

報告第4号補足説明資料1

【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更新

【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う指定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、指定更新を決定した旨の報告をするものです。

【指定の更新を行った事業所等】

4事業所（内訳）訪問型サービス 3事業所 ・ 通所型サービス 1事業所
指定更新を行った事業者等の一覧は、資料の58ページのとおりです。

【資料の説明】

資料の59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、「○」が指定基準に適合していること表しており、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もとを、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。

※通所型サービスとは

通所型サービスとは、介護保険によるサービスを利用しようとする対象者が、自らが普段生活している場所とは違うところを訪れ、何らかのサービスを受ける形態のことの総称です。

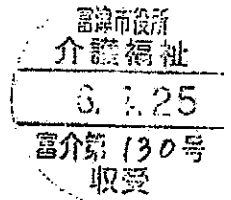
総合事業の通所型サービスは、介護予防を目的とし、デイサービスセンター等の施設で、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の支援や機能訓練、レクリエーション等を日帰りで利用できるサービスです。

報告第4号補足説明資料2

指定介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定更新一覧

事業者	事業所	事業所の所在地	事業等の種類	指定有効期間満了日	更新後の指定有効期間	資料のページ
1 株式会社ほがらか	ほがらかホームヘルプサービス	千葉県鴨川市池田98番地	訪問型サービス	令和6年5月31日	令和6年6月1日～令和12年5月31日	59
2 合資会社シェーネ・ベルグ	シェーネ・ベルグケアステーション	千葉県君津市南子安1164-1	訪問型サービス	令和6年6月30日	令和6年7月1日～令和12年6月30日	63
3 株式会社ヤックスケアサービス	ヤックスヘルパーステーション 君津	千葉県君津市人見2-20-3	訪問型サービス	令和6年6月30日	令和6年7月1日～令和12年6月30日	67
4 DSセルリア株式会社	トータルリハセンター・ライフ イオンタウン君津	千葉県君津市中野5-17-1 イオンタウン C-1	通所型サービス	令和6年6月30日	令和6年7月1日～令和12年6月30日	71

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 4月22日

富津市長

様

名 称 株式会社 ほがらか

申請者

代表者職・氏名 代表取締役 田代ひろ子

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	カブシキガイシャ ホガラカ				
	名 称	株式会社 ほがらか				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 296-0024) 千葉県 鴨川市 池田98 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	04 (7094) 5300	FAX 番号	04 (7092) 3846	
	法人の種別	株式会社	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 タシロ ヒロコ 氏 名 田代 ひろ子	生年月日 [REDACTED]	
	代表者の住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]				
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 296-0024) 千葉県 鴨川市 池田98				
	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
	第1号事業	訪問型サービス（予防訪問介護相当）	○	R. 6. 06. 01	H. 30. 6. 1	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 2 8 0 0 5 5 6		(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		鴨川市				
医療機関コード等		3 9 9 0 0 5 8				

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	ホガラカホームヘルプサービス		
	名 称	ほがらかホームヘルプサービス		
	所在地	(郵便番号 296 -0024) 千葉県鴨川市池田98		
	連絡先	電話番号 04(7094)5300	FAX 番号	04(7092)3846
	Email	hogaraka@wind.ocn.ne.jp		
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	
		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		訪問介護員等		
		専 従	兼 務	
常 勤(人)		3		
非常勤(人)		7		
常勤換算後の人数(人)		4.5		
利用者の推定数(人)		1		
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。

指定訪問型サービスの人員等に関する基準チェック表

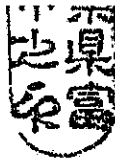
1/1

事業所名称：ほがらかホームヘルプサービス

基本情報

1 事業所の常勤職員の勤務形態：	変形労働時間制
・事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数：	8 時間
・事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数：	40 時間
2 事業所の事業単位：	1 単位
3 事業所の平均利用者数：	1 人
4 事業所の営業日：	月曜日～金曜日 (12/29～1/3を除く)
5 事業所のサービス提供時間：	8.75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課程修了者、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）	確保されている （常勤3名＋非常勤7名の 常勤換算1.5）
	・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	183 時間
	・事業所の常勤職員の週平均の勤務時間数・・・②	40 時間
管理者	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介護福祉士または実務者研修研修修了者 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 をいう	満たしている
	サービス提供責任者が必要数確保されているか（※1以上となっているか）	確保されている
	常勤の管理者を配置しているか	配置している
施設・設備	※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	—
	※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	備えている
	※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、明確に区分がされていないにもかかわらず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	確保されている 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）



第2号様式（第10条関係）

富津市指令第234号

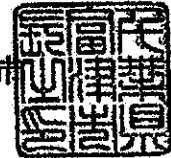
申請者の名称 株式会社ほがらか
代表者氏名 代表取締役 田代ひろ子

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年4月25日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年5月29日

富津市長 高橋 恭 市



記

- | | | |
|---|-----------|----------------|
| 1 | 申請者の名称 | 株式会社ほがらか |
| 2 | 代表者氏名 | 代表取締役 田代ひろ子 |
| 3 | 事業所の名称 | ほがらかホームヘルプサービス |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県鴨川市池田98番地 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1272800556 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年6月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 訪問型サービス（独自） |

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6月19日

富津市長

様

申請者 名称 合資会社シェーネ・ベルグ
代表者職・氏名 無限責任社員 高山 千



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	シェーネ・ベルグ			
	名称	ケアステーション			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) 県 郡市 〒239-1161 千葉県君津市南子安1164番1号 (ビルの名称等) サービス付き高齢者向け住宅 マインハウゼ君津			
	連絡先	TEL0439(52)7473 FAX(52)7482	FAX番号 TEL0439(52)7473 FAX(52)7482		
	法人の種別	合資会社	法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 無限責任社員 高山 千	生年月日		
	代表者の住所	(郵便番号) 県 郡市			
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) 県 郡市 〒239-1161 千葉県君津市南子安1164番1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	既に指定を受けている事業の指定年月日	
	第1号事業	訪問型サービス(予防訪問介護相当)	○		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	1273000305 (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					

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	シェーネ・ベルグケアステーション			
	名 称	シェーネ・ベルグケアステーション			
	所在地	(郵便番号 299-1162) 千葉県 君津市南子安1164番1号			
	連絡先	電話番号	0439-52-7473	FAX 番号	52-7482
		Email	berg333berg@gmail.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	
				兼務する職種及び勤務時間等	
○人員に関する記載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)		1
			非常勤(人)		3
常勤換算後の人数(人)			2.5		
利用者の推定数(人)			4.5		
サービス提供責任者	フリガナ		住所		
	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。

指定訪問型サービスの人員等に関する基準チェック表

1/1

事業所名称：シェーネ・ベルグケアステーション

基本情報

1 事業所の常勤職員の勤務形態：	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：	8 時間
・事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数：	40 時間
2 事業所の事業単位：	1 単位
3 事業所の平均利用者数：	4.5 人
4 事業所の営業日：	月曜日～金曜日 (12/28～1/4を除く)
5 事業所のサービス提供時間：	9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課程修了者、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）	確保されている
	・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	140 時間
	・事業所の常勤職員の週平均の勤務時間数・・・②	40 時間
管 理 者	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介護福祉士または実務者研修研修修了者 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 をいう	満たしている
	サービス提供責任者が必要数確保されているか（※1以上となっているか）	確保されている
	常勤の管理者を配置しているか	配置している
施 設 ・ 設 備	※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	備えている
	※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、明確に区分がされてい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く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第2項の規定に該当しないか	該当しない（誓約書）



第2号様式（第10条関係）

富津市指令第341号

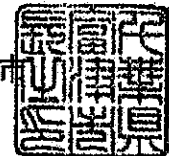
申請者の名称 合資会社シェーネ・ベルグ
代表者氏名 無限責任社員 高山千春

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年6月19日付けで指定更新申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年6月25日

富津市長 高橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|------------------|
| 1 | 申請者の名称 | 合資会社シェーネ・ベルグ |
| 2 | 代表者氏名 | 無限責任社員 高山千春 |
| 3 | 事業所の名称 | シェーネ・ベルグケアステーション |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県君津市南子安1164番1号 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273000305 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年7月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 訪問型サービス（独自） |

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 5 月 3 日

富津市長

様

名 称 株式会社ヤックスケアサービス

申請者

代表者職・氏名 代表取締役 末 祐一郎

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	カブシキガイシャヤックスケアサービス											
	名 称	株式会社ヤックスケアサービス											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 260-0025) 千葉県千葉市中央区間屋町 1-35											
		(ビルの名称等)											
	連絡先	電話番号	043-248-0810	FAX 番号	043-248-0811								
	法人の種別	営利法人		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 スエ ユウイチロウ 氏 名 末 祐一郎	生年月日 [REDACTED]								
代表者の住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]												
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 299-1147) 千葉県君津市人見 2-20-3											
	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）	○		令和6年6月30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	4	9	3	(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		君津市・木更津市・鴨川市											
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	ヤックスヘルパーステーションキミツ		
	名称	ヤックスヘルパーステーション君津		
	所在地	(郵便番号299-1147) 千葉県君津市人見2-20-3		
	連絡先	電話番号 0439-27-0703	FAX 番号	0439-27-0702
	Email	hkimitsu@care-vacs.co.jp		
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		
	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	
◎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)		1	1	
非常勤(人)		3		
常勤換算後の人数(人)		2.7		
利用者の推定数(人)		26		
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。

指定訪問型サービスの人員等に関する基準チェック表

1/1

事業所名称：ヤックスヘルパーステーション君津

基本情報

1 事業所の常勤職員の勤務形態：	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：	8 時間
・事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数：	40 時間
2 事業所の事業単位：	1 単位
3 事業所の平均利用者数：	26 人
4 事業所の営業日：	月曜日～金曜日 (12/29～1/3を除く)
5 事業所のサービス提供時間：	8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課程修了者、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)	確保されている (常勤2名＋非常勤3名の 常勤換算0.81)
	・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	112.5
	・事業所の常勤職員の週平均の勤務時間数・・・②	40 時間
管 理 者	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介護福祉士または実務者研修研修修了者 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 をいう)	満たしている
	サービス提供責任者が必要数確保されているか（※1以上となっているか）	確保されている
	常勤の管理者を配置しているか	配置している
施 設 ・ 設 備	※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	—
	※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	備えている
	※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、明確に区分がされていないにもかかわらず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	確保されている 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）



第2号様式（第10条関係）

富津市指令第264号

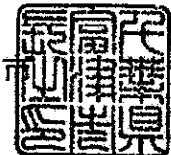
申請者の名称 株式会社ヤックスケアサービス
代表者氏名 代表取締役 末 祐一郎

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年5月24日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年6月6日

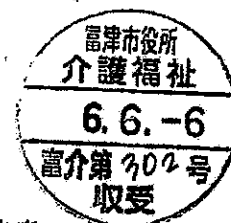
富津市長 高 橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|------------------|
| 1 | 申請者の名称 | 株式会社ヤックスケアサービス |
| 2 | 代表者氏名 | 代表取締役 末 祐一郎 |
| 3 | 事業所の名称 | ヤックスヘルパーステーション君津 |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県君津市人見 2-20-3 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273001493 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年7月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 訪問型サービス（独自） |

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 6 月 3 日

富津市長

様

名 称 DSセルリア株式会社

申請者

代表者職・氏名 代表取締役 北村 直也

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	ディーエスセルリアカブシキガイシャ				
	名 称	DSセルリア株式会社				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 262-8501) 千葉県 千葉市 美浜区中瀬一丁目3番地 (ビルの名称等) 幕張テクノガーデンD棟 17 階				
	連絡先	電話番号	043-273-5024	FAX 番号	043-213-6491	
	法人の種類	株式会社	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 キタムラ ナオヤ 氏 名 北村 直也	生年月日 [REDACTED]	
	代表者の住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]				
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 299-1151) 千葉県 君津市 中野5-17-1 イオンタウン君津内C-1				
	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）				付表1
		通所型サービス（予防通所介護相当）	○	R6.7.1	H30.7.1	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 9 3 0 0 0 1 7 8		(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		君津市、木更津市				
医療機関コード等						

付表2 第1号通所事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	トータルリハセンター ライフ イオンタウンキミツ			
	名 称	トータルリハセンター・ライフ イオンタウン君津			
	所在地	(郵便番号 299-1151) 千葉県君津市中野5-17-1 イオンタウン君津内C-1			
	連絡先	電話番号	0439-50-3551	FAX番号	0439-50-3552
		Email	megumi.iwai@seirea.co.jp		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号)	
	氏 名				
	生年月日				
		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)			
		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			
		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)		1		2	
非常勤(人)		2	4	6	6
○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			122.21 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単位 9:00～12:10 2単位13:30～16:40 3単位 9:00～12:10 4単位 13:30～16:40)				
利用定員	24人(単位ごとの定員① 24人 ② 24人 ③10人 ④10人)※①、②は月～金 ③、④は土				
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 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。

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表

事業所名称：トータルリハセンター・ライフ イオンタウン君津

基本情報

1. 事業所の常勤職員の勤務形態
：変形労働時間制
2. 事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数
：8時間
3. 事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数
：40時間
4. 事業所の事業単位
：4単位
5. 事業所の利用定員
：24人
6. 事業所の営業日
：月曜日から土曜日、祝日（日曜日が祝日の場合は休業とする）
7. 事業所のサービス提供時間
：6.3時間

人員に関する基準	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）	確保している
	・通所型サービスの提供日ごとに、当該サービス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	6.3時間
	・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	6.3時間
	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は、介護支援専門員、介護福祉士をいう	三科目主事・介護福祉士
	【利用定員が10人を超える場合の看護職員及び介護職員】	
	看護職員（看護師又は准看護師）が必要数確保されているか（①もしくは②に適用しているか）	①に適用している
	・専ら当該通所型サービスの提供に当たる看護職員が1以上確保されるため必要と認められる数・・・①	
	・病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が指定第1号通所事業所の営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、提供時間帯を通じて綿密かつ適切な連携を図っている。・・・②	
	介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※（1+（利用者の数-15）/5）以上となっているか）2.0以上	確保している（2.6）
	・通所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合計数・・・①	16.55時間
	・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	6.3
	機能訓練指導員を1以上確保している	確保している
単位ごとに、介護職員を常時1人以上当該通所介護に従事させているか	従事している	
生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤の職員であるか	常勤の職員である	

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表

2/2

基本情報			
管理者	常勤の管理者を配置しているか		○
	※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		
施設・設備	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		○
	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		○
	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		○
	・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（3㎡×24＝72㎡）		○
	相談室は、遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されているか		○
	設備は、専ら当該通所型サービスの事業の用に供されるものであるか		○
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）		○
	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		○
	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員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		○
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか		○
	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、必要な措置を講じているか		○
	当該指定第1号通所事業所において、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ずるよう努めているか		○
	食事の提供がある場合、食費は妥当なものか		○
	介護保険法第115条の45第2項各号の規定に該当しないか		○

該当しない（誓約書）



第2号様式（第10条関係）

富津市指令第340号

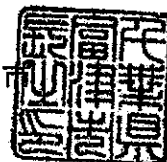
申請者の名称 DSセルリア株式会社
代表者氏名 代表取締役 北村 直也

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年6月3日付けで指定更新申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年6月26日

富津市長 高 橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|----------------------------------|
| 1 | 申請者の名称 | DSセルリア株式会社 |
| 2 | 代表者氏名 | 代表取締役 北村 直也 |
| 3 | 事業所の名称 | トータルリハセンター・ライフ
イオンタウン君津 |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県君津市中野 5-17-1
イオンタウン君津内 C-1 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1293000178 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年7月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 通所型サービス（独自） |