

本議案の地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定更新については、介護保険法第 78 条の 2 第 1 項（介護保険法第 78 条の 12 の規定による準用）及び第 115 条の 12 第 1 項（第 115 条の 21 の規定による準用）に規定されています。また、介護保険法第 78 条の 2 第 7 項及び第 115 条の 12 第 5 項に「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ずるよう努めなければならない」と規定されていることから、本運営協議会にご審議をお願いするものです。

また、地域密着型サービスは、本来、事業所が所在する市町村である君津市の被保険者に対してサービスを提供するものですが、当市に隣接しており、当市に同様のサービス提供する事業所整備されていないことから、当市が市外にある当該事業所を指定（以下「区域外指定」といいます。）し、当市の被保険者に対してもサービスを提供しております。

なお、介護保険法第 78 条の 2 第 4 項第 4 号に規定される事業所の所在市町村の同意については、資料 5 ページのとおり、君津市から同意する旨の回答を得ております。

【報告の内容】 指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定の指定更新

- ・ 申請者 : 株式会社オールプロジェクト
- ・ 事業所 : つばさデイサービスセンター君津
(千葉県君津市人見 3-6-19)
- ・ 事業等の種類 : 認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護
- ・ 指定有効期間満了日 : 令和 6 年 9 月 30 日
- ・ 更新後の指定有効期間 : 令和 6 年 10 月 1 日～令和 12 年 9 月 30 日

【資料の説明】

資料の 3 ページ及び 4 ページは、事業者から提出のあった申請書等です。

資料の 5 ページは、事業所の所在市町村である君津市から区域外指定に関する同意の文書等です。

資料の6ページ及び7ページは、市が「富津市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等を定める条例施行規則」により、事業者の指定に係る基準をチェックリストにより確認したものです。

表の作りですが、左から順に区分、チェック項目、チェック欄として、チェック項目に対する回答、判定となっております。

「○」は指定基準に適合していることを表しています。

・介護保険法

(指定地域密着型サービス事業者の指定)

第七十八条の二 (中略) 地域密着型サービス事業を行う者(中略)の申請により、
(中略) 地域密着型サービス事業を行う事業所(中略) ごとに行い、当該指定をする市町村長がその長である市町村が行う介護保険の被保険者(中略) に対する地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費の支給について、その効力を有する。

2～11 略

(指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定)

第百十五条の十二 第五十四条の二第一項本文の指定は、(中略) 地域密着型介護予防サービス事業を行う者の申請により、(中略) 地域密着型介護予防サービス事業を行う事業所(中略) ごとに行い、当該指定をする市町村長がその長である市町村が行う介護保険の被保険者(中略) に対する地域密着型介護予防サービス費及び特例地域密着型介護予防サービス費の支給について、その効力を有する。

2～7 略

※認知症対応型通所介護とは

認知症である利用者が可能な限り在宅において日常生活を営めるよう生活機能の維持、向上を目指し、日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持、家族の精神的負担の軽減を図ることを支援するもの。

第4号様式（第3条の3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
指定居宅介護支援事業所

指定更新申請書



令和 6 年 7 月 24 日

富津市長 殿

申請者

千葉県君津市人見914
株式会社オールプロジェクト
代表取締役 津金澤 寛



介護保険法に規定する事業所に係る指定の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。

申請者	フリガナ 名称	カブシキガイシャ オールプロジェクト 株式会社オールプロジェクト					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 299-1147) 千葉県 君津市 人見914-1					
	連絡先	電話番号	0439-57-6665		FAX番号	0439-57-6266	
	代表者の職名・氏 名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ 氏名	カネザワ ヒロシ 津金澤 寛	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号) 					
事業所	事業等の種類	認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護					
	指定有効期間満了日	令和6年9月30日					
	フリガナ 名称	ツバサデイサービスセンターキミツ つばさデイサービスセンター君津					
	所在地	(郵便番号 299-1147) 千葉県君津市人見3-6-19					
	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 氏名				生年月日		
	住所	(郵便番号) 					

- 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2-1 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（単独型・併設型）

事業所	フリガナ	つばさデイサービスセンターキミツ			
	名称	つばさデイサービスセンター君津			
	所在地	(郵便番号 299-1147) 千葉県君津市人見3-6-19			
	連絡先	電話番号	0439-57-6665	FAX 番号	0439-57-6266
		Email	naruto@allkaigo.com		
事業の実施形態		☒ 単独型 ☐ 併設型			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号)
	氏名				
	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)				生活相談員
	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			
○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		2	1
非常勤(人)					2
○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		26.94㎡			
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 ~17:00 : ② : ~ : ③ : ~ :)			
利用定員		8人(単位ごとの定員① 8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) 県 都市			
	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)			

- 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 当該事業所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。



君介第789号
令和6年7月23日

富津市長 高橋 恭市 様

君津市長 石井 宏 様



指定地域密着型サービス事業所の指定（更新）に係る同意について（回答）

令和6年7月17日付け富介第455号で依頼のあったこのことについて、下記のとおり回答します。

記

- 1 事業所の指定について 同意する。
- 2 事業者等の内容
 - (1) 事業者名 株式会社オールプロジェクト
 - (2) 事業者住所 千葉県君津市人見914番地1
 - (3) 事業所名 つばさデイサービスセンター君津
 - (4) 事業所住所 千葉県君津市人見3丁目6番19号
 - (5) 事業所番号 1293000012
 - (6) サービスの種類 (介護予防) 認知症対応型通所介護
- 3 指定年月日 令和6年10月1日
- 4 有効期間満了日 令和12年9月30日
- 5 同意に関する条件
当市が当該事業所の指定取消等の処分を行った場合は、この同意を取り消した
ものとする。

指定指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業の人員等に関する基準チェック表

1/2

事業所名称 福祉サービスセンター 君津

区分	チェック項目		チェック欄
	当該指定認知症対応型通所介護事業所の形態は（単独型、併設型、共有型）	単独型	
基本事項	事業所の常勤職員の勤務形態は	週40時間労働制	-
	・事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数は何時間か	8時間	-
	・事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数は何時間か	40時間	-
	事業所の事業単位は何単位か	1単位	-
	事業所の利用定員は何人か	8人	-
	事業所の営業日は	月曜日～土曜日	-
	事業所のサービス提供時間は何時間か	7.5時間	-
	生活相談員が必要数確保されているか（①/②）（※1以上となっているか）	1.4	-
	・指定認知症対応型通所介護の提供日ごとに、当該指定認知症対応型通所介護を提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数・・・①	10.8時間	○
	・当該指定認知症対応型通所介護を提供している時間帯の時間数・・・②	7.5時間	-
人員に関する基準	生活相談員は、その資格要件を満たす者であるか（社会福祉法第19条第1項各号（もしくはこれに準ずる者※））（厚生労働大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者、三科目主事、社会福祉士、精神保健福祉士）※千葉県においてこれに準ずる者とは、介護支援専門員、介護福祉士をいう【看護職員又は介護職員】	介護福祉士	○
	看護職員（看護師又は准看護師）又は介護職員が必要数確保されているか（①及び②に適用しているか）	確保されている	-
	専ら当該指定認知症対応型通所介護の提供に当たる看護職員又は介護職員が1人以上確保されるため必要と認められる数・・・①	4人	○
	看護職員又は介護職員が必要数確保されているか（③/④=1以上となっているか）・・・②	3.48	-
	・指定認知症対応型通所介護の単位ごとに、当該指定認知症対応型通所介護を提供している時間帯に看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数・・・③	26.1時間	○
	・当該指定認知症対応型通所介護を提供している時間帯の時間数・・・④	7.5時間	-
	機能訓練指導員を1人以上確保している	確保している	○
	指定認知症対応型通所介護の単位ごとに、看護職員又は介護職員を常時1人以上当該指定認知症対応型通所介護に従事させているか	従事させている	○
	生活相談員、看護職員又は介護職員のうち1人以上は、常勤の職員であるか	いずれも常勤を配置している	○
	常勤の管理者を配置しているか	配置している	○
管理者	※管理上支障がない場合は、事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である	生活相談員と兼務	○
	厚生労働大臣が定める研修（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	適	○

指定指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業の人員等に関する基準チェック表

2/2

区分		チェック項目		チェック欄	
施設・設備	指定認知症対応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しているか			有している	
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を整備しているか			整備されている	
	食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さを有しているか			有している	
	・食堂及び機能訓練室の面積の合計は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上であるか			26.49㎡	
	相談室は、遮へい物の設置等により相談の内容が漏れないよう配慮されているか			個室である	
	設備は、専ら当該指定（介護予防）認知症対応型通所介護の事業の用に供されるものであるか			静養室、相談室及び事務室については兼用	
	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておかなければならない事項は定められているか）			定められている	
運営	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができる体制は整えられているか			整えられている	
	非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか			適当と認められる	
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか			整えられている	
	利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めているか			適当と認められる	
	当該指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じているか			適当と認められる	
	食事の提供がある場合、食費は妥当なものか			食料費 150円/回	
	介護保険法第78条の2第4項各号及び115条の12第2項各号の規定に該当しないか			該当しない（誓約書）	