

議案第 1 号補足説明資料

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。

【議案の内容】 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更新の同意

- ・ 申請者 : 社会福祉法人 天祐会
- ・ 事業所 : グループホーム天羽苑
 (千葉県富津市不入斗 224 番地 1)
- ・ 事業等の種類 : 認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型
 共同生活介護
- ・ 指定有効期間満了日 : 令和 6 年 11 月 30 日
- ・ 更新後の指定有効期間 : 令和 6 年 12 月 1 日～令和 12 年 11 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 ページ及び 6 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

※認知症対応型共同生活介護とは

認知症対応型共同生活介護(グループホーム)とは、認知症のある要介護者が共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、介護スタッフによる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がもっている能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにする目的で提供されるサービスです。

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9月30日

富津市長 高橋 恭市 殿

(名称)

社会福祉法人天祐会

申請者

(代表者の職名・氏名) 理事長 高橋 進一

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	シャカイフクシホウジンテンユウカイ		
	名称	社会福祉法人天祐会		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 260-0028) 千葉県千葉市中央区新町17番地12 初芝ビル5階		
	連絡先	電話番号 043-202-2727	FAX番号 043-202-2737	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 理事長	フリガナ タカハシ シンイチ 氏名 高橋 進一	生年月日
事業所	代表者の住所	(郵便番号)		
	事業等の種類	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		
	指定有効期間満了日	令和6年11月30日		
	フリガナ	グループホームアマハエン		
	名称	グループホーム天羽苑		
所	所在地	(郵便番号 299-1613) 千葉県富津市不入斗224番地1		
	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			
	フリガナ			
管理者	名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 県 都市)		
	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	グループホームアマハエン				
	名称	グループホーム天羽苑				
	所在地	〒 299 - 1613 千葉県 富津市 不入斗224-1				
	連絡先	電話番号	0439-80-7727		FAX 番号	0439-87-0700
管理者		Email				
	フリガナ			住所	〒	
	氏名					
	生年月日					
		当該事業所で業務する他の職種(業務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(業務の場合のみ記入)	名称			事業所番号	
		業務する職種及び勤務時間等				
協力医療機関	名称	原田内科小児科医院		主な診療科名	内科	
	名称	白井歯科医院		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		1戸		①		②
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者
		専従	兼務	専従	兼務	専従
常勤(人)		2	2			1
非常勤(人)		4				
常勤換算後の人数(人)		3.7(人)				
利用者数(推定数を記入)		9人		人		
利用定員		9人		人		
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
建物の構造		☒ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ 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 管理者の業務については、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。

指定（介護予防）認知症対応型共同生活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：グループホーム天羽苑

区分	チェック項目	チェック欄
介護職員	事業所の常勤の介護職員の勤務形態は	変形労働時間制 -
	・事業所の常勤の介護職員の1日当たりの勤務時間数は何時間か	8時間 -
	・事業所の常勤の介護職員の1週間当たりの勤務時間数は何時間か	40時間 -
	事業所（ユニットごと）の利用者数は何人か（昨年の実績）	9人 -
	介護職員配置基準（利用者数÷3…端数切上げ）による配置必要人数は何人か	3人 -
	夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に提供されるべき介護延時間数は何時間か（常勤の勤務時間×介護職員配置基準）	24時間 -
	事業所（ユニットごと）の夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に提供される介護延時間数は何時間か（最小～最大）	24時間～37時間 ○
	事業所（ユニットごと）の常勤の介護職員は何人か（基準は1人以上）	29人 ○
	事業所（ユニットごと）の夜間及び深夜の時間帯に介護業務を行う職員は何人か（基準は1人以上）	1人 ○
	夜間及び深夜の時間帯に介護業務を行う従業者の休憩時間は何時間か（当該施設内で休憩し、有事の際には対応できることを前提として、2人体制をとる必要はない）	4時間 ○
計画作成担当者	ユニットごとに計画作成担当者を配置しているか（同一ユニットの他の業務との兼務も可）	配置している ○
	計画作成担当者は、別に厚生労働大臣が定める研修を受講し、修了しているか	修了している ○
	計画作成担当者の中の1人は介護支援専門員であるか（ユニットが2以下の場合で、他のユニットの計画作成担当者が介護支援専門員であれば可）	介護支援専門員である ○
	介護支援専門員でない計画作成担当者は、特別養護老人ホームの生活相談員や介護老人保健施設の支援相談員その他の認知症である者の介護サービスに係る計画の作成に関し実務経験を有しているか	- ○
	計画作成担当者は、他のユニット又は他の事業所の職と兼務していないか	していない ○
管理者	ユニットごとに管理者を配置しているか（同一ユニットの他の業務との兼務も可）	配置している ○
	管理者は、別に厚生労働大臣が定める研修を受講し、修了しているか	修了している ○
	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、3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有しているか	実務経験を有する ○

指定（介護予防）認知症対応型共同生活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	同一敷地内（道路を隔てて隣接する場合を含む）にない事業所の職を兼務していないか		していない ○
	共同生活住居の数は1又は2か		1 ○
	共同生活住居の入居定員は5人以上9人以下か		9人 ○
	共同生活住居に居室、居間、食堂、台所、浴室、消化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は設けられているか ※ただし、居間と食堂は同一の場所でも可		設けられている ○
	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。 ※消防法施行令の改正により、平成27年4月から、スプリンクラー設備の整備が義務づけられた		整備されている ○
	設備及び備品は妥当なものか		妥当である ○
	1の居室の定員は何名か（原則1人だが、利用者の処遇上必要と認められる場合は2人も可）		1人 ○
	1の居室の面積は、7.43㎡以上か		9.72㎡ ○
	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 ○
	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 ○
運営	当該事業所を運営するに足りる資産を保有しているか		保有している ○
	協力医療機関（協力歯科医療機関）との体制は整えられているか		整えられている ○
	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制は整えられているか		整えられている ○
	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項は妥当なものか ※県の今までの指導では家賃の上限7万円、一時金の上限30万円としていた		妥当である ○
	光熱水費、食費等は妥当なものか		妥当である ○
	介護保険法第78条の2第4項各号及び第115条の1第2項各号の規定に該当しないか		該当しない（警約書） ○