

報告第 1 号補足説明資料

【報告の内容】 指定介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定の更新

- ・ 申請者 : 社会福祉法人 志真会
- ・ 事業所 : 訪問介護ステーションつばさ
(千葉県君津市郡 2-7-10)
- ・ 事業等の種類 : 訪問型サービス
- ・ 指定有効期間満了日 : 令和 6 年 10 月 31 日
- ・ 更新後の指定有効期間 : 令和 6 年 11 月 1 日～令和 12 年 10 月 31 日

【報告の説明】

「指定介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定の更新」については、介護保険法第 115 条の 45 の 6 及び富津市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する規則第 13 条に規定されています。

本報告案件は、当該指定事業者の指定有効期間の満了に伴い、指定の更新の申請内容を審査したところ、適正と認められたことから、指定の更新を決定した旨を報告するものです。

資料の 8 ページ以降は、事業者から提出のあった申請書、市が「富津市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱」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等です。

チェックリストでは、基準を満たしていない項目はなく、指定更新申請書及びその他提出された関係書類においても特段指摘を要する事項はなかったことを報告します。

※訪問型サービスとは

訪問型サービスとは、介護保険によるサービスを利用しようとする対象者の元を、看護師や介護士などが訪れ、何らかのサービスを提供する形態のことの総称です。

総合事業の訪問型サービスは、要支援 1、要支援 2 に認定された方を対象に、訪問介護員が利用者宅を訪問し、本人が自分で行うのが困難な入浴、排せつ、食事等の介護や、調理、洗濯、掃除等の家事を行うサービスです。

別記
第1号様式（第10条関係）



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

令和6年9月30日

宮津市長 様

名称 社会福祉法人 志真会
申請者 代表者職・氏名 理事長 天笠 寛

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号				
申請者	フリガナ 名 称	シヤカイフクシホウジン シンシンカイ 社会福祉法人 志真会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 299 - 1133) 千葉県君津市貞元 510 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号 0439-55-2222	FAX 番号 0439-55-2223			
	法人の種類別	社会福祉法人	法人所轄庁 千葉県			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 理事長 氏 名 天笠 寛	生年月日			
	代表者の住所	(郵便番号) 千葉県君津市 2-7-10				
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 299 - 1127) 千葉県君津市 2-7-10				
	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	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	第1号事業	訪問型サービス（予防訪問介護相当）	○		平成30年4月1日	付表1
		通所型サービス（予防通所介護相当）				付表2
		介護予防ケアマネジメント				付表3
介護保険事業所番号		1 2 7 3 0 0 1 0 5 5 (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		宮津市、君津市				
医療機関コード等						

付表 1 第1号訪問事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ホウモンカイゴステーション ツバサ		
	名 称	訪問介護ステーション つばさ		
	所在地	(郵便番号 269 - 1127) 千葉県君津市郡2-7-10		
	連絡先	電話番号 0439-55-1271	FAX 番号	0439-55-7723
		Email	tsubasa@tsubasa-shishinkai.com	
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	生年月日			
	訪問介護員等との兼務の有無		☒ 有 ☐ 無	
	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	夜間対応型訪問介護事業所つばさ・24時間訪問介護事業所つばさ	
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者等	
○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		訪問介護員等		
		専 従	兼 務	
常 勤(人)			4	
非常勤(人)			2	
常勤換算後の人数(人)		5.2		
利用者の推定数(人)		36		
サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
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。

指定訪問介護事業の人員等に関する基準チェック表

1/1

事業所名称：訪問介護ステーションつばさ

区分	チェック項目	チェック欄
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
	事業所の平均利用者数は何人か	36人
	事業所の営業日は	年中無休
	事業所のサービス提供時間は何時間か	24時間
人員	資格要件を持つ介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※2.5以上となっているか） （介護福祉士、旧介護職員基礎研修修了者、旧ヘルパー1級、実務者研修修了者、旧ヘルパー2級、介護職員初任者研修課程修了者）	されている
	・訪問型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の週平均の合計数・・・①	169時間
	・事業所の常勤職員の週平均の勤務時間数・・・②	40時間
	サービス提供責任者がその資格要件を満たす者であるか（介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者） ①介護福祉士 ②平成25年4月改正前の介護職員基礎研修修了者または訪問介護員1級過程修了者 ③3年以上介護の業務に従事した介護職員初任者研修修了者、をいう）	介護福祉士
管理者	サービス提供責任者が必要数確保されているか（※（利用者数/40）以上となっているか）	2
	常勤の管理者を配置しているか	配置している
	※管理上支障がない場合は、当該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 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、訪問介護の提供に必要な設備及び備品等を備えているか	同一敷地内の他の事業所の職務を兼務 備えている
施設・設備	※利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースが確保されているか	確保されている
	※他の事業に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室でも差し支えない、また、明確に区分がされなくても業務に支障がないときは、区画が特定されれば足りるものとする	区分されている
運営	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
	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ている体制は整えられているか	整えられている
	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
	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しないか	該当しない（誓約書）

富津市指令第 721 号

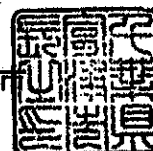
申請者の名称 社会福祉法人志真会
代表者氏名 理事長 天笠 寛

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定通知書

令和 6 年 9 月 30 日付けで申請のあった事業所については、下記のとおり指定します。

令和 6 年 10 月 24 日

富津市長 高 橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|-----------------------------|
| 1 | 申請者の名称 | 社会福祉法人志真会 |
| 2 | 代表者氏名 | 理事長 天笠 寛 |
| 3 | 事業所の名称 | 訪問介護ステーションつばさ |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県君津市郡 2-7-10 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273001055 |
| 6 | 指定年月日 | 令和 6 年 11 月 1 日 |
| 7 | サービスの種類 | 訪問型サービス
(介護予防訪問介護相当サービス) |