリデイサービス福来歩 | | | | |
| | 事業所の所在地 | （郵便番号　073－0022　）<br>滝川市大町１丁目１番２３号 | | | | |

| | 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 既に受けている指定の有効期間満了年月日 | 様式 |
|---|---|---|---|---|---|
| 地域密着型サービス | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | 付表 |
| | 夜間対応型訪問介護 | | | | 付表 |
| | 地域密着型通所介護 | ○ | 平成28年8月1日 | | 付表 |
| | 認知症対応型通所介護 | | | | 付表 |
| | 小規模多機能型居宅介護 | | | | 付表 |
| | 認知症対応型共同生活介護 | | | | 付表 |
| | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | 付表 |
| | 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 | | | | 付表 |
| | 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | 付表 |
| | | | | | 付表 |
| 地域密着型介護予防サービス | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | 付表 |
| | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | 付表 |
| | 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | 付表 |

| | | |
|---|---|---|
| 介護保険事業所番号 | | （既に指定を受けている場合） |
| 指定を受けている他市町村名 | | |
| 医療機関コード等 | | |

滝川市・砂川市 介護福祉組合 受付 28.7.11 第号

別紙２

## 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

| 受付番号 | |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 事業所 | フリガナ | リハビリデイサービスフクライフ | | | |
| | 名　称 | リハビリデイサービス福来歩 | | | |
| | 所在地 | （郵便番号　073-0022　） 滝川市大町１丁目１番２３号 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 連絡先 0125-74-6400 | FAX 番号 | 0125-74-6433 |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | | | 第２条第１項第 30 号 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 管理者 | フリガナ | シマズ　キョウスケ | 住所 | （郵便番号　079-1134） 赤平市泉町１丁目３番１９号コートハウス２号 |
| | 氏　名 | 島津　享介 | | |
| | 生年月日 | 平成２年６月 16 日 | | |
| | 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 | | |

| 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常　勤（人） | 1 | | | | 1 | | | 1 |
| 非常勤（人） | | | | | | | | |
| 適合の可否 | 可 | | | | 可 | | | 可 |

| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
|---|---|---|
| 100.09 ㎡ | 90 ㎡以上 | 可 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 主な掲示事項 | 営業日 | 単位ごとの営業日　月～金　ただし 12 月 29 日～1 月 3 日は休日とする | |
| | 営業時間 | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（ ①9：00～12：05②13：30～16：35 ） | |
| | 利用定員 | 10 人（単位ごとの定員①　10 人　②　10 人　） | |
| | 利用料 | 法定代理受領分（一割又は二割負担分） | 介護報酬告示上の額 |
| | | 法定代理受領分以外 | 介護報酬告示上の額 |
| | その他の費用 | 運営規定のとおり | |
| | 通常の事業実施地域 | 滝川市全域 | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | |

備考
1「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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　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。
5　本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、２単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙に記載し添付してください。
6　当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表９別紙（２単位目以降）

## 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

| 受付番号 | |
|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所 | フリガナ | リハビリデイサービスフクライフ | | | | | | | |
| | 名　　称 | リハビリデイサービス福来歩 | | | | | | | |
| ２単位 | 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 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| | 常　勤（人） | 1 | | | | 1 | | | 1 |
| | 非常勤（人） | | | | | | | | |
| | 適合の可否 | 可 | | | | 可 | | | 可 |
| | 単位ごとの営業日 | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（ ①9：00～12：05②13：30～16：35 ） | | | | | | | |
| | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） | 10 人（単位ごとの定員① 10 人 ② 10 人 ） | | | | | | | |
| | 単位ごとの定員 | 10 人 | | | | | | | |
| 単位 | 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 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| | 常　勤（人） | | | | | | | | |
| | 非常勤（人） | | | | | | | | |
| | 適合の可否 | | | | | | | | |
| | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | |
| | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） | ： ～ ： | | | | | | | |
| | 単位ごとの定員 | 人 | | | | | | | |
| 単位 | 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 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| | 常　勤（人） | | | | | | | | |
| | 非常勤（人） | | | | | | | | |
| | 適合の可否 | | | | | | | | |
| | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | |
| | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） | ： ～ ： | | | | | | | |
| | 単位ごとの定員 | 人 | | | | | | | |
| 単位 | 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 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| | 常　勤（人） | | | | | | | | |
| | 非常勤（人） | | | | | | | | |
| | 適合の可否 | | | | | | | | |
| | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | |
| | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く） | ： ～ ： | | | | | | | |
| | 単位ごとの定員 | 人 | | | | | | | |

別紙３

# 添付書類一覧表

申請する事業・施設の種類　地域密着型通所介護

| 添付書類番号 | 書　類　区　分 | 添付の有無（有の場合は○） | 備　考 |
|---|---|---|---|
| 1 | 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 | ○ | |
| 2 | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 | ○ | |
| 3 | 事業所の管理者の経歴 | ○ | |
| 4 | 生活相談員の経歴 | ○ | |
| 5 | 事業所の平面図 | ○ | |
| 6 | 設備備品等一覧表 | ○ | |
| 7 | 運営規程 | ○ | |
| 8 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | ○ | |
| 9 | サービス提供実施単位 | ○ | |
| 10 | 当該申請に係る資産の状況 | ○ | |
| 11 | 誓約書及び役員等の氏名等 | ○ | |
| 12 | 運営推進会議の構成員 | ○ | |
| 13 | 資格を証明する書類等 | ○ | |
| 14 | 地域密着型(介護予防)サービス費の請求に関する事項 | ○ | |
| 15 | 雇用証明書又は雇用確約証明書 | ○ | |
| 16 | 建築基準法に基づく検査済証及び消防法に基づく消防用設備等検査済証の写し | ○ | |

※添付書類は省略

参考資料

# 「リハビリデイサービス福来歩」位置図

# 「リハビリデイサービス福来歩」外観図