

令和 7 年 8 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)

こころデイサービス武蔵小金井・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

((介護予防) 認知症対応型共同生活介護)

グループホームのがわ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

### 【新規指定】

(地域密着型通所介護)

エイジレス介護センター・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5



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

2025 年 1 月 15 日

小金井

市長殿

所在地

神奈川県横浜市中区伊勢佐木町4-108-2

申請者

名称

株式会社アレス

代表者職名・氏名

代表取締役

小野 浩二

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。

|     |                                          |                                                         |                    |     |        |           |                     |               |  |  |  |  |  |  |
|-----|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------|-----|--------|-----------|---------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|
|     |                                          | 法人番号 7 0 1 3 3 0 1 0 2 7 1 3 4                          |                    |     |        |           |                     |               |  |  |  |  |  |  |
| 申請者 | フリガナ                                     | カブシカイシャアレス、                                             |                    |     |        |           |                     |               |  |  |  |  |  |  |
|     | 名称                                       | 株式会社アレス、                                                |                    |     |        |           |                     |               |  |  |  |  |  |  |
|     | 主たる事務所の所在地                               | (郵便番号 231 - 0045 ) -<br>神奈川県 都 道 横浜 (市) 区 伊勢佐木町4-108-2、 |                    |     |        |           |                     |               |  |  |  |  |  |  |
|     | 連絡先                                      | 電話番号                                                    | 045-325-8001、 (内線) |     |        |           | FAX番号               | 045-325-8002、 |  |  |  |  |  |  |
|     | 代表者の職名・氏名・生年月日                           | 職名                                                      | 代表取締役、             |     | フリガナ   | オノ コウジ    |                     | 生年月日          |  |  |  |  |  |  |
|     |                                          |                                                         |                    | 氏 名 | 小野 浩二、 |           |                     |               |  |  |  |  |  |  |
|     | 代表者の住所                                   | (郵便番号 ) -<br>[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 4 1 0 1 3 5 8 |               |  |  |  |  |  |  |
|     | 指定有効期間満了日                                | 2025年2月28日、                                             |                    |     |        |           |                     |               |  |  |  |  |  |  |
|     | フリガナ                                     | ココロデイサービスムサシコガネイ、                                       |                    |     |        |           |                     |               |  |  |  |  |  |  |
|     | 名称                                       | こころデイサービス武蔵小金井、                                         |                    |     |        |           |                     |               |  |  |  |  |  |  |
|     | 所在地                                      | (郵便番号 184 - 0005 ) -<br>東京都 (都) 道 小金井 (市) 区 桜町1-15-12、  |                    |     |        |           |                     |               |  |  |  |  |  |  |
|     | 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                                       | マツナガ ヨシコ、                                               |                    |     |        | 生年月日      |                     |               |  |  |  |  |  |  |
|     | 住所                                       | (郵便番号 ) -<br>[Redacted]                                 |                    |     |        |           |                     |               |  |  |  |  |  |  |

- 備考 1 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
- 2 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
- 3 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。
- 4 「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。

付表第二号（三） 地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定等に係る記載事項

|                                                                                             |                               |                                                                |                   |      |     |       |          |               |    |   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------|------|-----|-------|----------|---------------|----|---|--|
| 事業所                                                                                         | 法人番号                          | 7013301027134、                                                 |                   |      |     |       |          |               |    |   |  |
|                                                                                             | フリガナ                          | ココロデイサービスムサシコガネイ、                                              |                   |      |     |       |          |               |    |   |  |
|                                                                                             | 名称                            | こころデイサービス武蔵小金井、                                                |                   |      |     |       |          |               |    |   |  |
|                                                                                             | 所在地                           | (郵便番号 184 - 0005)、<br>東京 (都) 道 小金井 (市) 区 桜町1-15-12、<br>府 県 町 村 |                   |      |     |       |          |               |    |   |  |
| 連絡先                                                                                         | 電話番号                          | 042-386-7244、                                                  |                   |      |     | (内)   | FAX番号    | 042-386-7245、 |    |   |  |
|                                                                                             | Email                         | musashikoganei@ares-kaigo.com、                                 |                   |      |     |       |          |               |    |   |  |
| 管理者                                                                                         | フリガナ                          | マツナガ ヨシコ、                                                      |                   |      |     | 住所    | (郵便番号 )、 |               |    |   |  |
|                                                                                             | 氏名                            | 松永 嘉子、                                                         |                   |      |     |       |          |               |    |   |  |
|                                                                                             | 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） | 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                 |                                                                |                   |      |     |       |          |               |    |   |  |
| 共生型サービスの該当有無                                                                                |                               |                                                                |                   |      |     |       |          |               |    |   |  |
| <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <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 31.69、 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)                                                          | 0                 | 3    | 0   | 0     | 0        | 2             | 0  | 0 |  |
|                                                                                             | 非常勤(人)                        | 1                                                              | 0                 | 0    | 0   | 5     | 0        | 1             | 0  |   |  |
|                                                                                             | ○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                          |                                                                | 8 : 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 : 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                                                         |                   |      |     |       |          |               |    |   |  |



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

2025 年 5 月 15 日

市(区・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

五十嵐 憲幸

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。

|     |                |                                                           |                             |           |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
|-----|----------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------|---------------------|-----------|------|-------|--------------|--|--|--|--|--|
|     |                | 法人番号 9 0 1 2 4 0 2 0 1 4 3 7 8                            |                             |           |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
| 申請者 | フリガナ           | ユウゲンカイシャ 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 )<br>東京 都 道 小金井市 市 区 東町2-31-3<br>府 県 町 村 |                             |           |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
|     | 連絡先            | 電話番号                                                      | 0422-30-3052                |           |                     |           | (内線) | FAX番号 | 0422-30-0168 |  |  |  |  |  |
|     |                | Email                                                     | gh.nogawa@care-tsuchiya.com |           |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
|     | 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         | (郵便番号 )<br>[Redacted]                                     |                             |           |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
| 事業所 | 事業等の種類         | (介護予防)認知症対応型共同生活介護                                        |                             | 介護保険事業所番号 | 1 3 9 4 1 0 0 2 0 8 |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
|     | 指定有効期間満了日      | 2025年6月30日                                                |                             |           |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
|     | フリガナ           | グループホームノガワ                                                |                             |           |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
|     | 名称             | グループホームのがわ                                                |                             |           |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
|     | 所在地            | (郵便番号 184 - 0011 )<br>東京 都 道 小金井 市 区 東町2-31-3<br>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                  |                             |           |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
| 管理者 | フリガナ           | ヤマネ タケシ                                                   |                             |           |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
|     | 氏名             | 山根 健                                                      |                             | 生年月日      |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
|     | 住所             | (郵便番号 )<br>[Redacted]                                     |                             |           |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |
|     |                |                                                           |                             |           |                     |           |      |       |              |  |  |  |  |  |

- 備考 1 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
- 2 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
- 3 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。
- 4 「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。

付表第二号（七） 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等に係る記載事項

|                    |                             |                                                                                                        |                                                  |            |                   |              |            |            |    |   |
|--------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------|-------------------|--------------|------------|------------|----|---|
| 事業所                | 法人番号                        | 9012402014378                                                                                          |                                                  |            |                   |              |            |            |    |   |
|                    | フリガナ                        | グループホームノガワ                                                                                             |                                                  |            |                   |              |            |            |    |   |
|                    | 名称                          | グループホームのがわ                                                                                             |                                                  |            |                   |              |            |            |    |   |
|                    | 所在地                         | (郵便番号 184 - 0011 )<br>東京 都 道 市 区 町 村 小金井 東町2-31-3                                                      |                                                  |            |                   |              |            |            |    |   |
|                    | 連絡先                         | 電話番号                                                                                                   | 0422-30-3052 (内線)                                |            | FAX 番号            | 0422-30-0168 |            |            |    |   |
| 管理者                | フリガナ                        | ヤマネ タケシ                                                                                                |                                                  | 住所         | (郵便番号 [REDACTED]) |              |            |            |    |   |
|                    | 氏名                          | 山根 健                                                                                                   |                                                  |            | [REDACTED]        |              |            |            |    |   |
|                    | 生年月日                        | [REDACTED]                                                                                             |                                                  |            | [REDACTED]        |              |            |            |    |   |
|                    | 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）   |                                                                                                        |                                                  |            |                   |              |            |            |    |   |
|                    | 他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入） | 兼務先の名称、所在地                                                                                             | グループホームのがわ 武番館<br>東京都小金井市梶野町1-3-6                |            |                   |              | 事業所番号      | 1394100273 |    |   |
|                    |                             | 兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等                                                                               | サービス種別：認知症対応型共同生活介護<br>兼務する職種：管理者 勤務時間9:00-18:00 |            |                   |              |            |            |    |   |
|                    |                             |                                                                                                        |                                                  |            |                   |              |            |            |    |   |
|                    | 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                                                                                                     | 医療社団法人つくし会 新田クリニック                               |            | 主な診療科名            | 内科           |            |            |    |   |
|                    |                             | 名称                                                                                                     | とくら歯科医院                                          |            | 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            |                             | 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                                                                                                     | 兼務                                               | 専従         | 兼務                | 専従           | 兼務         | 専従         | 兼務 |   |
|                    |                             | 常勤（人）                                                                                                  | 0                                                | 3          | 0                 | 1            |            |            | 0  | 2 |
|                    |                             | 非常勤（人）                                                                                                 | 3                                                | 4          | 3                 | 3            |            |            | 0  | 0 |
| 常勤換算後の人数（人）        |                             | 6.384                                                                                                  |                                                  | 6.275      |                   |              |            |            |    |   |
| 利用者数(推定数を記入)       | 合計                          | 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 type="checkbox"/> 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 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次頁の記入欄不足時の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。

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7年 3 月 10 日

小金井 市(区・町・村)長殿

所在地 東京都小金井市貫井北町3-30-9

申請者 名称 有限会社エイジレス・ライフ

代表者職名・氏名 代表取締役 加藤 多一

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。

|                                                   |                   |                                                     |                              |                           |                      |                   |             |              |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------|-------------|--------------|--|--|--|--|--|
|                                                   |                   | 法人番号                                                |                              | 5 0 1 2 4 0 2 0 1 4 4 0 7 |                      |                   |             |              |  |  |  |  |  |
| 申請者                                               | フリガナ              | ユウゲンガイシャエイジレス・ライフ                                   |                              |                           |                      |                   |             |              |  |  |  |  |  |
|                                                   | 名称                | 有限会社エイジレス・ライフ                                       |                              |                           |                      |                   |             |              |  |  |  |  |  |
|                                                   | 主たる事務所の所在地        | (郵便番号 185 - 0015 )<br>東京 都 道 府 県 小金井 市 区 貫井北町3-30-9 |                              |                           |                      |                   |             |              |  |  |  |  |  |
|                                                   | 連絡先               | 電話番号                                                | 042-380-8066 (内線)            |                           |                      |                   | FAX番号       | 042-380-8108 |  |  |  |  |  |
|                                                   |                   | Email                                               | ageless-kaigo@mountain.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                                                  | 代表取締役                        | フリガナ                      | カトウ タイチ              | 生年月日              |             |              |  |  |  |  |  |
| 代表者の住所                                            | (郵便番号) [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 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                                           |                              |                           |                      |                   | 付表第二号(二)    |              |  |  |  |  |  |
|                                                   |                   | 認知症対応型通所介護                                          |                              |                           |                      |                   | 付表第二号(四)(五) |              |  |  |  |  |  |
|                                                   |                   | 小規模多機能型居宅介護                                         |                              |                           |                      |                   | 付表第二号(六)    |              |  |  |  |  |  |
|                                                   |                   | 認知症対応型共同生活介護                                        |                              |                           |                      |                   | 付表第二号(七)    |              |  |  |  |  |  |
|                                                   |                   | 地域密着型特定施設入居者生活介護                                    |                              |                           |                      |                   | 付表第二号(八)    |              |  |  |  |  |  |
|                                                   |                   | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護                                |                              |                           |                      |                   | 付表第二号(九)    |              |  |  |  |  |  |
|                                                   |                   | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                                    |                              |                           |                      |                   | 付表第二号(一)    |              |  |  |  |  |  |
|                                                   |                   | 複合型サービス                                             |                              |                           |                      |                   | 付表第二号(十)    |              |  |  |  |  |  |
|                                                   |                   | 地域密着型通所介護                                           | <input type="checkbox"/>     | ○                         |                      | 2025年4月1日         | 付表第二号(三)    |              |  |  |  |  |  |
|                                                   | 居宅介護支援事業          |                                                     |                              | ○                         |                      | 付表第二号(十一)         |             |              |  |  |  |  |  |
|                                                   | 介護予防支援事業          |                                                     |                              |                           |                      | 付表第二号(十二)         |             |              |  |  |  |  |  |
|                                                   | 介護予防サービス          | 介護予防認知症対応型通所介護                                      |                              |                           |                      |                   | 付表第二号(四)(五) |              |  |  |  |  |  |
|                                                   |                   | 介護予防小規模多機能型居宅介護                                     |                              |                           |                      |                   | 付表第二号(六)    |              |  |  |  |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護                                  |                   |                                                     |                              |                           |                      | 付表第二号(七)          |             |              |  |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号                                         |                   | 1 3 7 4 1 0 0 7 0 7 (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)                               |                              |                           |                      |                   |             |              |  |  |  |  |  |

備考

- 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
- 地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「事業所の名称及び所在地」、「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」、「当該申請に係る事業の開始予定年月日」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
- 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号の記入も可能です。
- 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

付表第二号 (三) 地域密着型通所介護 (療養通所介護) 事業所の指定等に係る記載事項

|                    |                                                                               |                                                       |                   |             |         |       |              |         |    |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------|-------------|---------|-------|--------------|---------|----|
| 事業所                | 法人番号                                                                          | 5012402014407                                         |                   |             |         |       |              |         |    |
|                    | フリガナ                                                                          | エイジレスカイゴセンター                                          |                   |             |         |       |              |         |    |
|                    | 名称                                                                            | エイジレス介護センター                                           |                   |             |         |       |              |         |    |
|                    | 所在地                                                                           | (郵便番号 184 - 0015 )<br>東京 (都) 道 小金井 (市) 区 村 貫井北町3-30-9 |                   |             |         |       |              |         |    |
|                    | 連絡先                                                                           | 電話番号                                                  | 042-380-8066 (内線) |             |         | FAX番号 | 042-380-8108 |         |    |
| 管理者                | フリガナ                                                                          | カトウ タイチ                                               |                   | 住所          | (郵便番号 ) |       |              |         |    |
|                    | 氏名                                                                            | 加藤 多一                                                 |                   |             |         |       |              |         |    |
|                    | 生年月日                                                                          |                                                       |                   |             |         |       |              |         |    |
|                    | 当該事業所で兼務する他の職種<br>(兼務の場合のみ記入)                                                 |                                                       | 生活相談員             |             |         |       |              |         |    |
|                    | 他の事業所、施設等の職務<br>との兼務<br>(兼務の場合のみ記入)                                           | 兼務先の名称、所在地                                            |                   |             |         |       |              | 事業所番号   |    |
|                    |                                                                               | 兼務先のサービス提供、実施する<br>業務及び施設名称等                          |                   |             |         |       |              |         |    |
|                    | 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     |                                                                               | 55.79 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                 | 2           |         | 1     | 1            |         | 1  |
|                    | 非常勤 (人)                                                                       | 2                                                     |                   |             | 2       | 7     |              | 1       |    |
|                    | ○設備に関する基準の確認に必要な事項                                                            |                                                       |                   |             |         |       |              |         |    |
|                    | 営業日<br>(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)                                                                 |                                                       | 年末年始は休業とする。       |             |         |       |              |         |    |
|                    | 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  |    |
|                    |                                                                               | 8 : 30                                                |                   | 17 : 30     |         |       |              |         |    |
|                    |                                                                               | 9 : 00                                                |                   | 16 : 45     |         |       |              |         |    |
| サービス提供時間           |                                                                               | 9 : 00                                                |                   | 16 : 45     |         |       |              |         |    |
| 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<br>(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  |    |
|                    |                                                                               | 8 : 30                                                |                   | 17 : 30     |         |       |              |         |    |
|                    |                                                                               | 9 : 00                                                |                   | 16 : 45     |         |       |              |         |    |
| サービス提供時間           |                                                                               | 9 : 00                                                |                   | 16 : 45     |         |       |              |         |    |
| 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<br>(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  |    |
|                    |                                                                               | 8 : 30                                                |                   | 17 : 30     |         |       |              |         |    |
|                    |                                                                               | 9 : 00                                                |                   | 16 : 45     |         |       |              |         |    |
| サービス提供時間           |                                                                               | 9 : 00                                                |                   | 16 : 45     |         |       |              |         |    |
| 利用定員               |                                                                               | 人                                                     |                   |             |         |       |              |         |    |
| 添付書類               |                                                                               | 別添のとおり                                                |                   |             |         |       |              |         |    |

地域密着型通所介護・介護予防日常生活支援総合事業運営規程  
(現行相当・市基準)

(事業の目的)

- 第1条 有限会社エイジレス・ライフが開設するエイジレス介護センター（以下「事業所」という）が行う指定地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業による通所型サービス（以下「指定通所介護等」という。）の事業所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「従業者」という。）が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者（以下「要介護者等」という。）に対し、適正な指定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 事業所の従業者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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生活機能の維持又は向上を目指し、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・精神的負担の権限を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。
- 2 事業の実施に当たっては、関係区市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、地域の保健医療、福祉サービスを提供するものとの綿密な連携を保ち、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。

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| 名 称 | エイジレス介護センター              |
| 所在地 | 〒184-0015 小金井市貫井北町3-30-9 |

(従事者の職種、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する。

- (1) 管理者 常勤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。また、指定通所介護等の利用申込に係る調整並びに地域密着型通所介護計画書又は通所型サービス計画書（以下「通所介護計画書等」という。）の作成を行う。

- (2) 生活相談員 常勤1名以上

介護職員 常勤1名以上

看護師 1名以上

従事者は、指定通所介護等の業務にあたる。

生活相談員は、利用者の生活の向上を図るため適切な相談・援助等を行う。

介護職員及び看護職員は、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

の介護や健康その他必要な業務にあたる。

(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。

営業日：月曜日～土曜日・祝日とする。ただし、年末年始は除く。

営業時間：8時30分～17時30分

サービス提供時間：9時00分～16時45分

(指定通所介護等の利用者定員)

第6条 指定通所介護等の利用者の定員は次のとおりとする。

|              | サービス提供時間帯    | 利用者定員 |
|--------------|--------------|-------|
| 要介護1～5       | 9時00分～16時45分 | 18人   |
| 要支援1・2、事業対象者 | 9時00分～16時45分 | 13人   |

(指定通所介護等の提供方法、内容)

第7条 指定通所介護等の内容は、居宅サービス計画書、介護予防サービス計画書又は小金井市総合事業による介護予防ケアマネジメント計画書（以下「居宅サービス計画書等」という。）に基づいて提供されるものとする。ただし、緊急を要する場合にあたっては、居宅サービス計画書等の作成前であってもサービスを利用できるものとし、次にあげるサービスから利用者に必要なものを提供する。

(1) 身体に関すること

日常生活動作の程度により、必要な支援及びサービスを提供し、排せつの介助・移動・移乗の介助その他必要な身体の介助を行う。

(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し、衣類着脱の介護、身体清拭、整髪、洗身、その他必要な入浴介助を行う。

(3) 食事に関すること

食事の準備、配膳下膳の介助、食事摂取の介助、その他必要な食事介助を行う。

(4) 機能訓練に関すること

体力や機能の低下を防ぐため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) 口腔ケアに関すること

口腔機能の向上を目的とし、口腔清掃、摂食、嚥下機能に関する指導若しくはサービスの提供を行う。

(6) アクティビティ・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れることができるよう、アクティビティ・サービスを実施する。これらの活動を通じて仲間づくり、老いや障がいの受容、心身機能の維持・向上、地震の回復や情緒安定を図る。

例：レクリエーション、音楽療法、制作活動、行事活動、体操など。

(7) 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。送迎車両には従事者が添乗し必要な介助を行う。

(8) 相談及び助言に関すること

利用者及び家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行う。

(指定居宅介護支援事業所との連携)

- 第8条 指定通所介護等の提供にあたっては利用者に係る指定居宅介護支援事業所、指定介護予防支援事業所又は地域包括支援センター（以下「指定居宅介護支援事業所等」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、その置かれている環境、他の保険・医療・福祉サービスの利用状況の把握に努める。
- 2 指定居宅介護支援事業所等と連携し、利用者の生活状況の変化、サービスの利用状況の把握に努める。
  - 3 正当な理由なく指定通所介護等の提供を拒まない。ただし、通常の事業の実施地域等を勘案し、利用者希望者に対し指定通所介護等の提供が困難と認めた場合、利用者に係る指定居宅介護支援事業所等と連携し、必要な措置を講じる。

(通所介護計画書等の作成等)

- 第9条 指定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、通所介護計画書等を作成する。また、既に居宅サービス計画書等が作成されている場合は、その内容に沿った通所介護計画書等を作成する。
- 2 通所介護計画書等の作成・変更の際には、利用者又は家族に対し、計画書の内容を説明し、同意を得る。作成した通所介護計画書等は、遅滞なく利用者に交付する。
  - 3 利用者に対し、通所介護計画書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。

(利用料金)

- 第10条 指定通所介護等を提供した場合の料金の額は、厚生労働大臣又は小金井市長が定める基準によるものとし、指定通所介護等が法定代理受領サービスであるときは、その額に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。詳細は料金表のとおりとする。

2 前項に定めるもののほか、利用者から次の費用の支払いを受けるものとする。

(1) 食事代 800 円（おやつ代含む）

(2) その他の費用

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| 陶芸の材料費      | 2,000 円（月 1 回）    |
| フラワーアレンジメント | 400 円（1 回）        |
| クラフト材料費①    | ご利用 1～3 回 300 円/月 |
| クラフト材料費②    | ご利用 4～6 回 500 円/月 |
| バスタオル等の貸し出し | 100 円（1 回）        |
| 衣類の洗濯       | 100 円（1 回）        |
| リハパン・パット    | 100 円（1 枚）        |
| 外出時の食事代・入場料 | 自費                |
| 理髪          | 2,000 円           |

(3) キャンセル料金

利用予定日の前日 18 時 00 分までにキャンセルの申し出がなかった場合、指定通所介護等の費用と食事代 800 円の支払いを受けるものとする。ただし、要支援及び事業対象者の利用者についてはキャンセル料金は発生しない。

(4) 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又その家族に対して事前に文章で説明をした上で、支払いの同意をする旨の文書に署名（記名押印）を受けるものとする。

(5) 指定通所介護等の利用者は、事業所の定める期日に、別途契約書で指定する方法により納付する。

（指定通所介護等の提供記録の記載）

第 11 条 従事者は、指定通所介護等を提供した際には、その提供日、提供時間、提供した具体的なサービスの内容、その他必要な事項を記録する。

（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・国分寺市・府中市とする。

（契約書の作成）

第 13 条 指定通所介護等の提供を開始するにあたって、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、同意を得たうえで署名（記名押印）を受けることとする。

（緊急時における対応方法）

第 14 条 従業者は、指定通所介護等を提供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家族、主治医に連絡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 指定通所介護等を提供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。

- (1) 防火責任者 管理者
- (2) 防火訓練 年2回
- (3) 避難訓練 年2回
- (4) 通報訓練 年2回

(衛生管理及び従事者の健康管理等)

第16条 指定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 従事者に対し感染症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、職員立ち合いのもとで使用する。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 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、指定通所介護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、前項の苦情等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 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対してと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、利用者に損害賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。
- 4 事業所は、事故が発生した際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる。

(高齢者虐待防止のための措置)

第20条 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じる。

- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会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こと。
- (2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- (3) 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

(その他運営についての重要事項)

第21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 採用後研修3か月以内

(2) 継続研修 年5回以上

- 2 事業者は、業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持する。また、従事者であった者に、業務上知りえた利用者又はその家族に秘密を保持させるため、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書の内容に明記する。
- 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、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運営法人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9月1日から施行する。

この規程は、令和7年4月1日から施行する。