

地域密着型施設の指定更新について

資料 7

○指定期間（6年）が満了するため指定を更新する事業所

No	事業所名	サービス種類	指定期間	所在地	施設概要
①	中津川ケアハートガーデン なかむらの郷	認知症対応型通所 介護（デイサービス）	令和5年4月1日～ 令和11年3月31日	中津川 3042-39	定員 18名
②	ニチケアセンター坂本	認知症対応型通所 介護（デイサービス）	令和5年4月1日～ 令和11年3月31日	茄子川 1499-33	定員 18名
③	グループホームいこい	認知症対応型共同 生活介護 (グループホーム)	令和5年3月15日～ 令和11年3月14日	瀬戸 536-2	定員 18名 2ユニット
④	ニチケアセンター坂本	認知症対応型共同 生活介護 (グループホーム)	令和5年4月1日～ 令和11年3月31日	茄子川 1499-33	定員 18名 2ユニット

○指定期間（6年）が満了するため指定を更新する市外の事業所

No	事業所名	サービス種類	指定期間	所在地	施設概要
⑤	レッツ倶楽部 下呂白樺	地域密着型通所介 護（デイサービス）	令和4年10月1日～ 令和10年9月30日	下呂市 萩原町上呂 850-1	定員 18名
	利用者：男性 60歳代 要介護2				
⑥	看護小規模多機能 シエント	看護小規模多機能 型居宅介護	令和5年3月10日～ 令和11年3月9日	恵那市 大井町 2220-1	登録定員29名 利用定員18名
	利用者：女性 70歳代 要介護5（更新中）				

<根拠法令>

介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）

（指定地域密着型サービス事業者の指定）

第七十八条の二

7 市町村長は、第四十二条の二第一項本文の指定を行おうとするとき又は前項第四号の規定により同条第一項本文の指定をしないこととするときは、あらかじめ、当該市町村が行う介護保険の被保険者その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講じなければならない。

① 中津川ケアハートガーデンなかむらの郷

② ニチイケアセンター坂本

サービス内容と指定基準

サービス種別	認知症対応型通所介護（認知症対応型デイサービス）
利用定員	単独型・併設型：同一時間帯に12人 共用型：1日あたり1ユニット3人以下
サービス内容	認知症（急性を除く）の利用者が、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、必要な日常生活上の世話（支援）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す。 ※単独型・併設型の他に、グループホーム等の共用スペースを活用して、少人数（3名以下）を受け入れる共用型もあります。
職員基準	・管理者：常勤専従（管理上支障のない場合は、事業所の職務または同一敷地内他事業所職務との兼務可） サービスの提供に必要な知識・経験があり、厚生労働大臣が定める研修を修了している者 ・生活相談員：サービス提供時間数に応じて、1名以上が必要です。 ・看護職員または介護職員：サービス提供の単位ごとに2名以上必要です。 利用者の処遇に支障がない場合、他のサービス提供の単位の看護職員・介護職員として従事可能
設備の基準	・食堂及び機能訓練室の合計面積が、利用定員×3㎡以上 ・それぞれに支障のない場合は、同一の場所でも可 ・遮へい物の設置等がある相談室
運営内容	・心身の状況の把握 ・居宅介護支援事業者等との連携 ・認知症対応型通所介護計画の作成 ・サービスの提供の記録 ・地域連携 等

- ③ グループホームいこい
- ④ ニチイケアセンター坂本

サービス内容と指定基準

サービス種別	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
利用定員	1ユニット 5人以上9人以下 (1事業所 3ユニットまで)
サービス内容	比較的安定した状態にある認知症の要介護者等が、家庭的な環境と地域住民との交流の下、住み慣れた環境での生活を継続できるよう目指します。入浴、食事、排泄等日常生活の世話及び機能訓練を共同生活の中で行います。利用者が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にするものです。
職員基準	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者（常勤 ・認知症対応型サービス事業者管理者研修、実践者研修の受講者） ・計画作成担当者（介護支援専門員資格者・実践者研修受講、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講者 2ユニットまでケアマネ資格1人で可） ・介護職員（夜間以外：入居者3人に対し1人、夜間1人以上）
設備の基準	居室（床面積 7.43 m ² 以上 <4.5畳以上 >） 1居室 1人 居間、食堂、台所を共同生活住居ごとに設置
運営内容	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型共同生活介護計画の作成 ・サービスの提供の記録 ・地域連携として運営推進会議の設置が必要（利用者、地域住民の代表者<代表者は町内会役員、民生委員、老人クラブの代表者等>、市町村職員等

⑤ レッツ倶楽部下呂白樺

サービス内容と指定基準

サービス種別	地域密着型通所介護（デイサービス）
利用定員	同一時間帯に18人以下
サービス内容	利用者が、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、生活機能の維持または向上をめざし、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と心身の機能の維持、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものです。
職員基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者：常勤専従（管理上支障のない場合は、事業所の職務または同一敷地内他事業所職務との兼務可） サービスの提供に必要な知識・経験があり、厚生労働大臣が定める研修を修了している者 ・ 生活相談員：提供日ごとに、1名以上が必要です。 ・ 看護職員：サービス提供の単位ごとに1名以上が必要です。 ただし、利用定員10名以下の場合は、看護職員も含めて、介護職員の人員配置の考えで配置可能。 ・ 介護職員：利用者数が15人までは、専従の介護職員を1名以上必要となります。利用者数が15名を超える場合は、5人おきに専従の介護職員をプラスします。 ・ 機能訓練指導員：1名以上必要です。（他の職務にも従事できる）
設備の基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食堂及び機能訓練室の合計面積が、利用定員×3㎡以上 ・ それぞれに支障のない場合は、同一の場所でも可 ・ 相談室は遮へい物の設置等
運営内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心身の状況の把握 ・ 居宅介護支援事業者等との連携 ・ 通所介護計画の作成 ・ サービスの提供の記録 ・ 地域連携として運営推進会議の設置が必要（利用者、地域住民の代表者<代表者は町内会役員、民生委員、老人クラブの代表者等>、市町村職員等

⑥ 看護小規模多機能シエント

サービス内容と指定基準

サービス種別	看護小規模多機能型居宅介護
利用定員	登録定員 29人以下 利用定員は18人以下
サービス内容	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、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持または向上を目指すため、サービスの拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、居宅、通所、短期宿泊等、多様な介護や機能訓練を行います。
職員基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者：常勤専従（管理上支障のない場合は、事業所の職務または同一敷地内他事業所職務との兼務可） サービスの提供に必要な知識・経験があり、厚生労働大臣が定める研修を修了している者 ・ 看護職員（保健師、看護師または准看護師）：常勤換算方法で2.5名以上必要。 ・ 介護職員：日中（通所）：利用者3人おきに1名（常勤換算） 日中（訪問）：2名（常勤換算） 夜間：夜勤1名、宿直1名 ・ 機能訓練指導員：1名以上必要です。（他の職務にも従事できる）
設備の基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、消火設備を備える ・ 宿泊室については、7.43㎡以上の個室 事業者所が病院や診療所の場合は、6.4㎡以上の個室でも可 ・ 住宅地または、住宅地と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にあること。
運営内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心身の状況の把握 ・ 要介護認定の申請にかかる援助 ・ 居宅介護サービス計画の作成 ・ サービスの提供の記録 ・ 地域連携として運営推進会議の設置が必要（利用者、地域住民の代表者<代表者は町内会役員、民生委員、老人クラブの代表者等>、市町村職員等

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

受付番号

事業所	フリガナ	ナカツガワケアハートガーデン グループホームナカムラノサト			
	名称	中津川ケアハートガーデン グループホームなかむらの郷			
	所在地	(郵便番号 508-0001) 岐阜県中津川市中津川 3042-39			
		----- (ビルの名称等)			
連絡先	電話番号	0573-62-1130	FAX 番号	0573-62-1131	
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 3 条第 19 項第 号		
種別	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		事業所番号	2191500012	
名称	中津川ケアハートガーデン グループホームなかむらの郷		開設年月日	平成18年12月1日	
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数		21人	当該事業の利用定員	3人	
管理者	フリガナ	オダ リエ	住所	(郵便番号)	
	氏名	小田 理恵			
	生年月日		当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称	中津川ケアハートガーデン グループホームなかむらの郷	事業所番号	2191500012
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者 勤務時間：9時～18時			
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)				14	
非常勤(人)			1	3	
基準上の必要人員(人)					
適合の可否					
食堂及び機能訓練室の合計面積		62.94㎡			
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日			
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① 9:00 ~ 18:00 ② : ~ : ③ : ~ :)			
	利用定員	3 人(単位ごとの定員① 3 人② 人③ 人)			
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)			
		法定代理受領分以外			
	食事の提供に要する費用	昼食：411円 おやつ：103円			
通常の事業実施地域	中津川市				
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」「適合の可否」欄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 「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の別を記入してください。
 - 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のみ記載してください。
 - 5 従業者の職種・員数については、本体事業と当該事業を併せた員数を記載してください。

グループホーム



なかむらの郷

中津川 ケアハートガーデン



住み慣れた地域のなかで、入居者の方が安心して暮らせる
第2のわが家がここにあります。

グループホームの特徴

入居者の方が9人のグループでスタッフと一緒に食事のしたくや掃除、散歩などをしながら共同生活を送ることにより認知症の進行を穏やかにしていきます。

ご入居いただける方

- ① 要介護認定を受けていらっしゃる方 (要支援1の方は除きます)
- ② 認知症であると医師に診断された方
- ③ 少人数による共同生活(食事づくり、共同作業、団らん等)を営むのに支障のない方
- ④ 常時、医療専門職による医療管理が必要でない方
- ⑤ 中津川市に在住の方

安心のケア体制

専門知識を持つスタッフによる24時間体制のケア、入居者3名に対し1名のスタッフを配置し「3対1」のケアを実施。

医療連携体制(看護師配置)

内科医と整形外科医による2週間ごとの往診により病気の早期発見・対応に努めております。
また、看護師(非常勤)を配置することで、病気の予防に努めています。

専門的な認知症ケア

認知症高齢者のためのケアマネジメントセンター方式(略称:センター方式)によるケアマネジメントを行い、その人らしい暮らしの実現に努めます。



交通のご案内

- 北恵那バス JR中津川駅前から川上線・中津川公園線乗車(約7分) 徒歩5分
- 市役所バス停下車 徒歩5分
- JR中津川駅よりタクシー 約5分
- 自動車 中央自動車道中津川ICから国道19号を中津川市街地方面へ 約3km

事業主体

三菱電機ライフサービス株式会社

〒105-0011 東京都港区芝公園2-4-1 芝パークビルB館
TEL:03-6402-6001 FAX:03-6402-6486

ホームページでも詳しい情報をご覧ください

<http://www.mdlife.co.jp>

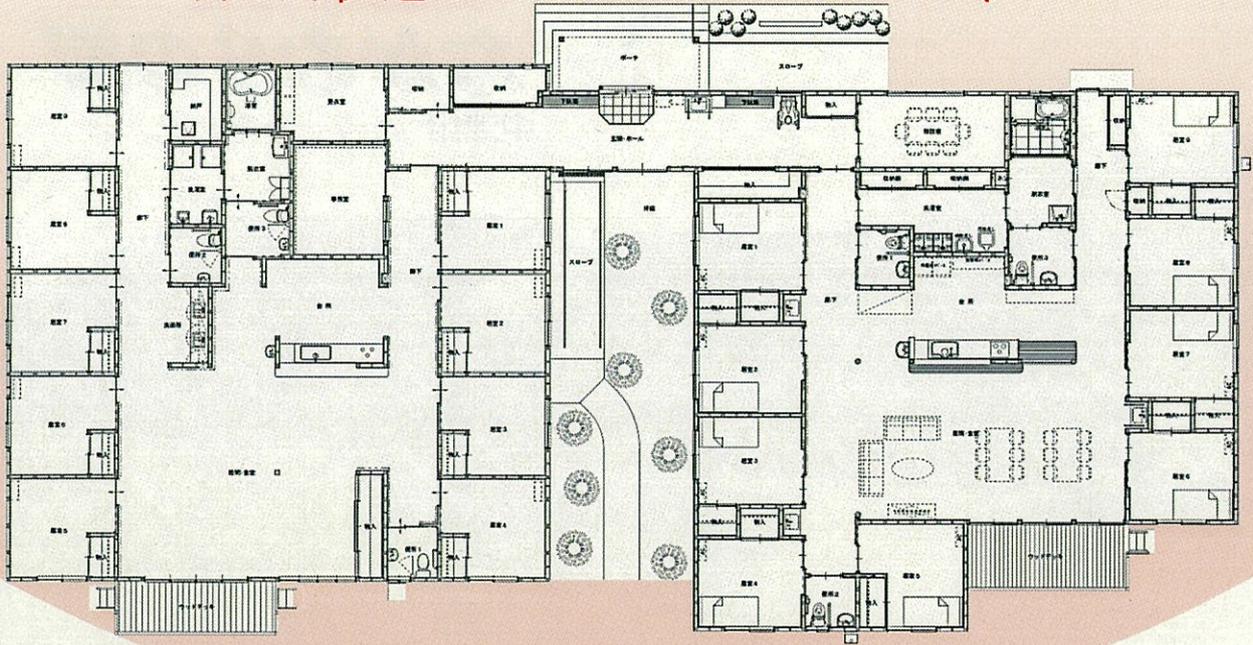
お問い合わせ

〒508-0001 中津川市中津川 3042 番地 39

TEL.0573-62-1130

FAX.0573-62-1131 施設長: 麦島 まゆみ

明るく快適な シニア コミュニティー



入居までの手続き

ご 相 談

ホ ー ム 見 学

入居の申し込み

面 談

体 験 入 居

※入 居 判 定

契 約

入 居

施設概要

- 敷地面積 1,581.46 m²(480 坪)
- 延べ床面積 628.44 m²(190 坪)
- 居室 洋室(18 室)
- リビング・ダイニング・キッチン・トイレ・浴室(リフト付)
- エアコン・ナースコール(各室)
- 床暖房(リビング・脱衣室)
- 定員:18 名

1か月のご負担金額の目安(30日利用の場合)

敷金・一時金:なし

住居費	51,600 円
食 費	37,020 円
生活費	25,620 円
介護保険一割負担額	29,052 円 (要介護 2 の場合)
合 計	143,292 円/月

※上記以外に理美容代・おむつ代等の実費負担が必要です。

- ※ 入居判定は、医師、看護師、施設長等で行います。
- ※ 入居判定によっては、入居いただけない可能性もあります。

お問い合わせ

グループホーム



なかむらの郷

中津川 ケアハートガーデン

〒508-0001 中津川市中津川3042番地39

TEL.0573-62-1130

FAX.0573-62-1131

施設長: 麦島 まゆみ



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

事業所	フリガナ	ニチイケアセンターサカモト			
	名称	ニチイケアセンター坂本			
	所在地	(郵便番号 509 - 9132) 岐阜県中津川市茄子川字坂本 1499-33			
	連絡先	電話番号	0573-78-1260	FAX 番号	0573-78-1261
Email		hstX94@nichiigakkan.co.jp			
本体事業所種別	認知症対応型共同生活介護事業所・地域密着型特定施設・地域密着型介護老人福祉施設				
管理者	フリガナ	イシド タカヒコ	住所	(郵便番号 -)	
	氏名	石戸 高彦			
	生年月日				
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			計画作成担当者、介護職員	
	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	ニチイケアセンター坂本	事業所番号	2191500061
兼務する職種及び勤務時間等		(介護予防) 認知症対応共同生活介護 管理者・計画作成担当者 週 24 時間程度			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数			18 人		
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)				6	
非常勤(人)				10	
○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		14.96 m ²			
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 9:30 ~ 15:30 ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	3 人(単位ごとの定員① 3 人② 人③ 人)				
添付書類	別添のとおり				

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	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		m ²			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

グループホーム ニチイケアセンター 坂本

グループホーム ニチイのほほえみ

安心・快適な
住空間

健康管理・
医療体制

地域の一員
として



家庭的な雰囲気大切に、認知症の方の暮らしをサポート

※写真はすべてイメージです。

さかもと

ニチイケアセンター坂本

所在地:岐阜県中津川市茄子川字坂本1499-33

電車で JR中央本線「美乃坂本」駅より 徒歩約15分

車で 中央自動車道 中津川ICより 車で10分

いつでもご見学いただけます。

◎詳しくは、下記にご連絡下さい。

TEL.0573-78-1260

FAX.0573-78-1261

※居宅介護支援事業所 併設



← 詳しい情報はここから
ニチイの介護サイトへ今すぐアクセス

やさしさを、私たちの強さにしたい。

 **ニチイ**

さかもと
ニチイケアセンター坂本 グループホーム ニチイのほほえみ

「ニチイのほほえみ」の特長

安心・快適な住空間

プライバシーが保たれる全室完全個室制。なじみの家具を持ちこんでいただき、安心・快適な生活を送っていただけます。

健康管理・医療体制

健康管理のために、地域の保健・医療・福祉機関と連携し、緊急時の対応や異変の早期発見に努めております。医師の定期的な診療も受けられます。

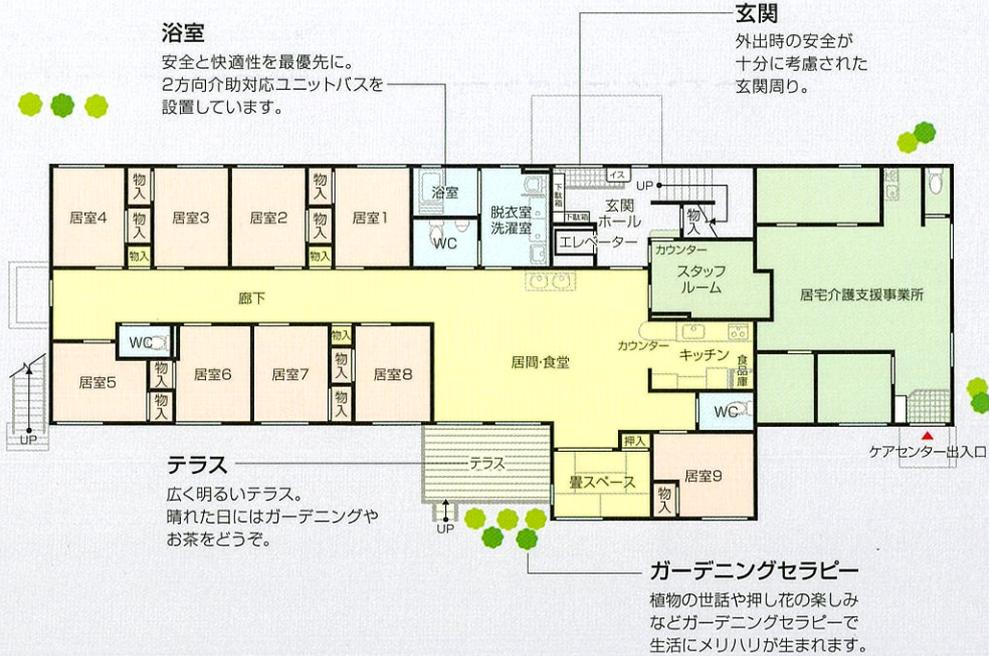
地域の一員として

ご家族様も一緒のお出かけやイベントを楽しんでいます。地域のお祭りや町内会活動などにも参加することができます。

フロア図

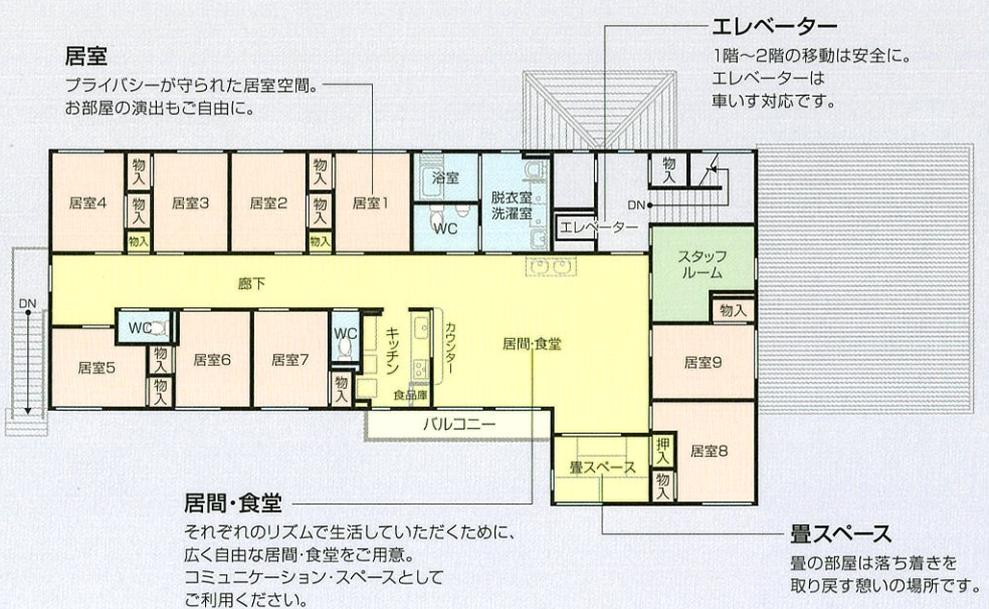
1階

Unit A



2階

Unit B



全国展開するニチイの3つの事業



介護の悩みや不安、ご質問、お気軽にご相談ください。

●下記フリーダイヤルでは、24時間365日、無料でお電話を受け付けています。

0120-605-025

※ニチイはお客様の個人情報を資料送付・ご案内の連絡、満足度調査以外に使用いたしません。

やさしさを、私たちの強さにしたい。



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	トクテイヒエイリカツドウハウジン イコイ グループホーム イコイ						
	名称	特定非営利活動法人 いこい グループホーム いこい						
	所在地	(郵便番号 508-0111) 中津川市瀬戸536番地の2						
	連絡先	電話番号	0573-69-5508		FAX番号	0573-69-5668		
		Email	seto-ikoi@tulip.ocn.ne.jp					
管理者	フリガナ	イトウ ユタカ		住所	(郵便番号 -)			
	氏名	伊藤 豊						
	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)				介護従業者、介護支援専門員			
	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		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	落合診療所		主な診療科名	内科 胃腸科			
	名称	医療法人YOUTH しろやま歯科		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								
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	専従	兼務
	常勤 (人)		5	1	5	1		1
	非常勤 (人)		2		4		1	
常勤換算後の人数 (人)		7.1		7.9				
利用者数 (推定数を記入)		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 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							

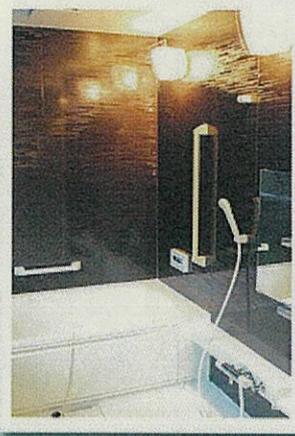
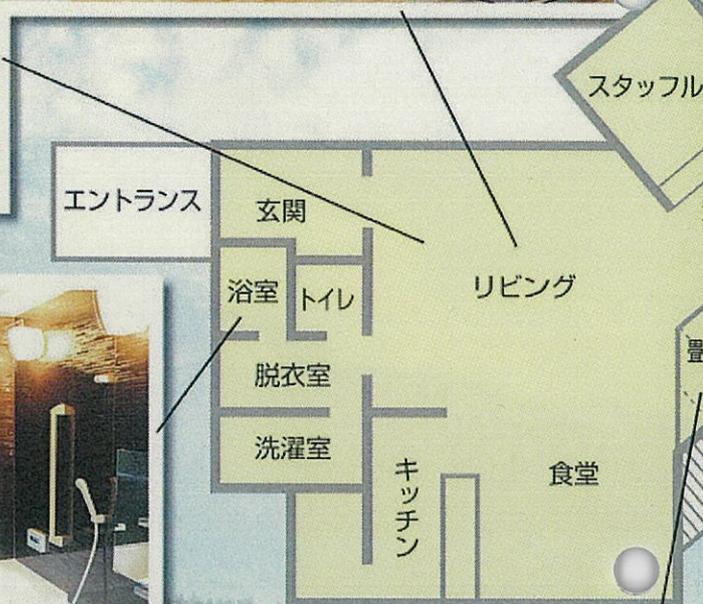
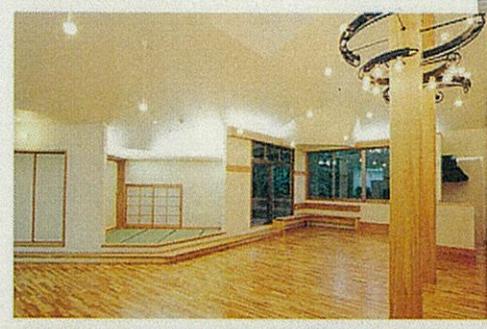
- 備考1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

住み慣れたこの地で
ゆったり安らぎの暮らし



NPO法人
グループホーム **いこい**

みんなの笑顔を育てたい。ご利用



グループホーム（認知症対応型共同生活介護）とは

認知症によって家庭での生活が難しくなった方が安心して生活を送ることができるための小規模・少人数の共同生活の場です。

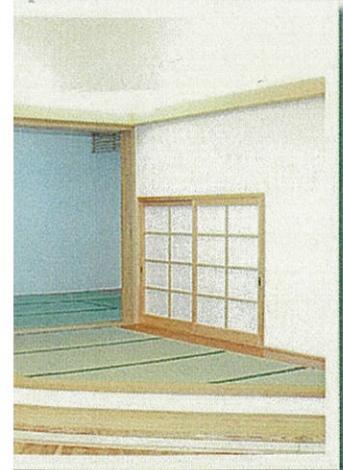
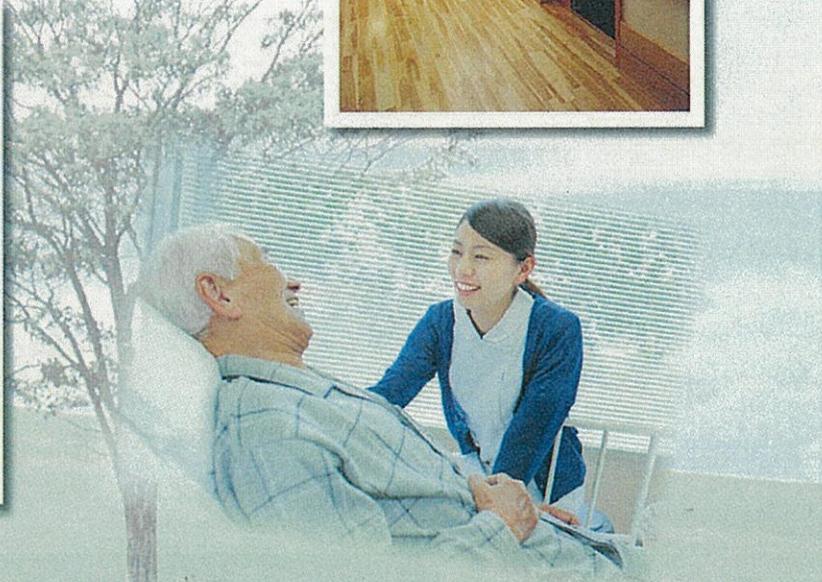
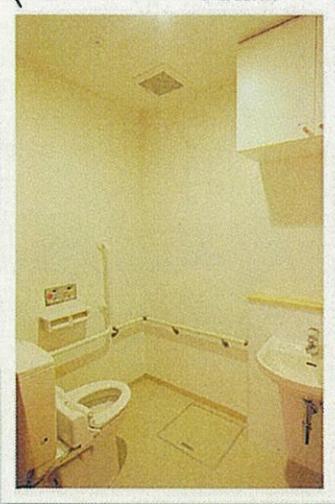
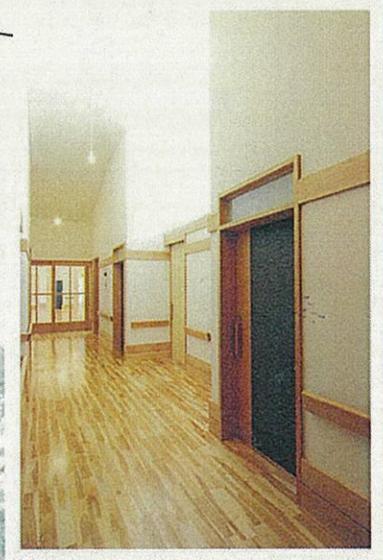
グループホームでは、認知症の方が混乱せず、その方なりの普通の生活を送ることができるようにすることを第一に考えてお世話します。

いこいが大切にするこ

- 利用者さま・ご家族・職員・地域の方の笑顔。
- ご利用者の「真のニーズ」に正面から向き合うこと。
- 何事も取り組んでみる姿勢。



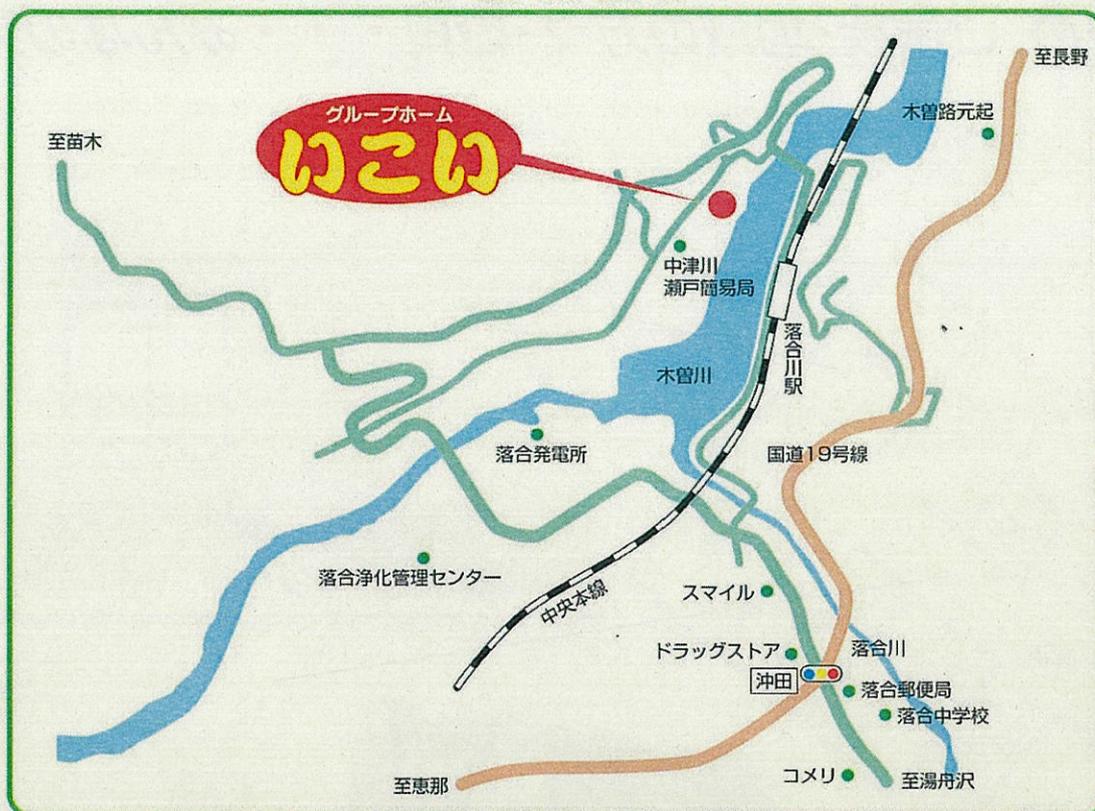
者をはじめ、ご家族・地域の方々・職員・・・みんなの笑顔。



ご入居いただける方

- ・ 要支援2または要介護1以上の認定を受けている方
- ・ 中津川市にお住まいの方
- ・ 医師によって認知症の診断を受けられた方
- ・ 少人数による共同生活が可能の方

◆ 案内図 ◆



お問い合わせ

NPO法人 **グループホーム いこい**

〒508-0111 岐阜県中津川市瀬戸536-2
TEL(0573)69-5508 FAX(0573)69-5668

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	ニチイケアセンターサカモト				
	名称	ニチイケアセンター坂本				
	所在地	(郵便番号 509 - 9132) 岐阜県中津川市茄子川字坂本 1499-33				
	連絡先	電話番号	0573-78-1260		FAX 番号	0573-78-1261
		Email	hstX94@nichiiigakkan.co.jp			
管理者	フリガナ	イシド タカヒコ			(郵便番号	
	氏名	石戸 高彦			住所	
	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)				計画作成担当者、介護職員	
	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	ニチイケアセンター坂本		事業所番号	2191500061
兼務する職種及び勤務時間等		(介護予防) 認知症対応型通所介護事業所 (共用型) 管理者、介護職員 週 16 時間程度				
療協機力関医	名称	服部内科クリニック			主な診療科名	内科
	名称	まさき歯科			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						
共同生活住居数	18 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)		2	1	3	1
	非常勤 (人)		3	3	3	1
常勤換算後の人数 (人)		5.9		5.8		
利用者数 (推定数を記入)			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 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。

付表2-1 通所介護相当サービス事業所の指定に係る記載事項

(表)

事業所	フリガナ	レッツクラブ ゲロシラカバ							
	名称	レッツ倶楽部 下呂白樺							
	所在地	(〒509-2518) 下呂市萩原町上呂850-1							
連絡先	電話番号	0576-56-1025			FAX番号	0576-56-1026			
	E-mailアドレス	gershirakaba@lets-club.com							
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					定款第2条				
管理者	フリガナ	トチイ マサフミ		住所	(〒)				
	氏名	栃井 政文							
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称	兼務する職種及び勤務時間等					
利用定員(同時に通所介護、他の通所型サービスを受けることができる利用者数の上限)						15人			
実施単位数		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			
非常勤(人)			1		2	2	1		2
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積				60.8㎡		基準上の必要数値 ㎡以上		適合の可否	
主な 揭示 事項	営業日(曜日等)	単位ごとの営業日 月・火・水・木・金							
	その他の年間休日	土・日及び年末年始							
	営業時間	営業時間 8:45 ~ 17:00							
		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① 8:55~12:00②13:25~16:30③ : ~ :)							
	利用定員	15人(単位ごとの定員①15人 ②15人 ③ 人)							
	利用料	法定代理受領分			厚生労働大臣の定める額				
		法定代理受領分以外			厚生労働大臣の定める額				
	その他の費用	なし							
通常の事業実施地域	下呂市小坂町・萩原町・旧下呂町・旧馬瀬村								
添付書類	別添のとおり								

- 備考 1 「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 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合、所在地、営業時間等を付表2-2に記載してください。ただし、従業員の員数については、当該出張所等に従事する従業者の員数も含めて記載してください。
- 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合、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、裏面に記載してください。
- 5 「主な揭示事項」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。
- 6 当該指定サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定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2-1 通所介護相当サービス事業所の指定に係る記載事項

(表)

事業所	フリガナ	レッツクラブ ゲロシラカバ							
	名称	レッツ倶楽部 下呂白樺							
	所在地	(〒509-2518) 下呂市萩原町上呂850-1							
連絡先	電話番号	0576-56-1025			FAX番号	0576-56-1026			
	E-mailアドレス	gershirakaba@lets-club.com							
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					定款第2条				
管理者	フリガナ	トチイ マサフミ		住所	(〒)				
	氏名	栃井 政文							
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称						
		兼務する職種及び勤務時間等							
利用定員(同時に通所介護、他の通所型サービスを受けることができる利用者数の上限)							15人		
実施単位数		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			
非常勤(人)			1		2	2	1		2
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積				60.8㎡		基準上の必要数値		適合の可否	
						㎡以上			
主な揭示事項	営業日(曜日等)	単位ごとの営業日 月・火・水・木・金							
	その他の年間休日	土・日及び年末年始							
	営業時間	営業時間 8:45 ~ 17:00							
		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① 8:55~12:00②13:25~16:30③ : ~ :)							
	利用定員	15人(単位ごとの定員①15人 ②15人 ③ 人)							
	利用料	法定代理受領分			厚生労働大臣の定める額				
		法定代理受領分以外			厚生労働大臣の定める額				
	その他の費用	なし							
通常の事業実施地域	下呂市小坂町・萩原町・旧下呂町・旧馬瀬村								
添付書類	別添のとおり								

- 備考 1 「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 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合、所在地、営業時間等を付表2-2に記載してください。ただし、従業員の員数については、当該出張所等に従事する従業者の員数も含めて記載してください。
- 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合、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、裏面に記載してください。
- 5 「主な揭示事項」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。
- 6 当該指定サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定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。

事業所実地指導 報告書

【実施の目的等】

- ・介護保険法第 23 条に基づき、介護給付等対象サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図ることを目的として実施。
実地指導計画に基づく定期的な指導の一環として実地指導を行った。

① 中津川ハートガーデン中村の郷

令和 3 年度に実地指導を予定しておりましたが、新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、施設への入所が制限されていたため、実施できませんでした。
前回は平成 29 年度に実施し、指摘事項は無く、適正な運営が確認されている。

② ニチイケアセンター坂本（④のサービスについても同時に実施）

実施日時：令和元年 1 2 月 6 日（金）実施
前回は平成 27 年度に実施し、指摘事項は無く、適正な運営が確認された。

《現地（口頭）指摘事項》

- ・運営推進会議の開催にかかる公表の方法が不適切であった。
- ・入院時費用（加算）の算定について、不適切である点を確認された。
→当該請求に対して、過誤調整を行った。

③ グループホームいこい

実施日時：平成 30 年 11 月 28 日（水）実施
前回は平成 27 年度に実施し、指摘事項は無く、適正な運営が確認された。

《現地（口頭）指摘事項》

- ・常勤換算人数の確認が困難な勤務表を使用していたので、勤務表の記載についての指導を行った。