

## 小金井市介護保険運営協議会

(令和5年度第2回地域密着型サービスの運営に関する専門委員会) 次第

日時) 令和6年2月19日(月)午後2時～  
場所) 小金井市役所第西庁舎2階第5会議室

### 1 開 会

### 2 議 題

- (1) 総合事業に係る事業所の指定について(報告)
- (2) 市外地域密着型サービス事業所の指定について(報告)
- (3) 市内地域密着型サービス事業所の指定について(報告・協議)

### 3 その他

### 4 閉 会

#### 【資 料】

(事前送付分)

資料1-1 訪問型サービス指定状況

資料1-2 通所型サービス指定状況

資料2 市外地域密着型サービス事業所の指定について

資料3 市内地域密着型サービス事業所の指定について

## 訪問型サービス指定状況【令和6年2月1日現在】

圏域	番号	事業所番号	法人名	事業所名	事業所庁	事業所所在地	電話番号	市基準	現行相当
ひがし	1	1374100426	特定非営利活動法人小金井かいわい	パーソナルケアサービス小金井かいわい	184-0011	小金井市東町4-37-23	042-388-8282	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	2	1374100574	有限会社グループ・マーナル	ケアサービスステーション春風	184-0011	小金井市東町4-43-7 小金井東ビル303	042-387-7822	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	3	1374102018	一般社団法人LinkSolution	リンクヘルパーステーション	184-0011	小金井市東町5-27-7	042-316-5098	○ (R4.5.1~)	○ (R4.5.1~)
	4	1374100244	社会福祉法人東京聖労院	中町ヘルパーステーション	184-0012	小金井市中町2-15-25	042-386-6515	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	5	1374100913	株式会社ここにこ	ここにこサービス	184-0012	小金井市中町3-8-4	042-382-3225	○ (H29.2.1~)	○ (H28.4.1~)
	6	13A4100098	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア 小金井 訪問介護	184-0004	小金井市本町1-5-1 アル武蔵小金井ビル1階	042-386-6636		○ (H28.4.1~)
きた	7	1374100111	社会福祉法人聖ヨハネ会	桜町ホームヘルプステーション	184-8511	小金井市桜町1-9-5 桜町高齢者在宅サービスセンター内2階	042-381-0006	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	8	1374101309	ALSOK介護株式会社	かたくり小金井	184-0005	小金井市桜町3-5-2	042-386-8670	○ (H28.12.1~)	○ (H28.4.1~)
にし	9	1374100178	特定非営利活動法人アビリティクラブたすけあい小金井たすけあいワーカーズほっとわあく	NPOほっとわあく	184-0004	小金井市本町4-1-1-103 小金井ハイツ	042-388-2258	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	10	13A4100031	東京海上日動ベターライフサービス株式会社	東京海上日動みずたま介護ST小金井	184-0004	小金井市本町5-7-25 SORAIR O102	042-386-8722		○ (H28.10.1~)
	11	1374100434	特定非営利活動法人エヌビーオー専	ヘルパーステーションうてな	184-0004	小金井市本町5-37-8	042-380-9930	○ (H28.12.1~)	○ (H28.4.1~)
	12	1374100335	株式会社温心	介護サービスステーション・ONS YN	184-0004	小金井市本町5-41-7-207	042-380-9904	○ (H30.4.1~)	○ (H28.4.1~)
みなみ	13	1374100905	株式会社オアシス	ケアセンターふれあい	184-0004	小金井市本町6-13-17 タカギビル8 302号	042-380-8131	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	14	1373601663	株式会社希望	ケアセンターきぼう	184-0015	小金井市貫井北町2-4-18 セフィール貫井102号	042-316-4023	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	15	1374100459	特定非営利活動法人ケアサポート湧	ケアサポート 湧	184-0013	小金井市前原町3-36-16	042-386-6355	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	16	13A4100163	有限会社かぐや	かぐや生活サポート	184-0013	小金井市前原町3-36-16 小金井グリーンハイツ203号室	042-309-3777	○ (R5.10.1~)	
	17	1374100830	NPO法人Passo a Passo	NPO法人Passo a passo	184-0013	小金井市前原町3-41-28	042-385-7401	○ (H28.11.1~)	○ (H28.4.1~)
	18	1374100145	一般財団法人天誠会	あんずホームヘルプサービス小金井	184-0013	小金井市前原町5-3-24	042-388-7532	○ (H28.11.1~)	○ (H28.4.1~)
	19	1373801115	特定非営利活動法人エンゼルの会	在宅介護サービスエンゼルの会	184-0014	小金井市貫井南町1-5-23	042-384-4713	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
武蔵野市	20	1373602174	ALSOK介護株式会社	かたくり武蔵野	180-0023	武蔵野市境南町3-17-17	0422-30-8821	○ (H28.12.1~)	○ (H28.4.1~)
	21	1373302155	株式会社アスモ介護サービス	アスモ介護サービス武蔵野	180-0012	武蔵野市緑町1-5-18	0422-60-2500		○ (H28.4.1~)
三鷹市	22	1373603024	株式会社ベネッセスタイルケア	グランダ三鷹ケアステーション	181-0012	三鷹市上連雀3-7-18	0422-29-9017		○ (R2.10.1~)
	23	1373601622	アースサポート株式会社	アースサポート三鷹上連雀	181-0012	三鷹市上連雀9-24-25	0422-72-8215	○ (R4.6.1~)	○ (R4.6.1~)
調布市	24	1374203485	株式会社第一ケアシステム	訪問介護事業所ファーストケア調布	182-0026	調布市小島町1-11-6 エンケ104	042-449-1148		○ (R2.10.1~)
国分寺市	25	1373101516	株式会社 ベネッセスタイルケア	グランダ国分寺ケアステーション	185-0011	国分寺市本多3-1-18	042-300-1630		○ (H28.4.1~)
	26	1373101227	株式会社ケア21	ケア21国分寺	185-0012	国分寺市本町4-7-5 Lシェイプ2階	042-300-0321	○ (H29.6.1~)	○ (H28.4.1~)
	27	1373100237	三多摩医療生活協同組合	三多摩医療生協・生協ヘルパーステーション	185-0012	国分寺市本町4-12-14	042-325-7589	○ (H30.4.1~)	○ (H28.4.1~)
	28	13A3100040	株式会社羽をのぼす	訪問介護 ことり	185-0022	国分寺市東元町2-18-16 吉野ビル1号館101号室	042-316-8547	○ (H28.10.1~)	○ (H28.10.1~)
	29	13A3100131	特定非営利活動法人ワーカーズ風ぐるま	訪問介護事業所風ぐるま	185-0024	国分寺市泉町3-33-2 西晴ビル203	042-300-3663	○ (H31.1.1~)	○ (H31.1.1~)
小平市	30	1374303665	株式会社やすらぎ邸	訪問介護のんな 花小金井	187-0002	小平市花小金井4-20-1 グラントール武蔵野2階	042-452-6795		○ (R5.1.1~)
	31	1374303764	ALSOK介護株式会社	アミカ小平あじさい公園介護センター	187-0042	小平市仲町293-5	042-348-7201		○ (R5.12.1~)
杉並区	32	1371505262	株式会社ピースステップ	ピースステップ井草	167-0021	杉並区井草5-10-22	03-5311-0791	○ (R3.7.1~)	○ (R3.7.1~)
神奈川県川崎市	33	1475302707	株式会社日本アメニティライフ協会	クローバー訪問介護かわさき	213-0031	神奈川県川崎市高津区宇奈根635-2	044-850-8487		○ (R5.8.1~)
長野県飯田市	34	2070500232	社会福祉法人ほけっと	社会福祉法人ほけっと	395-0075	長野県飯田市白山通り1-310-1	0265-21-6212	○ (H30.4.1~)	○ (H28.4.1~)



## 通所型サービス指定状況【令和6年2月1日現在】

圏域	番号	事業所番号	法人名	事業所名	事業所下	事業所所在地	電話番号	市基準	市基準サービス提供形態	現行相当
ひがし	1	1374100947	株式会社はっぴーライフ	はっぴーライフ新小金井	184-0011	小金井市東町4-10-16 小金井ビル	042-386-6881	○ (H29.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	2	1374101085	合同会社セルフクワイエット	デイステーション涼風	184-0012	小金井市中町1-7-34	042-316-4543	○ (H28.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	3	1374100228	社会福祉法人東京聖労院	中町高齢者在宅サービスセンター	184-0012	小金井市中町2-15-25	042-386-6513	○ (H28.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	4	13A4100114	株式会社ビーナス	ビーナスプラス小金井	184-0012	小金井市中町2-17-18 ステラコート武蔵小金井102号室	042-316-5056		現行のみ	○ (R2.8.1~)
	5	13A4100023	株式会社我喜大笑	デイサービス薬染武蔵小金井	184-0012	小金井市中町3-16-9 クレアホームズ武蔵小金井1F	042-316-5441	○ (H29.3.1~)	一体型	○ (H28.10.1~)
	6	1374101093	北多摩中央医療生活協同組合	デイサービスこがねい	184-0004	小金井市本町1-15-9	042-382-5519	○ (H29.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
きた	7	1394100182	株式会社ナチュラルスタンス	おとなりさん。ひこばえ	184-0002	小金井市梶野町1-7-34 グレース東小金井1階	0422-38-5708	○ (H30.12.1~)	一体型	○ (H30.12.1~)
	8	13A4100015	株式会社ヤマウチ	ジョイリハ小金井	184-0002	小金井市梶野町2-1-2	0422-38-5781	○ (H28.10.1~)	単独型	○ (H28.10.1~)
	9	1374101275	パナソニックエイジフリー株式会社	パナソニック エイジフリーケアセンター東小金井・デイサービス	184-0002	小金井市梶野町5-3-28	042-382-3351	○ (H29.5.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	10	13A4100080	医療法人社団功優会	医療法人社団功優会 通所介護 デイサロナルゴ	184-0001	小金井市関野町1-6-4 メイプルハウス101号室	042-385-4976	○ (H29.9.1~)	一体型	○ (H29.9.1~)
	11	13A4100130	株式会社日本アメニティライフ協会	デイサービスセンター福寿こがねい緑町	184-0003	小金井市緑町5-13-25	042-386-6031	○ (R3.2.1~)	一体型	○ (R3.2.1~)
	12	1374100152	社会福祉法人聖ヨハネ会	桜町高齢者在宅サービスセンター	184-0005	小金井市桜町1-9-5	042-381-0006	○ (H28.10.1~)	単独型	○ (H30.4.1~)
13	1374100194	社会福祉法人聖ヨハネ会	小金井市立本町高齢者在宅サービスセンター	184-0004	小金井市本町2-10-13	042-388-8011		現行のみ	○ (H30.4.1~)	
にし	14	1374100848	株式会社温心	温心デイルーム	184-0004	小金井市本町5-41-7	042-380-9904	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	15	1374101044	株式会社サンプラス	デイサービスふく福	184-0015	小金井市貫井北町1-6-16	042-300-4501	○ (H29.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	16	13A4100122	株式会社彩の会	デイサロニ彩の会	184-0015	小金井市貫井北町2-4-4	042-384-9668	○ (R2.10.1~)	市基準のみ	
	17	13A4100148	KM合同会社	KMリハビリセンター貫井	184-0015	小金井市貫井北町3-18-13 加藤ビル101	042-312-4470	○ (R3.2.1~)	単独型	○ (R3.2.1~)
	18	1374100707	有限会社エイジレスライフ	エイジレス介護センター	184-0015	小金井市貫井北町3-30-9	042-380-8066		現行のみ	○ (R5.3.1~)
みなみ	19	1374101499	医療法人社団大日会	医療法人社団大日会 通所介護事業所 藤なつりハビリデイサービス	184-0004	小金井市本町6-7-6	042-316-4351	○ (H28.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	20	13A4100072	株式会社佐藤商會	GENKINEXT小金井前原町	184-0013	小金井市前原町3-1-14 1F	042-316-3011	○ (H28.12.1~)	一体型	○ (H28.10.1~)
	21	13A4100155	有限会社かぐや	かぐやデイサービス	184-0013	小金井市前原町3-36-16 小金井グリーンハイツ203号室	042-309-3777	○ (R5.10.1~)	市基準のみ	
	22	1374101119	グローリーケア株式会社	リハビリ・トレーニングセンター東京	184-0013	小金井市前原町5-2-47 ファインコート益田1階	042-386-2266	○ (H29.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	23	13A4100106	株式会社エムズ	コンパスウォーク小金井	184-0014	小金井市貫井南町1-5-1	042-316-7110	○ (R1.5.1~)	一体型	○ (R1.5.1~)
	24	1374101283	特定非営利活動法人泰山木	泰山木デイホーム	184-0014	小金井市貫井南町4-11-11 グランパレイ103	0423-80-8224	○ (H29.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
武蔵野市	25	1373301587	株式会社はっぴーライフ	はっぴーライフ吉祥寺	180-0002	武蔵野市吉祥寺東町1-17-1 8 三角ビルB1階	0422-28-5061	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	26	1393300189	株式会社アール・エヌ・シー	Workshop RNC	180-0013	武蔵野市西久保2-6-1	0422-38-5839	○ (R4.5.1~)	一体型	○ (R4.5.1~)
	27	13A3300103	エッチ・シー・エムサービス株式会社	レッツ倶楽部三鷹	180-0014	武蔵野市関前2-9-3 マンションカンギン1F	0422-50-9033	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	28	1373301868	株式会社HAL	デイサービスどっこいしょ	180-0021	武蔵野市桜堤1-7-3	0422-56-8660	○ (H29.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	29	1373301900	社会福祉法人徳心会	デイサービスセンターさくらえん	180-0021	武蔵野市桜堤2-8-31	0422-51-5597	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	30	13A3300012	株式会社やまねメディカル	かがやきデイサービス武蔵境	180-0022	武蔵野市境1-8-4	0422-60-3911	○ (R2.1.1~)	一体型	○ (R1.5.1~)
	31	1373301850	株式会社きしめディカルサービス	デイサービスセンター もも寿武蔵境	180-0023	武蔵野市境南町2-7-19 境南スカイビル1階	0422-30-9558	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	32	1373302213	株式会社ジェイアール東日本スポーツ	ジェクスー・プラチナジム武蔵境	180-0023	武蔵野市境南町4-4-13	0422-26-1721	○ (H29.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
三鷹市	33	1373602349	有限会社仲景	文久堂整骨院ケアブレイス	181-0012	三鷹市上連雀9-43-8	0422-72-0610		現行のみ	○ (H30.4.1~)
	34	13A3600205	有限会社東京ヘルスケア機能訓練センター	東京ヘルスケア機能訓練センター井口	181-0011	三鷹市井口2-13-37	0422-33-2625	○ (R1.7.1~)	一体型	○ (R1.7.1~)
国分寺市	35	1393100217	株式会社エムズ	コンパスウォーク国分寺	185-0035	国分寺市西町5-14-38	042-571-8808	○ (R1.10.1~)	一体型	○ (R1.10.1~)

通所型サービス指定状況【令和6年2月1日現在】

圏域	番号	事業所番号	法人名	事業所名	事業所庁	事業所所在地	電話番号	市基準	市基準サービス提供形態	現行相当
小平市	36	1374301388	有限会社田中カインドリーサービス	生活リハビリデイサービスガーデンハウスいちよう	187-0013	小平市回田町349-5	042-322-6706	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	37	1374303558	合同会社おりがみカンパニー	リハプライド 小平上水南	187-0021	小平市上水南町2-15-7-1 エバーグレース543 101号室	042-313-9080		現行のみ	○ (R4.4.1~)
	38	1374302451	株式会社やまねメディカル	かがやきデイサービス小平上水	187-0021	小平市上水南町2-23-1	03-5201-3995		現行のみ	○ (H30.4.1~)
	39	13A4300037	株式会社永興	デイサービス にじゅうまる武番館	187-0021	小平市上水南町3-4-26	042-313-8732		現行のみ	○ (H29.1.1~)
	40	1374300455	社会福祉法人まりも会	まりも園 デイサービスセンター	187-0021	小平市上水南町4-7-45	042-321-9776	○ (R1.8.1~)	一体型	○ (R1.8.1~)
	41	1374302311	株式会社エスケアメイド	エスケアステーション小平 デイサービス	187-0042	小平市仲町323-4	042-349-1530		現行のみ	○ (H30.4.1~)
	42	13A4300375	株式会社やまねメディカル	かがやきデイサービス小平鈴木	187-0011	小平市鈴木町2-160-2	042-452-6007		現行のみ	○ (R4.5.1~)
	43	1374302204	株式会社ケア・ポストマン2	ケア・ポストマン	187-0011	小平市鈴木町2-186-8 エー1Place	042-497-6536		現行のみ	○ (R1.5.1~)
	44	1374302733	ベストケア株式会社	ベストケア・デイサービスセンター 小金井公園	187-0011	小平市鈴木町2-865-19 パークサイドハイツ1階	042-388-7331	○ (R1.11.1~)	一体型	○ (R1.11.1~)
	45	13A4300367	株式会社やまねメディカル	かがやきデイサービス花小金井	187-0002	小平市花小金井5-35-4	042-439-5781	○ (R3.5.1~)	一体型	○ (R3.5.1~)
西東京市	46	13A5400141	株式会社りらいふ	フィットネスデイりらいふ	188-0013	西東京市向台町4-13-27	042-452-7582	○ (R2.5.1~)	一体型	○ (R2.5.1~)
府中市	47	13A3800177	有限会社エクイット	ジョーパラボしんまち	183-0052	府中市新町1-28-1	042-202-5760		現行のみ	○ (R5.1.1~)
日の出町	48	1392400071	有限会社橋本商事	リハビリデイサービス フォレストやとざわ	190-0182	西多摩郡日の出町大字平井299 5-10	042-519-9167		現行のみ	○ (R5.4.17~)

★通所型市基準サービスの提供形態について

- ・**単独型**: 要支援・要介護の中でも常時身体介護等を要する方向けのサービスとは**サービス提供時間帯や部屋を明確に分け**、比較的軽度な方専用の自立支援プログラムを提供する方法
- ・**一体型**: 要支援・要介護の中でも常時身体介護等を要する方向けのサービスと**同一時間帯・部屋において**、比較的軽度な方専用の自立支援プログラムを提供する方法

令和 6 年 2 月 1 日現在

## 市外地域密着型サービス事業所の指定について

### 【指定更新】

(地域密着型通所介護)

デイサービスふく福 国分寺 (国分寺市) . . . . . 1

デイサービス どっこいしょ (武蔵野市) . . . . . 3

おとなりさん。小金井公園 (西東京市) . . . . . 5

(夜間対応型訪問介護)

J N C C 夜間介護 (国分寺市) . . . . . 7

### 【新規指定】

(地域密着型通所介護)

デイサービス本舗 狛江 (狛江市) . . . . . 9

歩くりハビリやすらぎ邸 (西東京市) . . . . . 11

第5号様式

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  
指定介護予防支援事業所

指定更新申請書



2023年 5月 19日

小金井 市(町・村)長 殿 所在地 東京都国分寺市本多5-13-14  
申請者 名称 株式会社サンプラス  
代表者職名・氏名 代表取締役社長・尾嶋 遵

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	カブシキガイシャサンプラス		
	名称	株式会社サンプラス		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 185 - 0011 ) 東京 (都)道 国分寺 (市)区 本多5-13-14、 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 042-312-2529 (内線)	FAX番号 042-312-2549	
代表者の職名・氏名・生年月日	Email	info@dayfuku.com		
	職名	代表取締役社長	フリガナ オジマ ジュン 氏名 尾嶋 遵	生年月日
代表者の住所	[Redacted]			
事業所	事業等の種類	地域密着型通所介護、	介護保険事業所番号	1 3 7 3 1 0 1 2 1 9
	指定有効期間満了日	2023年6月30日、		
	フリガナ	デイサービスフクフクコクブンジ		
	名称	デイサービスふく福国分寺		
所在地	(郵便番号 185 - 0014 ) 東京 (都)道 国分寺 (市)区 東恋ヶ窪3-16-61-101、 府 県 町 村			
	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	[Redacted]			
名称	[Redacted]			
主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村			
管理者	フリガナ	カナイ タケシ		生年月日
	氏名	金井 烈		[Redacted]
住所	[Redacted]			

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。  
2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。  
3 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

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9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービスフクフクコクブンジ							
	名称	デイサービスふく福岡分寺							
	所在地	(郵便番号 185 - 0014 ) 東京 都道府県 国分寺 市区町村 東恋ヶ窪3-16-61-101							
	連絡先	電話番号	042-316-8432 (内線)				FAX番号	042-316-8433	
管理者	フリガナ	カナイ タケシ		住所					
	氏名	金井 烈							
	生年月日	[REDACTED]							
	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)	生活相談員、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	プライムふく福			事業所番号	1373101466			
	兼務する職種及び勤務時間等	生活相談員 不定期土曜日、8:30-17:30							
共生型サービスの該当有無				<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
○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				68.63 m <sup>2</sup>		利用定員(同時利用)		15 人	
サービス提供単位1	○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	
		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	1	2	1	6	1	1	
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			○	○	○	○	○		○
	その他(年末年始休日等)		年末年始						
	営業時間		8 : 30 ~ 17 : 30						
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:							
	土曜日	:							
	日曜日・祝日	:							
サービス提供時間		9 : 30 ~ 16 : 40							
利用定員		15 人							
サービス提供単位2	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:						
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:							
	土曜日	:							
	日曜日・祝日	:							
サービス提供時間		:							
利用定員		人							
サービス提供単位3	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:						
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:							
	土曜日	:							
	日曜日・祝日	:							
サービス提供時間		:							
利用定員		人							
添付書類	別添のとおり								

第5号様式

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  
指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

令和5年 9月 27日

小金井 市(町・村)長 殿 所在地 東京都武蔵野市桜堤1-7-3

申請者 名称 株式会社HAL

代表者職名・氏名 代表取締役・榎本隆平



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 ハル、 ✓ 株式会社 HAL、 ✓		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 180 - 0021)、 ✓ 東京 (郵)道 武蔵野 (市)区 桜堤1-7-3、 ✓ 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 0422-56-8660、 (内線) ✓	FAX番号 0422-56-8660、 ✓	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 代表取締役、 ✓	フリガナ エノモトリユウヘイ 氏名 榎本隆平、 ✓	生年月日 [Redacted]
代表者の住所	[Redacted]			
事業所	事業等の種類	地域密着型通所介護、 ✓	介護保険事業所番号	1 3 7 3 3 0 1 8 6 8 ✓
	指定有効期間満了日	2023年9月30日、 ✓		
	フリガナ 名称	デイサービス ドッコイショ、 ✓ デイサービス どっこいしょ、 ✓		
	所在地	(郵便番号 180 - 0021)、 ✓ 東京 (郵)道 武蔵野 (市)区 桜堤1-7-3、 ✓ 府 県 町 村		
	フリガナ 名称	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	エノモトリユウヘイ 榎本隆平 ✓	生年月日	[Redacted]
	住所	[Redacted]		

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。  
2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。  
3 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

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9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービス ドッコイショ							
	名称	デイサービス どっこいしょ							
	所在地	(郵便番号 180 - 0021 ) 東京 都府県 武蔵野 市区町村 桜堤1-7-3							
	連絡先	電話番号	0422-56-8660 (内線)			FAX番号	0422-56-8660		
管理者	フリガナ	エノモトリユウヘイ		住所	[REDACTED]				
	氏名	榎本隆平							
	生年月日	[REDACTED]							
	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)			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	兼務する職種及び勤務時間等		事業所番号		
共生型サービスの該当有無				<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
○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			34.4 m <sup>2</sup>		利用定員(同時利用)		11人		
サービス提供単位1	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)	1		1	1			1
	非常勤(人)	1			5	1			
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		○		○	○	○	○		
	その他(年末年始休日等)		12/29~1/3(年末年始でお休み)						
	営業時間		8:45 ~ 17:30						
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:							
	土曜日	:							
	日曜日・祝日	:							
サービス提供時間		9:00 ~ 17:00							
利用定員		11人							
サービス提供単位2	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:						
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:							
	土曜日	:							
	日曜日・祝日	:							
サービス提供時間		:							
利用定員		人							
サービス提供単位3	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:						
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:							
	土曜日	:							
	日曜日・祝日	:							
サービス提供時間		:							
利用定員		人							
添付書類	別添のとおり								

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  
 指定介護予防支援事業所



指定更新申請書

2023 年 12 月 13 日

市(町・村)長 殿 所在地 東京都小金井市梶野町1-7-34  
 申請者 名称 株式会社ナチュラルスタンス  
 代表者職名・氏名 代表取締役・岩崎智之

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	カブシキガイシャナチュラルスタンス、 株式会社ナチュラルスタンス、		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0002 )、 東京 都道 小金井 市区 梶野町1-7-34、 府県 町村		
	連絡先	電話番号 0422-38-5708、 (内線)	FAX番号 0422-38-5709、	
	代表者の職名・氏名・ 生年月日	職名 代表取締役	フリガナ イワサキ トモユキ、 氏名 岩崎智之、	生年月日
	代表者の住所	[Redacted]		
事業所	事業等の種類	地域密着型通所介護、	介護保険事業所番号	1 3 7 5 4 0 1 3 0 2、
	指定有効期間満了日	2024年1月31日、		
	フリガナ 名称	オトナリサン。コガネイコウエン、 おとなりさん。小金井公園、		
	所在地	(郵便番号 202 - 0023 )、 東京 都道 西東京 市区 新町6-11-6、 府県 町村		
	フリガナ 名称	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	イヌカイ ユミ、 大飼 優美、	生年月日	[Redacted]
	住所	[Redacted]		

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。  
 2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。  
 3 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

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9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	オトナリサン。コガネイコウエン、							
	名称	おとなりさん。小金井公園、							
	所在地	〒202-0023 東京都西東京市新町6-11-16、							
	連絡先	電話番号	0422-27-8465、 (内線)			FAX番号	0422-27-8475、		
	Email	info@otonari30.com、							
管理者	フリガナ	イヌカイ ユミ、		住所	[REDACTED]				
	氏名	犬飼 優美、							
	生年月日	[REDACTED]							
	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)			生活相談員・介護職、					
	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							
共生型サービスの該当有無				<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無、					
○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				33.08、	m <sup>2</sup>	利用定員(同時利用)		10、	
サービス提供単位1	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)	4				1	4	
	非常勤(人)					4		1	
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		○	○	○	○	○	○	○	○
	その他(年末年始休日等)		なし						
	営業時間								
曜日ごとに異なる場合記入		平日	8	:	00	~	19	:	30
		土曜日	8	:	00	~	19	:	30
	日曜日・祝日	8	:	00	~	19	:	30	
サービス提供時間		9		:	00	~	16	:	30
利用定員		10						人	
サービス提供単位2	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間								
曜日ごとに異なる場合記入		平日	:	:	~	:	:	:	
		土曜日	:	:	~	:	:	:	
	日曜日・祝日	:	:	~	:	:	:		
サービス提供時間									
利用定員								人	
サービス提供単位3	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間								
曜日ごとに異なる場合記入		平日	:	:	~	:	:	:	
		土曜日	:	:	~	:	:	:	
	日曜日・祝日	:	:	~	:	:	:		
サービス提供時間									
利用定員								人	
添付書類	別添のとおり								

第5号様式

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  
指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

2023 年 10 月 11 日

市(町・村)長 殿 所在地 東京都国分寺市西町2-6-5

申請者 名称 株式会社日本夜間介護センター西東京

代表者職名・氏名 代表取締役・野別 修



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	カブシキガイシャニホンヤカンカイゴセンターニシトウキョウ		
	名称	株式会社日本夜間介護センター西東京		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 185 - 0035 ) 東京 都道 国分寺 市区 西町2-6-5		
	連絡先	電話番号 042-512-5921 (内線)	FAX番号 042-512-5925	Email kbi@jncc.jp.com
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 代表取締役	フリガナ ノベツ オサム 氏名 野別 修	生年月日
代表者の住所	[Redacted]			
事業所	事業等の種類	夜間対応型訪問介護	介護保険事業所番号	9 3 1 0 0 0 9 2
	指定有効期間満了日	2024年1月1日 2023年12月31日		
	フリガナ	ジェイエヌシーヤカンカイゴ		
	名称	JNCC夜間介護		
	所在地	(郵便番号 185 - 0035 ) 東京 都道 国分寺 市区 西町2-6-5		
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			
名称				
主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 都道 市区 府県 町村			
管理者	フリガナ	ノベツ オサム		生年月日
	氏名	野別 修		[Redacted]
	住所	[Redacted]		

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。  
2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。  
3 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

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1 夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	カブシキガイシャニホンヤカンカイゴセンターニシトウキョウ						
	名称	株式会社日本夜間介護センター西東京						
	所在地	(郵便番号 185 - 0035)		東京都 国分寺		市区町村 西町2-6-5		
	連絡先	電話番号	042-512-5921 (内線)		FAX番号	042-512-5925		
管理者	フリガナ	ノベツ オサム		住所	[Redacted]			
	氏名	野別 修						
	生年月日	[Redacted]						
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)							
○人員に関する基準の確認に必要な事項								
オペレーションセンターの有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無				
オペレーションセンターの所数		1 所						
従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		面接相談員	
	定期巡回サービス		随時訪問サービス					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)	1		1		1		1
非常勤(人)	1		3		3			

(夜間対応型訪問介護事業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 - )		都 道 府 県		市 区 町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号			
	Email							

- 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 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。





付表9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービスホンポコマエ、 ✓							
	名称	デイサービス本舗狛江、 ✓							
	所在地	(郵便番号 201 - 0012 ) 東京 (都) 道 狛江 (市) 区 中和泉2-12-15、 ✓ 府 県 町 村							
	連絡先	電話番号	03-5761-5757、 ✓ (内線)			FAX番号	03-5761-5751、 ✓		
	Email	komae@dayservicehonpo.co.jp							
管理者	フリガナ	イグチ タカシ、 ✓		住所	[REDACTED]				
	氏名	井口 隆、 ✓							
	生年月日	[REDACTED]							
	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)	生活相談員、			名称	事業所番号			
	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)	兼務する職種及び勤務時間等							
共生型サービスの該当有無				<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
○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				36.59 m <sup>2</sup>		利用定員(同時利用)		10 人	
サービス提供単位1	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)		1					
	非常勤(人)	2				8		1	
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		○	○	○	○	○	○	○	○
	営業時間		8 : 45		~ 18 : 15				
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
土曜日		:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:			
サービス提供時間		9 : 00		~ 18 : 00					
利用定員		10 人							
サービス提供単位2	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
土曜日		:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員		人							
サービス提供単位3	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
土曜日		:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員		人							
添付書類	別添のとおり								





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  
 指定介護予防支援事業所

指定申請書

令和5 年 11 月 1 日

小金井 市(町・村)長 殿

所在地 東京都渋谷区東3-25-4 グランドメゾン恵比寿東403

申請者 名称 株式会社やすらぎ邸

代表者職名・氏名 代表取締役 笠原 滋

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。

申請者	フリガナ	カブシキガイシャヤスラギテイ、 ✓											
	名称	株式会社やすらぎ邸、 ✓											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 150 - 0011-) ✓											
		東京都渋谷区東3-25-4 グランドメゾン恵比寿東403、 ✓											
	連絡先	電話番号	03-6681-5287、 / (内線)		FAX番号	03-6681-5287、 /							
		Email	yamagatanosyounaiheiya@gmail.com、										
	法人等の種類	営利法人											
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役、 ✓	フリガナ	カサハラ シゲル、 ✓	生年月日	[Redacted]							
			氏名	笠原 滋、 ✓									
代表者の住所	[Redacted]												
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に <input checked="" type="checkbox"/>													
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類				共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/>	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式				
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護				<input checked="" type="checkbox"/>				付表1			
		認知症対応型通所介護				<input checked="" type="checkbox"/>				付表2			
		小規模多機能型居宅介護				<input checked="" type="checkbox"/>				付表3			
		認知症対応型共同生活介護				<input checked="" type="checkbox"/>				付表4			
		地域密着型特定施設入居者生活介護				<input checked="" type="checkbox"/>				付表5			
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				<input checked="" type="checkbox"/>				付表6			
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護				<input checked="" type="checkbox"/>				付表7			
		複合型サービス				<input checked="" type="checkbox"/>				付表8			
		地域密着型通所介護				<input type="checkbox"/>	○、	○、	令和5年11月1日、	付表9 ✓			
	居宅介護支援事業				<input checked="" type="checkbox"/>				付表10				
	介護予防支援事業				<input checked="" type="checkbox"/>				付表11				
	地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護				<input checked="" type="checkbox"/>				付表2			
介護予防小規模多機能型居宅介護				<input checked="" type="checkbox"/>				付表3					
介護予防認知症対応型共同生活介護				<input checked="" type="checkbox"/>				付表4					
介護保険事業所番号		1	3	9	5	4	0	0	3	4	2	(既に指定又は許可を受けている場合)、	
医療機関コード等												(保険医療機関として指定を受けている場合)	

付表9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	アルクリハビリヤスラギテイ、✓							
	名称	歩くリハビリやすらぎ邸、✓							
	所在地	(郵便番号 202 - 0022 ) ✓ 東京都西東京市柳沢3-1-4、✓							
	連絡先	電話番号	042-452-9271、✓ (内線)			FAX番号	042-452-9291、✓		
管理者	フリガナ	オオツカ カズミ、✓		住所	[REDACTED]				
	氏名	大塚 和美、✓							
	生年月日	[REDACTED]							
	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)	生活相談員、			名称	事業所番号			
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					
共生型サービスの該当有無				<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
○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				109.04、m <sup>2</sup>		利用定員(同時利用)		18、人	
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業員の職種・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						
	非常勤(人)	1		2		5		1	
	2								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			○	○	○	○	○		○
	その他(年末年始休日等)		12/30~1/3						
営業時間		8		30		~ 17		: 30	
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		:		:		:	
	土曜日	:		:		:		:	
	日曜日・祝日	:		:		:		:	
サービス提供時間		9		30		~ 16		: 30	
利用定員		18 人							
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業員の職種・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)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:		:		~		:
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		:		~		:	
	土曜日	:		:		~		:	
	日曜日・祝日	:		:		~		:	
サービス提供時間		:		:		~		:	
利用定員		人							
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業員の職種・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)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:		:		~		:
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		:		~		:	
	土曜日	:		:		~		:	
	日曜日・祝日	:		:		~		:	
サービス提供時間		:		:		~		:	
利用定員		人							
添付書類	別添のとおり								

令和 6 年 2 月 1 日現在

市内地域密着型サービス事業所の指定について

【指定更新】

(地域密着型通所介護)

温心デイルーム・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

【新規指定】

(地域密着型通所介護)

KMリハビリさくら・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

ふく福さくら館・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 1

(認知症対応型共同生活介護)

グループホームのがわ 弐番館・・・・・・・・・・・・ 2 1

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)

定期巡回サービス土屋 小金井・・・・・・・・・・・・ 3 1





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  
 指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

令和5年 10 月 16 日

申請者 所在地 東京都小金井市本町5-41-7  
 名称 株式会社 温心  
 代表者職名・氏名 代表取締役 布川修

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	カブシキガイシャ オンシン、✓		
	名称	株式会社 温心、✓		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0004)、✓ 東京都 小金井市 本町5-41-7、✓		
	連絡先	電話番号 042-380-9904、✓ (内線)	FAX番号 042-380-9934、✓	
事業所	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 代表取締役、✓	フリガナ ヌノカワオサム、✓ 氏名 布川修、✓	生年月日
	代表者の住所	[Redacted]		
	事業等の種類	地域密着型通所介護、✓	介護保険事業所番号	1 3 7 4 1 0 0 8 4 8、✓
事業所	指定有効期間満了日	令和5年11月30日、✓		
	フリガナ	オンシンデイルーム、✓		
	名称	温心デイルーム、✓		
	所在地	(郵便番号 184 - 0004)、✓ 東京都 小金井市 本町5-41-7、✓		
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	ムカイノブエ、✓		
	氏名	向伸恵、✓		生年月日
	住所	[Redacted]		

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。  
 2 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。  
 3 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

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9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	オンシンデイルーム							
	名称	温心デイルーム							
	所在地	(郵便番号 184 - 0004 ) 東京 都道府県 小金井 市区町村 木町5-41-7							
	連絡先	電話番号	042-380-9904 (内線)			FAX番号	042-380-9934		
管理者	フリガナ	ムカイノブエ		住所	[Redacted]				
	氏名	向伸恵							
	生年月日	[Redacted]							
	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)	生活相談員		名称	事業所番号				
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						
共生型サービスの該当有無				<input type="checkbox"/> 有		<input checked="" type="checkbox"/> 無			
○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			31.11 m <sup>2</sup>		利用定員(同時利用)		10 人		
サービス提供単位1	○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	
		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		1	2		1	
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			○	○	○	○	○	○	○
	その他(年末年始休日等)		12月30日~1月3日						
	営業時間		9 : 00		~ 18 : 00				
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
	土曜日	:		~		:			
	日曜日・祝日	:		~		:			
サービス提供時間		9 : 30		~ 17 : 35					
利用定員		10 人							
サービス提供単位2	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)								
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:		~		:		
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
	土曜日	:		~		:			
	日曜日・祝日	:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員		人							
サービス提供単位3	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)								
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:		~		:		
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:			
	土曜日	:		~		:			
	日曜日・祝日	:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員		人							
添付書類	別添のとおり								

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  
 指定介護予防支援事業所



指定申請書

令和5 年 12 月 26 日

小金井 市(町・村)長 殿

所在地 小金井市貫井北町3-18-13

申請者 名称 KM合同会社

代表者職名・氏名 代表社員 小林 勝

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。

申請者	フリガナ	ケイエムゴウドウガイシャ					
	名称	KM合同会社					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0015 ) 東京 都 小金井 市 貫井北町3-18-13					
	連絡先	電話番号	042-312-4470	(内線)	FAX番号	042-312-0856	
		Email	k.m@ymail.ne.jp				
	法人等の種類	営利法人					
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表社員	フリガナ	コバヤシ マサル	生年月日	[Redacted]	
			氏名	小林 勝			
代表者の住所	[Redacted]						
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑ <span style="float:right">☐</span>							
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に☑	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護	[Shaded]				付表1
		認知症対応型通所介護	[Shaded]				付表2
		小規模多機能型居宅介護	[Shaded]				付表3
		認知症対応型共同生活介護	[Shaded]				付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護	[Shaded]				付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	[Shaded]				付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護	[Shaded]				付表7
		複合型サービス	[Shaded]				付表8
		地域密着型通所介護	☐	○		2024年3月1日	付表9
	居宅介護支援事業	[Shaded]				付表10	
	介護予防支援事業	[Shaded]				付表11	
	地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護	[Shaded]				付表2
介護予防小規模多機能型居宅介護		[Shaded]				付表3	
介護予防認知症対応型共同生活介護		[Shaded]				付表4	
介護保険事業所番号			(既に指定又は許可を受けている場合)				
医療機関コード等			(保険医療機関として指定を受けている場合)				



付表9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ケイエムリハビリサクラ							
	名称	KMリハビリさくら							
	所在地	(郵便番号 184 - 0005 ) 東京 都 小金井 市 桜町1-9-20							
	連絡先	電話番号	042-312-4470 (内線)			FAX番号	042-312-0856		
管理者	フリガナ	マスダ リュウジ		住所	[REDACTED]				
	氏名	増田 竜文							
	生年月日	[REDACTED]							
	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)	機能訓練指導員		名称			事業所番号		
者	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							
共生型サービスの該当有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
◎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			32.30 m <sup>2</sup>		利用定員(同時利用)		10 人		
サービス提供単位1	◎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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)	1			1			1
	非常勤(人)								
	◎設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			○	○	○	○	○		○
	営業時間		8 : 30 ~ 18 : 00						
	曜日ごとに異なる場合記入	平日							
土曜日 日曜日・祝日									
サービス提供時間		9 : 00 ~ 12 : 00							
利用定員		10 人							
サービス提供単位2	◎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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)	1			1			1
	非常勤(人)								
	◎設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			○	○	○	○	○		○
	営業時間		8 : 30 ~ 18 : 00						
	曜日ごとに異なる場合記入	平日							
土曜日 日曜日・祝日									
サービス提供時間		13 : 00 ~ 16 : 00							
利用定員		10 人							
サービス提供単位3	◎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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	◎設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	営業時間		: ~ :						
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ~ :						
土曜日 日曜日・祝日		: ~ :							
サービス提供時間		: ~ :							
利用定員		人							
添付書類	別添のとおり								

## 地域密着型通所介護 KM リハビリさくら 運営規程

### (事業の目的)

第1条 KM 合同会社が開設する KM リハビリさくら（以下「事業所」という。）が行う指定地域密着型通所介護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所ごとに置くべき従事者（以下「通所介護従事者」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し適正な指定地域密着型通所介護等を提供することを目的とする。

### (運営の方針)

- 第2条 1 事業所の通所介護従事者は、要介護者の心身の特徴を踏まえて、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持向上並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。
- 2 事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。

### (事業所の名称等)

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- 1 名称 KM リハビリさくら
- 2 所在地 東京都小金井市桜町 1-9-20

### (職員の職種、員数及び職務内容)

第4条 事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとし、各職員の員数は別紙のとおりとする。

- 1 管理者 1名（常勤）  
管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- 2 通所介護従事者 生活相談員 1名以上（常勤1名以上）  
介護職員 1名以上（常勤1名以上）

通所介護従事者は、指定地域密着型通所介護等の業務にあたる。

生活相談員は、指定地域密着型通所介護等の利用申込にかかる調整を、管理者は、地域密着型通所介護計画又は介護予防通所介護計画（以下「通所介護計画等」という。）の作成等を行う。また、利用者に対し日常生活上の介護その他必要な業務の提供にあたる。

介護職員、看護職員は利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務の提供にあたる。

- 3 機能訓練指導員 1名以上  
機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。

(営業日及び営業時間)

第5条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- 1 営業日 月曜日から金曜日、祝日  
ただし、年末・年始、夏季等、特別休暇を除く。
- 2 営業時間 平日及び祝日 午前8時30分から午後5時00分

(利用定員及びサービス提供時間)

第6条 事業所の利用者の定員は、下記のとおりとする。

- |       |          |             |       |
|-------|----------|-------------|-------|
| 1 単位目 | サービス提供時間 | 午前9時から午前12時 | 定員10人 |
| 2 単位目 | サービス提供時間 | 午後1時から午後4時  | 定員10人 |

(指定地域密着型通所介護等の提供方法、内容)

第7条 指定地域密着型通所介護等の内容は、居宅サービス計画に基づいてサービスを行うものとする。

ただし、緊急を要する場合にあっては、居宅サービス計画の作成前であってもサービスを利用できるものとし、次に掲げるサービスから利用者が選定したサービスを提供する。

- 1 身体介護に関すること  
日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供する 排泄の介助、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体の介護。
- 2 機能訓練に関すること  
体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行う。
- 3 送迎に関すること  
送迎を必要とする利用者に対し送迎サービスを提供する。送迎車両には通所介護従事者が添乗し必要な介護を行う。
- 4 相談・助言に関すること  
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談および助言を行う。

(居宅介護支援事業者との連携等)

- 第8条 1 指定地域密着型通所介護等の提供にあたっては、利用者にかかる指定居宅介護支援事業者(以下「指定居宅介護支援事業者等」という。)が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、そのおかれている環境、他の保健・医療・福祉サービスの利用状況等の把握に努める。
- 2 利用者の生活状況の変化、サービス利用方法・内容の変更希望があった場合、当該利用者担当の指定居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、綿密な連携に努める。
  - 3 正当な理由なく指定地域密着型通所介護等の提供を拒まない。ただし、通常の事業実施地域等を勘案し、利用希望者に対して通所介護(以下「通所介護等」という。)の提供が困難と認められた場合、当該利用者にかかる指定居宅介護支援事業者等と連携し、必要な措置を講ずる。

(個別援助計画の作成等)

- 第9条 1 指定地域密着型通所介護等の提供を開始する際には、利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている状況並びに家族等介護者の状況を十分把握し、援助計画を作成する。また、すでに居宅サービス計画等が作成されている場合は、その内容にそった通所介護計画を作成する。
- 2 地域密着型通所介護計画等の作成・変更の際には、利用者又は家族に対し、当該計画の内容を説明し、同意を得る。
- 3 利用者に対し、通所介護計画等に基づいて各種サービスを提供するとともに、継続的なサービスの管理、評価を行う。

(指定地域密着型通所介護等の提供記録の記載)

- 第10条 通所介護従事者は、指定地域密着型通所介護等を提供した際には、その提供日・内容、当該指定地域密着型通所介護等について、介護保険法第42条の2第6項の規程により、利用者にかわって支払いを受ける保険給付の額、その他必要な記録を利用者が所持するサービス提供記録書に記載する。

(利用料等及び支払いの方法)

- 第11条 指定地域密着型通所介護等を提供した場合の利用料の額は、別紙料金表によるものとし、当該指定地域密着型通所介護等が法定代理受領サービスである時は、その額の1割または2割、3割とする。

(通常の事業の実施地域)

- 第12条 通常の事業の実施地域は、小金井市とする。

(サービス利用に当たっての留意事項)

- 第13条 利用者がサービスの提供を受ける際には、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を従事者に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意する。

(緊急時等における対応方法)

- 第14条 1 通所介護従事者等は、指定地域密着型通所介護等を実施中に利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに当該利用者の家族や担当介護支援専門員に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならない。
- 2 指定地域密着型通所介護等を実施中に天災その他の災害が発生した場合、利用者の避難等の措置を講ずるほか、管理者に連絡の上その指示に従うものとする。



(非常災害対策)

第15条 事業所は、非常災害に備えるため、消防計画を作成し避難訓練等を次のとおり行うとともに必要な設備を備える。

防火責任者 管理者  
防災消火訓練、避難訓練、通報訓練 年2回

(衛生管理及び従事者等の健康管理等)

第16条 1 通所介護等に使用する備品等は清潔に保持し、定期的な消毒を施すなど常に衛生管理に十分留意するものとする。  
2 通所介護従事者に対し感染症等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年1回以上の健康診断を受診させるものとする。

(サービス利用にあたっての留意事項)

第17条 利用者が機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとで使用すること。また、体調が思わしくない利用者にはその旨を説明し安全指導を図る。

(相談・苦情対応)

第18条 1 事業所は、利用者からの相談、苦情等に対する窓口を設置し、指定居宅サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応する。  
2 事業所は、前項の苦情の内容等について記録し、その完結の日から2年間保存する。

(事故処理)

第19条 1 事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。  
2 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完結の日から2年間保存する。  
3 事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

(虐待防止に関する事項)

第20条 1 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。  
(1) 虐待を防止するための従事者に対する研修の実施  
(2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備  
(3) その他虐待防止のために必要な措置  
2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市に通報するものとする。



(その他運営についての留意事項)

- 第21条 1 従事者の質的向上を図るため、研修の機会を次のとおり設けるものとし、業務体制を整備する。
- (1) 採用時研修 採用後3か月以内
  - (2) 継続研修 年2回以上
- 2 事業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持する。また、従事者であった者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持するため、従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容に明記する。
- 3 事業所は、この事業を行うため、ケース記録、利用決定調書、利用者負担金徴収簿、その他必要な帳簿を整備する。
- 4 この規程の定める事項のほか、運営に関する重要事項は、KM 合同会社と、KM リハビリさくらの管理者との協議に基づき定めるものとする。

附 則

この規程は、令和6年3月1日から施行する。

(運営規程第11条別紙 料金表)

地域密着型通所介護の1日当たりの料金は以下のとおりとする。(介護保険適用部分)

※ 地域区分(小金井市、小平市): 3級地 1単位あたり10,68円

※ 自己負担額等は1割負担の場合のもの

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4
基本単位数 (3時間以上4時間未満)	415単位	476単位	538単位	598単位
個別機能訓練加算Ⅰロ	85単位			
介護処遇改善加算Ⅰ	合計単位数×59/1,000			
介護職員 特定処遇改善加算Ⅱ	合計単位数×10/1,000			
介護職員 ベースアップ等支援加算	合計単位数×11/1,000			
①ご契約者の要介護度と サービス利用料金	5,777円	6,472円	7,187円	7,881円
②うち、介護保険から 給付される金額 (9割給付)	5,199円	5,824円	6,468円	7,092円
③サービス利用に係る 自己負担額(①-②)	578円	648円	719円	789円

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  
 指定介護予防支援事業所



指定申請書

2024年 1月 17日

小金井 市(町・村)長 殿

所在地 東京都国分寺市本多5-13-14

申請者 名称 株式会社サンプラス

代表者職名・氏名 代表取締役社長 尾嶋 遵

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。

申請者	フリガナ	カブシキガイシャサンプラス									
	名称	株式会社サンプラス									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 185 - 0011 ) 東京 (都) 道 国分寺 (市) 区 本多5-13-14フェリアス本多201 府 県 町 村									
	連絡先	電話番号	042-312-2529 (内線)	FAX番号	042-312-2549						
		Email	info@dayfuku.com								
	法人等の種類	営利法人									
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役社長	フリガナ	オジマ ジュン	生年月日						
			氏名	尾嶋 遵							
代表者の住所											
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑ <span style="float: right;">☐</span>											
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に☑	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式				
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護					付表1				
		認知症対応型通所介護					付表2				
		小規模多機能型居宅介護					付表3				
		認知症対応型共同生活介護					付表4				
		地域密着型特定施設入居者生活介護					付表5				
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					付表6				
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護					付表7				
		複合型サービス					付表8				
		地域密着型通所介護	☐	○		2024年3月1日	付表9				
	居宅介護支援事業					付表10					
	介護予防支援事業					付表11					
	地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護					付表2				
介護予防小規模多機能型居宅介護						付表3					
介護予防認知症対応型共同生活介護						付表4					
介護保険事業所番号	1	3	9	4	1	0	0	1	6	6	(既に指定又は許可を受けている場合)
医療機関コード等											(保険医療機関として指定を受けている場合)

付表9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	フクフクサクラカン							
	名称	ふく福さくら館							
	所在地	(郵便番号 184 - 0001 ) 東京 都道府県 小金井 市区町村 関野町1-6-4							
	連絡先	電話番号	042-385-4976 (内線)			FAX番号	042-385-4977		
管理者	フリガナ	コウチ ミホ		住所	[REDACTED]				
	氏名	河内 美保							
	生年月日	[REDACTED]							
	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)	生活相談員、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						事業所番号		
	兼務する職種及び勤務時間等	-----							
共生型サービスの該当有無								<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
○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		55.82 m <sup>2</sup>		利用定員(同時利用)		10 人			
サービス提供単位1	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)		2		1	2		
	非常勤(人)	1	1	1		1	1	1	
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			○	○	○	○	○		○
	営業時間		8 : 30		~ 17 : 30				
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
土曜日		:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:			
サービス提供時間		9 : 20		~ 16 : 30					
利用定員		10 人							
サービス提供単位2	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
土曜日		:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員		:		人					
サービス提供単位3	○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	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	営業時間		:		~		:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		~		:		
土曜日		:		~		:			
日曜日・祝日		:		~		:			
サービス提供時間		:		~		:			
利用定員		:		人					
添付書類	別添のとおり								



# 地域密着型通所介護・通所型現行相当サービス・通所型市基準サービス ふく福さくら館 運営規程

## (事業の目的)

第1条 株式会社サンプルスが開設するふく福さくら館（以下「事業所」という。）が行う地域密着型通所介護・通所型現行相当サービス・通所型市基準サービス（以下「地域密着型通所介護等」という。）の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所ごとに置くべき従事者（以下「通所介護従事者」という。）が、要介護状態又は要支援状態、事業対象者にある高齢者に対し適正な地域密着型通所介護等を提供することを目的とする。

## (運営の方針)

- 第2条 1 事業所の通所介護従事者は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。
- 2 事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。

## (事業所の名称等)

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- 1 名 称 ふく福さくら館
- 2 所在地 東京都小金井市関野町1-6-4

## (職員の職種、員数及び職務内容)

第4条 事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとし、各職員の員数は下記のとおりとする。

- 1 管理者 1名  
管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- 2 地域密着型通所介護従事者  
生活相談員 1名以上  
看護職員 1名以上  
機能訓練指導員 1名以上  
介護職員 1名以上

通所介護従事者は、地域密着型通所介護等の業務にあたる。

生活相談員は、地域密着型通所介護等の利用申込にかかる調整、地域密着型通所介護計画・通所型サービス計画（以下「通所介護計画等」という。）の作成等を行う。また、利用者に対し日常生活上の介護その他必要な業務の提供にあたる。

介護職員、看護職員は利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務の提供にあたる。

機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。

(営業日及び営業時間)

第5条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- 1 営業日 月曜日から金曜日  
休業日 土曜日、日曜日及び年末年始
- 2 営業時間 午前8時30分から午後17時30分

(利用定員)

第6条 事業所の利用者の定員は、下記のとおりとする。

- 1 単位目 サービス提供時間帯 午前9時20分から午後16時30分 定員10名(月～金)

(地域密着型通所介護等の提供方法、内容)

第7条 地域密着型通所介護等の内容は、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下「居宅サービス計画等」等）に基づいてサービスを行うものとする。ただし、緊急を要する場合にあっては、居宅サービス計画等の作成前であってもサービスを利用できるものとし、次に掲げるサービスから利用者が選定したサービスを提供する。

- 1 身体介護に関すること  
日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供する  
排泄の介助、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体の介護
- 2 入浴に関すること  
家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する  
衣類着脱の介護、身体の清拭、整髪、洗身、その他必要な入浴の介助
- 3 食事に関すること  
給食を希望する利用者に対して、必要な食事のサービスを提供する  
食事の準備、配膳下膳の介助、食事摂取の介助、その他必要な食事の介助
- 4 機能訓練に関すること  
体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行う
- 5 選択的サービスに関すること  
利用者が、生きがいのある快適で豊かな日常生活を送ることができるよう、選択的サービスを実施する。これらの活動を通じて仲間づくり、老いや障害の受容、心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒安定を図る。  
例) レクリエーション・カラオケ(実費)・音楽活動・制作活動・行事的活動・体操・買い物
- 6 送迎に関すること  
送迎を必要とする利用者に対し送迎サービスを提供する。送迎車両には通所介護従事者が添乗し必要な介護を行う
- 7 相談・助言に関すること  
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談および助言を行う

(指定居宅介護支援事業者との連携等)

- 第8条 1 地域密着型通所介護等の提供にあたっては、利用者にかかる指定居宅介護支援事業者又は指定介護予防支援事業者（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、そのおかれている環境、他の保健・医療・福祉サービスの利用状況等の把握に努める。
- 2 利用者の生活状況の変化、サービス利用方法・内容の変更希望があった場合、当該利用者担当の指定居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、綿密な連携に努める。
- 3 正当な理由なく地域密着型通所介護等の提供を拒まない。ただし、通常の事業実施地域等を勘案し、利用希望者に対して通所介護又は介護予防通所介護（以下「地域密着型通所介護等」という。）の提供が困難と認めた場合、当該利用者にかかる指定居宅介護支援事業者等と連携し、必要な措置を講ずる。

(個別援助計画の作成等)

- 第9条 1 地域密着型通所介護等の提供を開始する際には、利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている状況並びに家族等介護者の状況を十分把握し、援助計画を作成する。また、すでに居宅サービス計画等が作成されている場合は、その内容にそった通所介護計画を作成する
- 2 通所介護計画等の作成・変更の際には、利用者又は家族に対し、当該計画の内容を説明し、同意を得る。
- 3 利用者に対し、通所介護計画等に基づいて各種サービスを提供するとともに、継続的なサービスの管理、評価を行う。

(地域密着型通所介護等の提供記録の記載)

- 第10条 通所介護従事者は、地域密着型通所介護等を提供した際には、その提供日・内容、当該地域密着型通所介護等について、介護保険法第41条第6項または法第53条第2項の規程により、利用者にかわって支払いを受ける保険給付の額、その他必要な記録を利用者が所持するサービス提供記録書に記載する。

(地域密着型通所介護等の利用料等及び支払いの方法)

- 第11条 1 地域密着型通所介護等を提供した場合の利用料の額は、別紙料金表によるものとし、当該指定地域密着型通所介護等が法定代理受領サービスである時はその額の1割とする。但し、一定以上の所得のある方については、介護サービス利用時の利用者負担割合とする。  
(負担割合は、各利用者の介護保険負担割合証参照)
- 2 第12条の通常の事業実施地域を越えて行う送迎の交通費、通常の営業日及び営業時間帯を越えて地域密着型通所介護等を提供する場合の利用料、食材料費、おむつ代、その他かかる諸経費については、別紙に掲げる費用を徴収する。
- 3 第1項及び第2項の費用の支払いを受ける場合には、利用者またはその家族に対して事前に文書で説明した上で、支払いに関する同意を得る。
- 4 地域密着型通所介護等の利用者は、当デイサービスの定める期日に、別途契約書で指定する方法により納入することとする。

(通常の事業の実施地域)

第12条 通常の事業の実施地域は、小金井市、小平市とする。

(契約書の作成)

第13条 地域密着型通所介護等の提供を開始するにあたって、本規程に沿った事業内容の詳細について、利用者に契約書の書面をもって説明し、同意を得た上で署名を受けることとする。

(緊急時等における対応方法)

- 第14条
- 1 通所介護従事者等は、地域密着型通所介護等を実施中に利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならない。
  - 2 地域密着型通所介護等を実施中に天災その他の災害が発生した場合、利用者の避難等の措置を講ずるほか、管理者に連絡の上その指示に従うものとする。

(非常災害対策)

第15条 事業所は、非常災害に備えるため、消防計画を作成し避難訓練等を次のとおり行うとともに必要な設備を備える。

防火責任者	管理者
防災訓練	年2回
避難訓練	年2回
通報訓練	年2回

(衛生管理及び従事者等の健康管理等)

- 第16条
- 1 地域密着型通所介護等に使用する備品等は清潔に保持し、定期的な消毒を施すなど常に衛生管理に十分留意するものとする。
  - 2 通所介護従事者に対し感染症等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年1回以上の健康診断を受診させるものとする。

(サービス利用にあたっての留意事項)

第17条 利用者が入浴室及び機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとで使用すること。また、体調が思わしくない利用者にはその旨を説明し安全指導を図る。

(虐待の防止のための措置に関する事項)

第18条 事業者は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じるものとする。

- 1 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- 2 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- 3 その他虐待防止のために必要な措置
- 4 サービス提供中に、当該事業所従業者又は利用者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに区市町村・介護支援専門員・利用者の家族等に連絡を行う。



(相談・苦情対応)

第19条 1 事業所は、利用者からの相談、苦情等に対する窓口を設置し、指定居宅サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応する。

2 事業所は、前項の苦情の内容等について記録し、その完結の日から2年間保存する。

当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

事業所名：ふく福さくら館

TEL : 042-385-4976

担当 河内 美保

各市区町村でも受け付けております。※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

小金井市窓口	小金井市役所 介護福祉課 介護保険係
所在地	東京都小金井市本町6-6-3
電話番号	042-387-9822

東京都窓口	東京都国民健康保険団体連合会 介護相談窓口
所在地	東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階
電話番号	03-6238-0177

(事故処理)

第20条 1 事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。

2 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完結の日から2年間保存する。

3 事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

(その他運営についての留意事項)

第21条 1 従事者の質的向上を図るため、研修の機会を次のとおり設けるものとし、業務体制を整備する。

一 採用時研修 採用後2か月以内

二 継続研修 年2回以上

2 事業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持する。また、従事者であった者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持するため、従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容に明記する。

3 事業所は、この事業を行うため、ケース記録、利用決定調書、利用者負担金徴収簿、その他必要な帳簿を整備する。

4 この規程の定める事項のほか、運営に関する重要事項は、株式会社サンプラスとプライムふく福の管理者との協議に基づき定めるものとする。

附 則

この規程は、令和6年3月1日から施行する。

第11条（地域密着型通所介護等の利用料等）別紙

介護保険給付対象サービスの利用料

（1）利用料

・地域密着型通所介護

所要時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上4時間未満	409単位 4,368円	469単位 5,008円	530単位 5,660円	589単位 6,290円	651単位 6,952円
1割負担金額	437円	501円	566円	629円	696円
2割負担金額	874円	1,002円	1,132円	1,258円	1,391円
3割負担金額	1,311円	1,503円	1,698円	1,887円	2,086円
4時間以上5時間未満	428単位 4,571円	491単位 5,243円	555単位 5,927円	617単位 6,589円	682単位 7,283円
1割負担金額	458円	525円	593円	659円	729円
2割負担金額	915円	1,049円	1,186円	1,318円	1,457円
3割負担金額	1,372円	1,573円	1,779円	1,977円	2,185円
5時間以上6時間未満	645単位 6,888円	761単位 8,127円	879単位 9,387円	995単位 10,626円	1,113単位 11,886円
1割負担金額	689円	813円	939円	1,063円	1,189円
2割負担金額	1,378円	1,626円	1,878円	2,126円	2,378円
3割負担金額	2,067円	2,439円	2,817円	3,188円	3,566円
6時間以上7時間未満	666単位 7,112円	786単位 8,394円	908単位 9,697円	1,029単位 10,989円	1,150単位 12,282円
1割負担金額	712円	840円	970円	1,099円	1,229円
2割負担金額	1,423円	1,679円	1,940円	2,198円	2,457円
3割負担金額	2,134円	2,519円	2,910円	3,297円	3,685円
7時間以上8時間未満	739単位 7,892円	873単位 9,323円	1,012単位 10,808円	1,150単位 12,282円	1,288単位 13,755円
1割負担金額	790円	933円	1,081円	1,229円	1,376円
2割負担金額	1,579円	1,865円	2,162円	2,457円	2,751円
3割負担金額	2,368円	2,797円	3,243円	3,685円	4,127円

加算名	単位数	金額	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算（Ⅰ）※①	40単位	427円	43円	86円	129円
入浴介助加算（Ⅱ）※①	55単位	587円	59円	118円	177円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）※②	40単位	427円	43円	86円	129円
科学的介護推進体制加算	40単位	427円	43円	86円	129円
若年性認知症利用者受入加算	60単位	640円	64円	128円	192円

※① 入浴介助加算における（Ⅰ）と（Ⅱ）は同時に算定できません。

※② 口腔栄養スクリーニング加算（Ⅰ）は、初月と以降半年毎に1回の算定となります。

通所型市基準サービス（1月につき）

	要支援 1		要支援 2		
単位数	1,579単位 16,863円		3,239単位 34,592円		
1割負担金額	1,687円		3,460円		
2割負担金額	3,373円		6,919円		
3割負担金額	5,059円		10,378円		
加算項目	単位数	金額	1割負担	2割負担	3割負担
若年性認知症受入加算	240 単位	2,563 円	257 円	513 円	769 円
科学的介護推進体制加算	40 単位	427 円	42 円	85 円	128 円
口腔栄養スクリーニング 加算 I（6月に一回）	20 単位	213 円	22 円	43 円	64 円

・通所型現行相当サービス（1月につき）

	要支援 1		要支援 2		
単位数	1,672単位 17,856円		3,428単位 36,611円		
1割負担金額	1,786円		3,662円		
2割負担金額	3,572円		7,323円		
3割負担金額	5,357円		10,984円		
加算項目	単位数	金額	1割負担	2割負担	3割負担
若年性認知症受入加算	240 単位	2,563 円	257 円	513 円	769 円
科学的介護推進体制加算	40 単位	427 円	42 円	85 円	128 円
口腔栄養スクリーニング 加算 I（6月に一回）	20 単位	213 円	22 円	43 円	64 円

法定代理受領の場合は、上記金額の1割（ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担率による）。一定以上の所得のある方については、介護サービス利用時の利用者負担割合が2割及び3割（負担割合は、各利用者の介護保険負担割合証参照）となります。

※ 「地域密着型通所介護」「通所型市基準サービス」「通所型現行相当サービス」の介護報酬が適用されています。

※ 上記利用料金は1回あたりの金額（単位）です。

通所型市基準サービス、通所型現行相当サービスは、月額のコスト（単位）です。

※ 介護職員処遇改善加算は所得単位数によって変動いたします。

※ 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

介護保険給付対象外サービスの利用料

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

食材料費用	昼食（660円） おやつ（110円）	770円
レクリエーション材料費	実 費	
オムツ・パット	110円	
その他日常生活費	歯ブラシ等	実 費
複写物	一枚につき	33円
延長利用 (16:40~18:00)	1回につき	1,650円

(2) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合の交通費。1kmにつき55円。

(3) キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先：ふく福さくら館 TEL042-385-4976)

① 利用日の前営業日の17時30分までにご連絡いただいた場合	無 料
② 利用日の当日の8時30分までにご連絡いただいた場合	770円
③ 利用日の当日の8時30分までにご連絡いただかなかった場合	1,870円

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  
 指定介護予防支援事業所



指定申請書

2024 年 1 月 10 日

小金井 市(町・村)長 殿

所在地 東京都小金井市東町2-31-3

申請者 名称 有限会社のがわ

代表者職名・氏名 代表取締役 五十嵐 憲幸

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。

申請者	フリガナ	ユウゲンガイシャノガワ						
	名称	有限会社のがわ						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0011 ) 東京 都道府県 小金井 市区町村 東町2-31-3						
	連絡先	電話番号	0422-30-3051 (内線)	FAX番号	0422-30-0168			
		Email	gh.nogawa@care-tsuchiya.com					
法人等の種類	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	イガラシ ノリユキ	生年月日		
				氏名	五十嵐 憲幸			
	代表者の住所							
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑							<input type="checkbox"/>	
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に☑	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護						付表1
		認知症対応型通所介護						付表2
		小規模多機能型居宅介護						付表3
		認知症対応型共同生活介護		○		2024年5月1日		付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						付表7
		複合型サービス						付表8
		地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/>					付表9
	居宅介護支援事業						付表10	
	介護予防支援事業						付表11	
地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護						付表2	
	介護予防小規模多機能型居宅介護						付表3	
	介護予防認知症対応型共同生活介護		○		2024年5月1日		付表4	
介護保険事業所番号			(既に指定又は許可を受けている場合)					
医療機関コード等			(保険医療機関として指定を受けている場合)					

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	ぐるーぷほーむのがわ にぼんかん							
	名称	グループホームのがわ 弐番館							
	所在地	(郵便番号 184 - 0002 ) 東京都 <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 小金井市 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村 梶野町1丁目3番6号							
	連絡先	電話番号	未定 (内線)			FAX 番号	未定		
	Email	gh.nogawa@care-tsuchiya.com							
管理者	フリガナ	ヤマネ タケシ		住所	[REDACTED]				
	氏名	山根 健							
	生年月日	[REDACTED]							
	当該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		事業所番号				
		兼務する職種及び勤務時間等							
本体施設の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		本体施設名称		グループホームのがわ		事業所番号 1394100208	
協力医療機関	名称	未定		主な診療科名		内科等			
	名称	とくら歯科		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		③	
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者	
		専従		専従		専従		専従	
		兼務		兼務		兼務		兼務	
常勤(人)		1 1		2 1				専従 2	
非常勤(人)		5		5					
常勤換算後の人数(人)		6.5		7.5					
利用者数(推定数を記入)		18 人		9 人		9 人		人	
利用定員		9 人		9 人		人		人	
◎設備に関する基準の確認に必要な事項									
建物の構造		<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他			
添付書類									

- 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。



# グループホームのがわ 弐番館 運営規程

## (認知症対応型共同生活介護)

### (事業の目的)

第1条 有限会社のがわが開設するグループホームのがわ 弐番館（以下「事業所」という）が行う指定認知症対応型共同生活介護の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、認知症対応型共同生活介護従事者が、要介護者であって認知症の状態にある高齢者に対し、適正な認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。

### (運営の方針)

第2条 指定認知症対応型共同生活介護の従事者は、要介護者であって認知症の状態にある高齢者に対して、家庭的環境の下で入浴、家事、散歩等の支援その他日常生活上の世話及び日常動作訓練を行うことにより、その入居者の有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、援助する。

- 2 当事業所は、一律のルールやスケジュールで管理した運営は行わない。また、原則として身体の抑制や、夜間帯を除く玄関、出入り口の施錠等による行動制限は行わない。
- 3 共同生活を営む者同士の「集団の力」を活かし、互いに助け合い、生活が営まれるように援助する。
- 4 地域を生活圏とし、「地域の一員」として暮らしていけるよう援助する。
- 5 指定認知症対応型共同生活介護の運営にあたっては、ホーム完結型ではなく、家族、市区町村等法人内外の機関との連携を図り、サービスの提供に努める。

### (事業所の名称等)

第3条 名称及び所在地は、次のとおりとする。

- 1 名 称 グループホームのがわ 弐番館
- 2 所在地 東京都小金井市梶野町一丁目3番6号

### (本体施設との連携)

第4条 当事業所は、本体施設であるグループホームのがわ（東京都小金井市東町二丁目31番3号）のサテライト型施設として設置し、その運営にあたっては本体施設との密接な連携を確保するものとする。

(職員の職種、員数及び職務内容)

第5条 指定認知症対応型共同生活介護の従事者の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- 1 管理者 1名  
管理者は、事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- 2 計画作成担当者 2名  
計画作成担当者は、それぞれの入居者の心身状況に応じた介護計画を作成する。
- 3 介護従事者 16名（常勤4名 非常勤12名）  
従事者は、介護計画に基づき、指定認知症対応型共同生活介護を提供する。  
(管理者・計画作成担当者の兼務を含む)

(指定認知症対応型共同生活介護の利用定員)

第6条 事業所の定員は、18名とする。

- |        |   |             |
|--------|---|-------------|
| 共同生活住居 | 1 | 9名          |
| 共同生活住居 | 2 | 9名（+ショート1名） |

(指定認知症対応型共同生活介護の提供方法)

第7条 1 意思の尊重

入居者、並びにご家族の「意思」が活かされるように、また「意思」を引き出すように努める。ただ、放置とならないように必要な援助（働きかけなど）を行うが、この場合も、援助する側の都合に合わせてたり、援助する側の論理で急がせないようにすすめるなど、あくまでも自発性を引き出すようにする。

2 リスク管理

社会生活を営む上で完全なリスク回避はあり得ず、人の暮らしにリスクはつきものと理解している。安全の確保を重視しながらも、抑制や過度な行動制限につながらないように留意して援助する。

入居者又は他入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体拘束は行わない。

3 生活のあらゆる場面で「自立」を目指す。生活する上での障害の有る方については職員が支援する。日常生活に必要な「作業」は、基本的には見守りの中でまたは職員と一緒に入居者自身が行い、必要に応じて行うように促したり、作業が行えるように援助する。

あるがままを受け入れながらも生活療法的ケアで生活の再編を目指す。

4 生活をルールやスケジュールで管理せず、起床から就寝までの生活の流れは、個々人のタイムカーブを基本とする。画一的なスケジュールをつくらず、一律に他者に合わせることも求めないようにし、個人の生活のリズムに合わせて支援する。

5 ホーム完結型でなく地域を生活圏とする。

生活の場は「家であるホーム」と「ホームが存在する地域」である。在宅生活と何ら変わりなく、「買い物」「理美容」「受診」「散歩」「娯楽」など、日常生活に必要な事がらや、生活の潤いの場を地域に求め、「普通の暮らし」を可能な限り追求する。地域生活にも積極的に参加する。

6 家族との関係

家族と共に作る「生活の場」であり、家族と共に援助することを明確にし、運営や入居者に関する情報開示、話し合いの場を設けるように努める。

7 開かれたホーム

入居者の生活空間を乱さないことは重要ではあるが、基本的には「閉鎖空間」とせずオープンな運営を行う。地域（住民）との交流など積極的に取り組む。

8 プライバシーの保護

プライバシーの保護や生命、財産の安全確保のため、十分に配慮する。

9 おおまかな1日の生活の流れ

起床時間や就寝時間は決めず、活動性の低下や昼夜逆転などにつながらないように、自然な形で、生活のリズムを確保する。

6時～8時	着替え、洗面、朝食準備（調理他）
8時～10時	朝食、後片付け、服薬、口腔ケア、健康チェック
10時～13時	掃除、洗濯干し、布団干し、娯楽、散歩など昼食準備（献立の決定～買い物～調理他）
13時～16時	昼食・後片付け、服薬、口腔ケア、娯楽、散歩など
16時～18時	夕食準備（献立の決定～買い物～調理他）洗濯物取り込み～整理、入浴
18時～21時	夕食・後片付け、服薬、口腔ケア、入浴、娯楽など
21時～	就寝準備、就寝

\*時間の流れは、概ねである。

10 日常生活に必要な「作業」について

日常生活に必要な「作業」は、職員による見守りや促し、誘いかけなどにより、入居者が主体となって行うようにすすめる。又、入居者が互いに助け合って行えるように援助する。

① 食事に関すること

買い物、調理、配膳、下膳、後片付けなどは、入居者が行う。

献立は、本人の希望（意思）を大切に決める。又、バランスのとれた食事となるよう献立記録を記入する。

② 洗濯

洗濯機の操作は、職員が行う。但し操作が可能な方は自由に使用してもらう。

洗濯物の手洗い、洗濯物干し、取り込み、たたみ、アイロン掛けなどは原則、入居者が行う。

③ 居室の整理整頓、ホームの清掃など

居室の整理整頓、居室や共用部分、ホーム周辺の清掃は、入居者と職員が一緒に行う。

但し、浴室、手や目の行き届かないところ、危険な箇所の清掃は、職員が行う。

1.1 身の回りのことについて

身の回りのことは、職員による見守りや促し、誘いかけなどにより、入居者が主体となって行うよう支援する。又、不完全であったり、出来ないことは、職員が援助・介助する。

① 食事摂取

食事摂取は職員が同席し、状況を把握する。

食事摂取が自力で困難な場合は、援助・介助する。

② 入浴

毎日、いつでも入浴する事ができることとする。

入居者の意思を最優先としながらも、入浴状況の把握を行い、時期を見計らって入浴の促し、誘いかけを行う。

自力では、洗髪や洗体が不十分な場合や、安全確保、身体チェックのため必要に応じて職員が付き添ったり、介助を行う。この場合「異性」を気に掛ける利用者へは配慮する。

③ 排泄

オムツ等の使用、尿便意が不完全、排泄の促しが必要、後始末が不十分、便器周りを汚すなど、何らかの援助を要する場合、必要に応じて職員が対応する。

④ 整容、更衣、衛生事項

洗顔、歯磨き、整髪、化粧など

衣類の着脱・交換など

シーツ交換、布団乾燥など衛生事項は、管理事項として把握し、対応する。

⑤ 口腔ケア

口腔ケア（義歯洗浄など）は、管理事項として把握し、対応する。但し可能な限り本人に行ってもらおう。

⑥ 理美容

理美容は、原則的に地域の理美容院を利用する。付き添いは職員が行う。

⑦ 散歩などの外出

心身の状態が許す範囲で、地域に出かける機会を多くつくり、食事、喫茶等の外食も取り入れる。

1.2 健康管理、服薬管理に関すること

日常的には、血圧測定、食事量、日中の様子、排泄状況など、必要な健康面の観察とその記録をとる。又、体重測定を毎月行う。

服薬や軽微な処置は、安全の確保と完全実施の為、職員が管理する。

1.3 入居者と家族の関係

家族の出入りや入居者の外出（外食等）、外泊は原則的に自由とする。また誕生会や食事会など、家族が任意に参加できる取り組みを行い、家族とともに支援する。

1.4 ホームと家族の関係

ホームでの出来事を、お便り等で定期的に知らせ現状を理解してもらう。またサービス提供にあたっては入居者及び家族に対しサービス提供方法についての説明を行う。

定期的な家族との話し合いの場として家族懇談会を年に数回開催し、入居者の生活の様子や状態の報告を行い、同時に運営面に家族の声が反映出来るようにする。

(利用料その他の費用の額)

第8条 1 指定認知症対応型共同生活介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める額とし、指定認知症対応型共同生活介護が法定代理受領サービスであるときは、その額の1割とする。一定以上の所得がある場合には、その額の2割、もしくは3割とする。

2 家賃  
1月 98,000円  
1月 53,700円（生活保護の場合）

※在籍中の外泊や入院等による不在も減額は行わない。

※月途中の入院・入退居の場合は、日割りにて請求。

※退去後は、原則的に原状復帰費用を請求。

敷金（生活保護の場合） 4か月分 214,800円

※敷金は、退去時に原状復帰費用の精算残金がある場合は、返金。

※生活保護以外の場合は、敷金は徴収しない。

3 食材費 1日 1,404円  
4 光熱水費 1月 利用日数に応じた実費相当  
(12,000～18,000円程度)  
5 共益費 1月 11,800円  
(共用の益に供するものすべて)

- ・ホームで購読する新聞、雑誌。
- ・清掃委託・空調清掃等
- ・EV維持管理費
- ・居住者が共に直接的に利益を受けている外灯
- ・その他、上記に含まれない、共同の益に供する全ての物品、消耗品等



(施設利用にあたっての留意事項)

- 第9条 1 入居者は、共同生活住居を利用する場合は、日常生活上のルールを守り生活するよう、入居者家族に対し説明を行う。
- 2 居室利用
- ① 定員の厳守  
居室の定員は1名とする。同室に夫婦の方であっても複数が入所することはできない。
- ② 使用する居室で使用する家具、電化製品、絨毯、仏壇など日常生活に必要な調度品は、入居者及びその家族が持ち込む。居室の使い方は、入居者及びその家族が決め、自分に合った空間を創出し、使用する。  
個人の契約による、新聞雑誌等の購読や携帯電話使用なども可能。
- ③ 居室への持ち込み品の制限  
ピアノなどの重量物や大型の調度品、調度品の量、及び居室許容量を超える電化製品などはホームの判断により制限することもある。  
針や刃物などはホームにて管理する。  
居室に限らず、ペットについては、その種類にもよるが、協議事項とする。
- ④ 居室の改造手摺の取り付けなど、居室の改造を伴う事項は、協議とする。

(非常災害対策)

- 第10条 指定認知症対応型共同生活介護は、非常災害に備えるため、消防計画を作成し避難訓練等を次のように行う。
- 1 防火責任者には事業管理者を充て、火元責任者には事業所ホーム長を充てる。
- 2 始業時・就業時には、火災危険防止のため自主的に点検を行う。
- 3 非常災害用の設備点検は契約保守事業者に依頼する。点検の際は防火責任者が立ち会う。
- 4 非常災害用設備は常に有効に保持するよう努める。
- 5 火災や地震等の災害が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行にあたるものとする。
- 6 防火責任者は、従業員に対して防火教育、消防訓練を実施する。
- |         |     |
|---------|-----|
| 消火・避難訓練 | 年1回 |
| 総合訓練    | 年1回 |
- 7 その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとる。

(虐待防止・身体拘束廃止に関する事項)

- 第11条 1 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待・身体拘束等の防止のため次の措置を講ずるものとする。
- ① 虐待防止・身体的拘束廃止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとなる。）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。

- ② 虐待防止・身体拘束廃止のための指針の整備
  - ③ 虐待防止・身体拘束廃止をするための定期的な研修の実施
  - ④ ①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待・身体拘束を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

（業務継続計画の策定等）

- 第12条 1 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- 2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行うものとする。
- 3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

（その他運営に関する留意事項）

- 第13条 1 従事者の質的向上を図るため研修の機会を設け、業務体制を整備する。
- ① 採用時研修 採用後3ヶ月以内
  - ② 継続研修 年4回
- 2 従業者は業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保持する。
- 3 従業者であった者に、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。
- 4 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は有限会社がわと事業所の管理者との協議に基づき定めるものとする。

附 則

この規程は、令和6年5月1日から施行する。

東京都小金井市東町二丁目31番3号  
有 限 会 社 の が わ  
グ ル ー プ ホ ー ム の が わ 式 番 館  
代 表 取 締 役 五 十 嵐 憲 幸





第1号様式

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  
指定介護予防支援事業所

指定申請書

令和6年1月10日

小金井 市(町・村)長 殿

所在地 〒715-0019  
岡山県井原市井原町192番地2  
久安セントラルビル2階

申請者 名称

株式会社土屋

代表者職名・氏名 代表取締役社長 大山敏之

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。

申請者	フリガナ	カブシキガイシャツチヤ						
	名称	株式会社土屋						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 715 - 0019 ) 岡山 都 道 井原 市 区 井原町192番地2 久安セントラルビル2階 府 県						
	連絡先	電話番号 050-3733-3443 (内線)	FAX番号 050-3457-9334	Email info@care-tsuchiya.com				
法人等の種類	法人等の種類	営利法人						
	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	オオヤマトシユキ 大山敏之	生年月日			
	代表者の住所	[Redacted]						
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に <input checked="" type="checkbox"/>								
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/>	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護						付表1
		認知症対応型通所介護						付表2
		小規模多機能型居宅介護						付表3
		認知症対応型共同生活介護						付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護		○		令和6年5月1日		付表7
		複合型サービス						付表8
		地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/>					付表9
	居宅介護支援事業						付表10	
介護予防支援事業						付表11		
地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護						付表2	
	介護予防小規模多機能型居宅介護						付表3	
	介護予防認知症対応型共同生活介護						付表4	
介護保険事業所番号		(既に指定又は許可を受けている場合)						
医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)						

付表7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	テイキジュンカイサービストチヤ コガネイ										
	名称	定期巡回サービス土屋 小金井										
	所在地	(郵便番号 184 - 0002 )										
		東京	都	道	府	県	小金井	市	区	町	村	梶野町1-3-6
連絡先	電話番号	050-1809-4355				(内線)		FAX番号	050-6875-7866			
	Email	teijyun-koganei@care-tsuchiya.com										
管理者	フリガナ	オオイワ ケンスケ					住所	[REDACTED]				
	氏名	大岩謙介										
	生年月日	[REDACTED]										
	他事業所の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					事業所の名称					
						兼務する職種及び勤務時間等	-----					
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を 実施する場合のみ記載)						名称	えいる訪問看護ステーション					
						住所	(郵便番号 184 - 0013 ) 東京都小金井市前原町4-21-12					
○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				オペレーター		看護職員		うち計画作成責任者		
		定期巡回サービス		随時訪問サービス								
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)			7		7		5				1	
非常勤(人)			7		7							
常勤換算後の人数(人)		[REDACTED]										
添付書類		別添のとおり										

(定期巡回・随時対応型訪問介護看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 - )									
			都	道	府	県		市	区	町	村
連絡先	電話番号					(内線)		FAX番号			
	Email										

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、遮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 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。



定期巡回サービス土屋小金井  
運営規程

(事業の目的)

第1条 株式会社土屋が開設する定期巡回サービス土屋小金井（以下「事業所」という。）が行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所のオペレーター、定期巡回サービスを行う訪問介護員等、随時訪問サービスを行う訪問介護員等、又は計画作成責任者（以下「従業者」という。）が、要介護状態にある利用者に対し、適正な事業を提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 事業の提供に当たっては、要介護者状態となった場合においても、その利用者が尊厳を保持し、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、定期的な巡回又は随時通報によりその者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応その他の安心してその居宅において生活を送ることができるようにするための援助を行うとともに、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すものとする。

2 事業の実施に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業者及び地域包括支援センター等、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(事業所の名称等)

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- (1) 名称 定期巡回サービス土屋小金井
- (2) 所在地 東京都小金井市梶野町1-3-6

(従業者の職種、員数及び職務内容)

第4条 事業所に勤務する従業者の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- (1) 管理者 1名（常勤）  
管理者は、事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に運営に関する基準を遵守させるため必要な指揮命令を行う。
- (2) オペレーター 常時1名以上  
オペレーターは、あらかじめ利用者の心身の状況、その置かれている環境等を把握した上で、随時、利用者又はその家族等から通報を受け、通報内容等を基に相談援助を行う。また、訪問介護員等の訪問若しくは看護師等による対応の要否等を判断するオペレーションサービスを提供する。
- (3) 定期巡回サービスを行う訪問介護員等 常時1名以上  
定期巡回サービスを行う訪問介護員等は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画等に基づき、定期的にご利用者の居宅を巡回して定期巡回サービスを提供する。
- (4) 随時訪問サービスを行う訪問介護員等 常時1名以上  
随時訪問サービスを行う訪問介護員等は、オペレーターによる訪問の要否等の判断に基づき、利用者の居宅を訪問して随時訪問サービスを提供する。
- (5) 計画作成責任者 1名以上  
計画作成責任者は、同条(2)から(4)までの従業者から選任されたものが担当し、連携先の訪問看護事業所の看護職員が行うアセスメントの結果を踏まえて定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成等の業務を行う。

(営業日及び営業時間)

第5条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- (1) 営業日 365日
- (2) 営業時間 24時間

(事業の内容)

第6条 事業の内容は次のとおりとする。

- (1) オペレーションサービス

あらかじめ利用者の心身の状況、その置かれている環境等を把握した上で、随時、利用者又はその家族等からの通報を受け、通報内容等を基に相談援助を行う又は訪問介護員等の訪問若しくは看護師等による対応の可否等の判断を行う。

(2) 定期巡回サービス

訪問介護員等が定期的に利用者の居宅を巡回し、入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話をを行う。

(3) 随時訪問サービス

オペレーションサービスにおける訪問の可否等の判断に基づき、訪問介護員等が利用者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話をを行う。

(4) 訪問看護サービス

連携先の訪問看護事業所の看護師等が、定期的に又はオペレーションサービスにおける訪問の可否等の判断に基づいて随時、利用者の居宅を訪問して行う療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。

(利用料その他の費用の額)

第7条 事業を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、利用者の介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額とする。

- 2 次条の通常の実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、その実施地域を越えた地点から、片道1キロメートル当たり移動に要する実費を徴収する。
- 3 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いの同意を文書で得ることとする。
- 4 利用者宅から事業所への通報に係る通信料（電話料金）については、利用者が負担するものとする。

(通常の実施地域)

第8条 通常の実施地域は、小金井市全域とする。

(緊急時等における対応方法)

第9条 従業者は、事業の提供中に、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治の医師に連絡し、受診する等の必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならない。

(合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法)

第10条 利用者から合鍵を預かる場合には、具体的な管理方法、紛失した場合の対処方法その他必要な事項を記載した文書を交付する。

- 2 預かった合鍵については、使用時以外は施錠された保管庫で厳重に管理する。
- 3 万が一、合鍵を紛失した場合は、速やかに利用者へ報告し、警察への届出等必要な措置を行うとともに、事業所の負担により、速やかに新しい鍵に取り替える。

(虐待の防止のための措置に関する事項)

第11条 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずる。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年1回定期的に実施する。
- (4) 上記(1)から(3)までを適切に実施するための担当者を置く。

(その他運営に関する重要事項)

第12条 事業所は、従業者の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。

- (1) 採用時研修 採用後1か月以内
- (2) 継続研修 適宜

- 2 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- 3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容に含むものとする。
- 4 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は株式会社土屋と事業所の管理者との協議に基づいて定

めるものとする。

附 則

この規程は、令和6年5月1日から施行する。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 利用料金表（利用者負担金）

株式会社土屋

定期巡回サービス土屋小金井

1. 利用料

介護保険からの介護給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、利用金額のうち「負担割合証」に記載されている利用者負担割合分になります。この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。ただし、介護保険の支給限度額の範囲を超えたサービスや、介護保険の給付対象外のサービス利用は、全額自己負担となります。また、要介護認定区分が非該当と判定した方等、何らかの理由にて介護保険の給付を受けない方については全額自己負担となります。

【料金表（単位数）】通常時間帯（24時間 365日）月あたりの定額払い

要介護度	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護費Ⅱ 単位数	看護利用時に追加される 単位数
要介護1	5,697	2,954
要介護2	10,168	2,954
要介護3	16,883	2,954
要介護4	21,357	2,954
要介護5	25,829	3,754

【加算及び減算料金】

項目	概要	単位数	
		要介護度	
通所介護サービス 利用時の減算額 (1日あたり)	当該サービスの利用者が、通所介護サービス等を利用された場合に減算されます。	要介護1	-62
		要介護2	-111
		要介護3	-184
		要介護4	-233
		要介護5	-281
短期入所サービス 利用時の日割り金額 (1日あたり)	当該サービスの利用者が、短期入所サービス等を利用された場合は、日割りでの計算となります。	要介護1	187
		要介護2	334
		要介護3	555
		要介護4	703
		要介護5	850

※自立、要支援の方を対象とした自費サービスとして

1回1分以上30分未満の利用で2,000円（税込）、以降30分毎に2,000円（税込）のご用意がございます。

御利用にあたっては別途契約書が必要となります。内容についてはご相談ください。



## 2. 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

### (1) 通信料

利用者宅から事業所への通報に係る通信及び通話により発生する通信料金については、利用者にご負担いただきます。

※ 事業所から携帯電話を貸与する場合、一定の無料通話料金の超過分をご負担いただきます。

### (2) モバイル端末

サービス内容を記録するモバイル端末を設置させていただく際は、モバイル端末の充電にかかる費用をご負担いただきます。

サービスの提供にあたっては、実施地域外であっても交通費は請求しません。

前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名捺印を受けることとします。

株式会社土屋