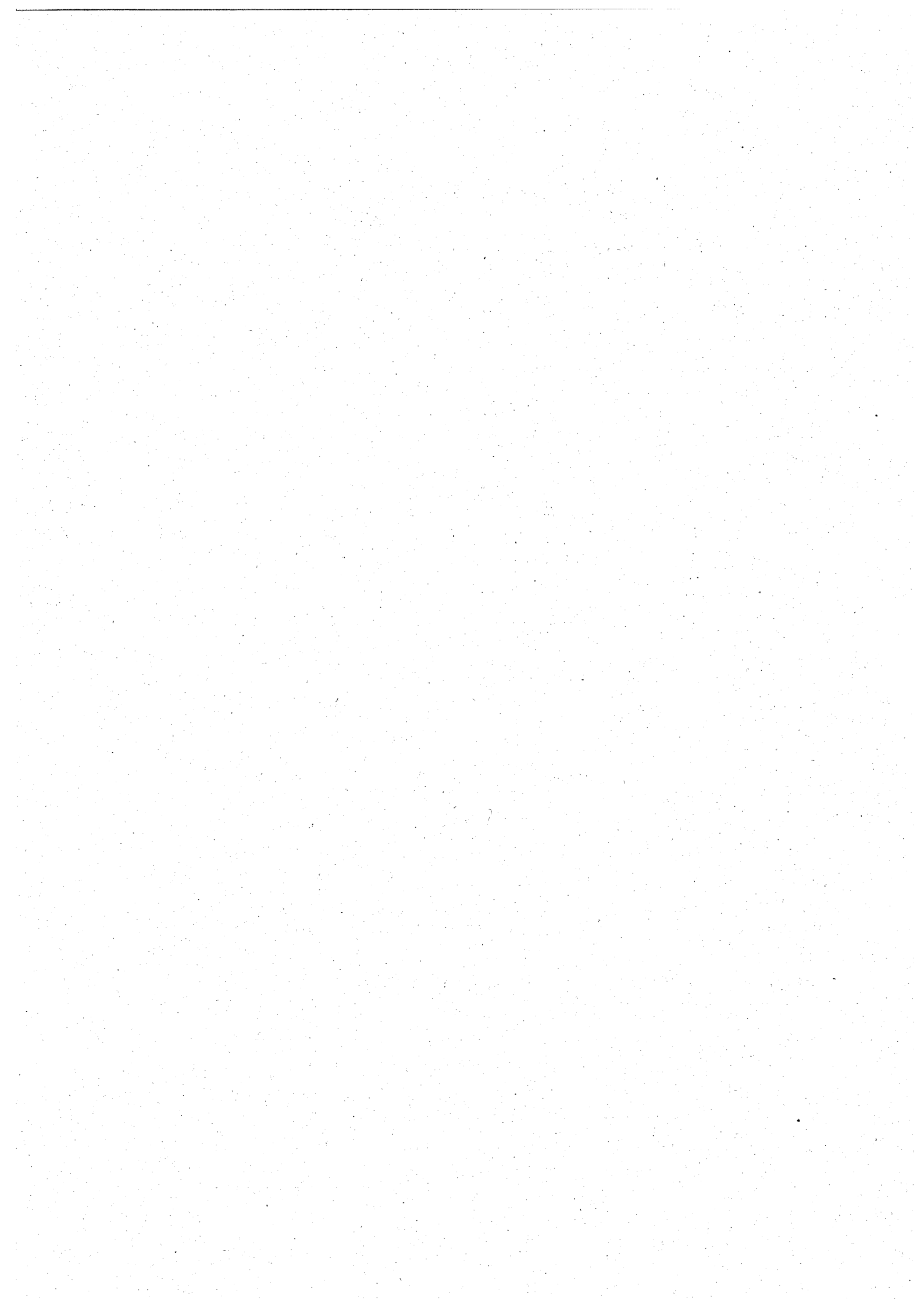


神戸市市民福祉調査委員会介護保険専門分科会

第41回「地域密着型サービス運営委員会」

資料1

神戸市地域密着型サービス事業所の指定について



議題 1

神戸市地域密着型サービス事業所の指定について

令和元年5月1日から令和元年10月1日指定までの申請があった事業所は13事業所です。

(1) 申請事業所数

	認知症対応型 共同生活介護 (予防含む)	地域密着型介 護老人福祉施 設入所者生活 介護	小規模多機能 型居宅介護 (予防含む)	看護小規模多 機能型居宅介 護	認知症対応型 通所介護 (予防含む)	地域密着型 通所介護	定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看 護
事業所数	3	0	0	1	0	9	0

(2) 申請事業所・施設

①認知症対応型共同生活介護 (3事業所)

指定日	事業所名	法人名	備考	住所
7月1日	グループホームまんでんたるみ東	社会福祉法人三桂会	系列法人への移譲	垂水区美山台
7月1日	グループホーム ウッドランド魚崎北町	株式会社愛ホームサービス	事業譲渡	東灘区魚崎北町
8月1日	グループホームめぐみの丘レガシイ福住	株式会社グロリアコーポレーション		西区押部谷町

③看護小規模多機能型居宅介護 (1事業所)

指定日	事業所名	法人名	備考	住所
9月1日	たるみな倶楽部 サテライト まなび倶楽部	株式会社 ニッコー・ケイサービス	たるみな倶楽部 (垂水区宮本町) のサテライト事業所	垂水区学が丘

④地域密着型通所介護 (9事業所)

指定日	事業所名	法人名	備考	住所
5月1日	小規模デイ ひなたぼっこ	株式会社陽だまり	押部谷あんしんすこやかセンター	西区押部谷町
7月1日	わーらいふ	KOBE・KIRAKU株式会社	系列法人への移譲 篠原あんしんすこやかセンター	灘区篠原南町
8月1日	リハビリデイサービスnagomi 本多聞店	アンビコー・ホレーション株式会社	系列法人への移譲 本多聞あんしんすこやかセンター	垂水区本多聞
8月1日	リハビリデイサービスnagomi 須磨妙法寺店	アンビコー・ホレーション株式会社	系列法人への移譲 妙法寺あんしんすこやかセンター	須磨区妙法寺
8月1日	ケア・スタジオごりら	株式会社藤ライラック	名谷あんしんすこやかセンター	須磨区北落合
8月1日	パワリハデイ セラピー	一般社団法人ぎずな会	篠原あんしんすこやかセンター	灘区水道筋
9月1日	高津橋デイサービスゆうりん	ウェルフェア株式会社	系列法人への移譲 玉津あんしんすこやかセンター	西区玉津町
9月1日	水谷デイサービスゆうりん	ウェルフェア株式会社	系列法人への移譲 玉津あんしんすこやかセンター	西区水谷
9月1日	デイサービス リバティ	株式会社フォーユーサフライ	北鈴蘭台あんしんすこやかセンター	北区山田町小部字向井谷

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

受付番号

事業所	フリガナ 名称		グループホームマンテナルミヒガン グループホームまんでんたるみ東			
	所在地		(郵便番号 655-0874) 兵庫県神戸市垂水区美山台2丁目8番2号			
	連絡先	電話番号	078-751-1515	FAX番号	078-751-1516	
	当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文			第1条第1項第2号(口)		
管理者	フリガナ		(郵便番号)			
	氏名		住所			
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)			介護職員		
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称			事業所番号		
	兼務する職種及び勤務時間等					
共同生活住居数		2戸		①	②	平均居室面積 7.92 ^m 2 (有効面積)
利用者数(推定数を記入)		18人		9人	9人	
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)		3	2	5		1
非常勤(人)		3(2)		1(0.9)	1(0.3)	1
常勤換算後の人数(人)		7.4		6.2		居室 27.77 ^m 2 (有効面積)
基準上の必要人数(人)						
適合の可否						
主な揭示事項	居室数		9室 (うち個室 9室)	9室 (うち個室 9室)	敷金 331,800円	
	利用定員		9人		利用料 35,300円/月	
	利用料	法定代理受領分(一部負担分)	介護報酬の告示上の額		食料費 1,420円/日	
		法定代理受領分以外	介護報酬の告示上の額		光熱水費 15,000円/月	
その他の費用		運営規程の通り		運営規程の通り		共益費 5,000円/月
協力医療機関	名称	神戸掖済会病院		主な診療名		内科・循環器内科・整形 外科・リウマチ科・リハビリ テーション科・外科・脳神経 外科他
	名称	やまぐちクリニック		主な診療科名		内科・外科
	名称	なかたに歯科クリニック		主な診療科名		歯科
耐火構造物、準耐火構造物等の別			耐火構造物			
運営推進会議の有無			(有) 無			
添付書類		別添のとおり				

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

受付番号 XXXXXXXXXX

事業所	フリガナ	グループホームウッドランド ウォザキマチ					
	名称	グループホーム ウッドランド魚崎北町					
	所在地	(郵便番号658-0082) 兵庫県 神戸 郡市 東灘区魚崎北町2丁目3番4号					
	連絡先	電話番号	078-431-8730	FAX番号 078-431-8733			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第2条第1項第1号			
管理者	フリガナ			住所 (郵便番号)			
	氏名						
	生年月日						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)			計画作成担当者			
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						
共同生活住居数	2戸	①	②				
利用者数(推定数を記入)	18人	9人	9人	平均居室面積 8.62㎡ (有効面積)			
従業者の職種・員数	介護従業者		介護従業者		計画作成担当者		
	専従	兼務	専従	兼務		専従	兼務
	常勤(人)	2		1	1(0.9)		2
	非常勤(人)	9(4.7)		8(4.8)			
	常勤換算後の人数(人)	6.2		6.7			
	基準上の必要人数(人)						
適合の可否							
主な揭示事項	居室数	9室 (うち個室 9室)	9室 (うち個室 9室)	敷金 210,000円			
	利用定員	9人		9人			
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)	介護報酬告示上の額	介護報酬告示上の額	料 70,000円/月		
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額	介護報酬告示上の額	料 1,200円/日		
	その他の費用	利用者負担金一覧表による	利用者負担金一覧表による	料 5,000円/月			
関 協力医療機関	名称	医療法人明倫会 宮地病院		主な診療科名	内科、整形外科、心療内科・精神科、消火器内科、循環器内科、総合診療		
	名称	ナカムラデンタルクリニック		主な診療科名	歯科		
耐火構造物、準耐火構造物等の別		準耐火構造物					
運営推進会議の有無		有 無					
添付書類		別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 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。
 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。
 4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

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

受付番号

事業所	フリガナ	グループホーム メグミノオカ レガシィ福住						
	名称	グループホームめぐみの丘レガシィ福住						
	所在地	(郵便番号 651 -2213) 兵庫県 神戸市 西区押部谷町福住字北山 628-206						
	連絡先	電話番号	078-940-8858	FAX番号 078-940-8858				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第 2 条第 1 項第 4 号				
管理者	フリガナ	(郵便番号)						
	氏名	住所						
	生年月日							
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)		計画作成者					
	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							
共同生活住居数	3 戸	A	B	C	平均居室面積 7.50 ^{m²} (有効面積) 居室 食堂面積 30.67 ^{m²} (有効面積)			
利用者数 (推定数を記入)	27 人	9 人	9 人	9 人				
従業者の職種・員数		介護従業者	介護従業者	介護従業者				
		専従	兼務	専従		兼務		
常勤 (人)		2	0	1		1(0.7)	4	0
非常勤 (人)		5 (2.9)		7 (3.2)			1 (0.5)	1 (0.4)
常勤換算後の人数 (人)		4.9		4.9			4.9	
基準上の必要人数 (人)								
適合の可否								
主な揭示事項	居室数	9 室 (うち個室 9 室)		9 室 (うち個室 9 室)		9 室 (うち個室 9 室)		
	利用定員	9 人		9 人		9 人		
	利用料	法定代理受領分 (一割負担分)	介護報酬法定分		同左		同左	
		法定代理受領分以外	なし		同左		同左	
	その他の費用	実費		実費		実費		
機 関 協 力 医 療	名称	クリニックヤマダ		主な診療科名	内科			
	名称	かもめ歯科		主な診療科名	歯科			
耐火構造物、準耐火構造物等の別		準耐火構造物						
運営推進会議の有無		(有) 無						
添付書類		別添のとおり						

備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
 2 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。
 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。
 4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

敷金 無料(0円) 倉庫費 800円/日 共益費 5,000円/月
 家賃 70,000円/月 光熱水費 400円/日

付表8-1 複合型サービス事業所の指定に係る事前協議記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	タルミナクラブ サテライト マナビクラブ							
	名称	たるみな倶楽部 サテライト まナビ倶楽部							
	所在地	(郵便番号 655-0004) 神戸市垂水区学が丘1丁目7番2							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条第 項第 / 号				
併設施設等	サービス種別	看護小規模多機能型居宅介護	名称	たるみな倶楽部 サテライト まナビ倶楽部		事業所番号			
事業所の種類		病院・診療所・その他			訪問看護事業所としての指定		有・無		
管理者	フリガナ				(郵便番号)				
	氏名				住所				
	資格	介護福祉士							
	当該複合型サービス事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					介護士			
	併設する施設等の従業者としての職務に従事する場合		名称			事業所番号			
		従事する職種及び勤務時間等							
通いサービスの利用者数(推定数を記入)					9人				
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者のうち 看護職員		看護職員のうち 保健師・看護師		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)		8	4	0	3	0	2	0	0
非常勤(人)		0	1(04)	0	1(04)	0	1	0	1
常勤換算後の人数(人)		12.4		3.4					
基準上の必要人数(人)									
適合の可否									
建物 構造 概要	耐火建築物・準耐火建築物・その他			居間及び食堂 の合計面積		31.99 m ²		適合の可否	
	個室の宿泊室	3室	うち床面積6.4 m ² 以上 7.43 m ² 未満の宿泊室	0室		個室以外の宿泊室の合計面積		m ²	
	基準上の必要数値		m ² 以上		適合の可否				
主な 揭示 事項	営業日及び休日		365日						
	営業時間		24時間						
	登録定員		18人						
	通いサービスの利用定員		9人						
	宿泊サービスの利用定員		3人						
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)		介護報酬告示上の額					
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額					
	食事の提供に要する費用		朝食 300円 昼食 550円 夕食 550円 おやつ 100円						
	宿泊に要する費用		1泊2,000円						
通常の事業実施地域		神戸市垂水区内							
協力医療機関	名称	北瀬循環器内科			主な診療科名	内科			
	名称	もりがみ歯科			主な診療科名	歯科			
運営推進会議の有無		有・無							
添付書類		別添のとおり							
協力医療機関: 名称 : やまぐちクリニック				: 主な診療科目 : 内科/外科					

付表 6-1 地域密着型通所介護
所の指定に係る記載事項

事業

--	--

事業所	フリガナ	ショウキボデイ ヒナタボッコ							
	名称	小規模デイ ひなたぼっこ							
	所在地	(郵便番号 651-2213) 神戸市西区押部谷町福住 628-192							
	連絡先	電話番号	078-994-8211		FAX 番号	078-994-9299			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文									
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください									
当該事業所に係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者				
管理者	フリガナ								
	氏名	住所							
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種		介護職員						
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者としての職務に従事する場合	名称・サービス 従事する職種及び勤務時間等							
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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)		2 (1.1)		2 (0.6)		1 (0.1)		1 (0.1)	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		31.61 m ²				基準上の必要数値 m ² 以上		適合の可否	
主な揭示事項	単位数: 1単位	営業日及び休日		営業日: 月~土曜日 休日: 日曜日 12月31日~1月3日					
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間		9:00 ~18:00					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:30 ~16:45					
		利用定員		9人					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)		介護報酬告示上の額・神戸市の定める額					
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額・神戸市の定める額					
		その他の費用		運営規程の通り					
通常の事業実施地域		神戸市西区							

- 備考
- 1 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
 - 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

地域密着型

付表 6-1 通所介護

事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	ワーライフ							
	名称	わーらいふ							
	所在地	(郵便番号 657-0059) 神戸市灘区篠原南町 6 丁目 5 - 2							
	連絡先	電話番号	(078) 882-4165		FAX 番号	(078) 882-4175			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 2 条 第 4 項 第 号				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名			住所					
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種		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して の職務に従事する場合	名称・サービス							
従事する職種及び勤務時間等									
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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					
非常勤(人)		2 (1.4)		7 (2.5)		(0.3) 1		(0.3) 1	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		37.83m ²				基準上の必要数値 m ² 以上		適合の可否	
主な 揭示 事項	単位数: 1 単位	営業日及び休日		月、火、水、木、金、土、日曜日					
	単位数が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間		9:00~18:00					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		10:00~17:15					
		利用定員		10 人					
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)		介護報酬の告示上の額					
		法定代理受領分以外		介護報酬の告示上の額					
		その他の費用		食材費。おむつ代等の日用品。教養娯楽費。					
通常の事業実施地域		東灘区・灘区・中央区							

備考

- 1 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2 単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。本事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、「付表 6-2」に必要事項を記載の上、添付してください。

付表 6-1 地域密着型通所介護
所の指定に係る記載事項

介護予防通所サービス事業

事業所	フリガナ	リハビリデイサービスナゴミホンタモンテン							
	名称	リハビリデイサービス nagomi 本多聞店							
	所在地	(郵便番号 655 - 0006) 神戸市垂水区本多聞 1-22-33							
	連絡先	電話番号	078-787-7570		FAX 番号	078-781-1775			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 2 条第 4・7 号				
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください									
当該事業所に 係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者				
管理者	フリガナ				(郵便番号)				
	氏名	住所							
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			介護職員					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者として の職務に従事する場合		名称・サービス 従事する職種及び勤務時間等						
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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(0.7)		1(0.2)		5(0.6)		5(0.67)	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		50.69 m ²				基準上の必要数値 m ² 以上		適合の可否	
主な 揭示 事項	単位数： 単位	営業日及び休日		月曜日から金曜日（土日と重なる祝日は休日） 12月29日～1月6日、5月2日～6日、 8月9日～8月12日					
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間		8:30～17:30					
		サービス提供時間（送迎時間を除く）		①9:00～12:15 ②13:45～17:00					
		利用定員		15 人					
	利用料	法定代理受領分（利用者負担分）		介護報酬告示上の額・神戸市が定める額					
法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額・神戸市が定める額							
その他の費用		別添運営規程の通り							
通常の事業実施地域		神戸市（詳細別添運営規程の通り）							

- 備考
- 1 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
 - 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

付表 6 - 1 通常の事業実施地域 詳細

神戸市垂水区：歌敷山、霞ヶ丘、北舞子、五色山、清水が丘、神陵台、星陵台、多聞台、多聞町、仲田 1～2 丁目、西舞子、東舞子町、星が丘、本多聞、舞子坂、舞子台、学が丘、南多聞台、小東山 3～7 丁目、小東山本町、舞多聞西、舞多聞東

神戸市西区：池上、今寺、大津和、南別府 1 丁目

介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

① 単位	従業者の職種・員数	生活相談員		介護職員		看護職員		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		5		5	
	適合の可否								
	営業日	月曜日 から 金曜日 (土日と重なる祝日は休日) 12月29日～1月6日、5月2日～6日、8月9日～8月12日							
	営業時間	8:30～17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00～12:15							
	定員			15人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		50.69 m ²		
② 単位	従業者の職種・員数	生活相談員		介護職員		看護職員		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		5		5	
	適合の可否								
	営業日	月曜日 から 金曜日 (土日と重なる祝日は休日) 12月29日～1月6日、5月2日～6日、8月9日～8月12日							
	営業時間	8:30～17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13:45～17:00							
	定員			15人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		50.69 m ²		
③ 単位	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)								
	適合の可否								
	営業日								
	営業時間	: ~ :							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	: ~ :							
	定員			人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		m ²		

所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	リハビリデイサービスナゴミスマミョウホウジテン							
	名称	リハビリデイサービス nagomi 須磨妙法寺店							
	所在地	(郵便番号 654 - 0121) 神戸市須磨区妙法寺 337-1							
	連絡先	電話番号	078-747-2775		FAX 番号	078-743-7755			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第 2 条 第 4、7 号					
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください									
当該事業所に係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者				
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)					
	氏名			住所					
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			介護職員					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者としての 職務に従事する場合		名称・サービス						
		従事する職種及び勤務時間等							
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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(07)		1(02)		3(016)		3(067)	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		54.63 m ²				基準上の必要数値 m ² 以上		適合の可否	
主な揭示事項	単位数： 単位 単位数が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業日及び休日		月曜日から金曜日（土日と重なる祝日は休日） 12月29日～1月6日、5月2日～6日、 8月9日～8月12日					
		営業時間		8：30～17：30					
		サービス提供時間（送迎時間を除く）		① 9：00～12：15 ②13：45～17：00					
		利用定員		18 人					
	利用料	法定代理受領分（利用者負担分）		法定代理受領分（介護報酬告示上の額・神戸市の定める額）					
		法定代理受領分以外		法定代理受領分以外（介護報酬告示上の額・神戸市の定める額）					
その他の費用		その他の費用、別添運営規程の通り							
通常の事業実施地域		神戸市 須磨区							

- 備考
- 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
 - 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

受付番号

① 単位	従業者の職種・員数	生活相談員		介護職員		看護職員		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		3		3	
	適合の可否								
	営業日	月～金							
	営業時間	8:30～17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00～12:15							
	定員			18人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		54.63㎡		
② 単位	従業者の職種・員数	生活相談員		介護職員		看護職員		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		3		3	
	適合の可否								
	営業日	月～金							
	営業時間	8:30～17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13:45～17:00							
	定員			18人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		54.63㎡		
③ 単位	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)								
	適合の可否								
	営業日								
	営業時間	: ~ :							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	: ~ :							
	定員			人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		㎡		

付表 6-1 地域密着型通所介護
所の指定に係る記載事項

介護予防通所サービス事業

--	--

事業所	フリガナ	ケアスタジオゴリラ							
	名称	ケア・スタジオごりら							
	所在地	(郵便番号 654-0151) 神戸市 須磨区 北落合1丁目1-4 白川コーポレーションビル106号室							
	連絡先	電話番号	078-754-6540			FAX番号	078-754-6541		
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第2条第3項/第二条第4項				
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください									
当該事業所に 係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号)				
	氏名								
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			相談員					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者としての職務に従事する場合		名称・サービス						
		従事する職種及び勤務時間等							
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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(0.5)		1(0.5)	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		35㎡				基準上の必要数値		適合の可否	
						㎡以上			
主な 揭示 事項	単位数: 2単位		営業日及び休日		月曜日～金曜日 (12/29～1/3を除く)				
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入		営業時間		8:30～17:30				
			サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:00～12:30 , 13:30～17:00				
			利用定員		各10名				
	利用料		法定代理受領分(利用者負担分)		介護報酬告示上の額/神戸市の定める額				
			法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額/神戸市の定める額				
			その他の費用		運営規定の通り				
通常の事業実施地域		須磨区、垂水区名谷町地域、西区学園東町地域							

- 備考 1 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

付表 6-1 別紙

地域密着型通所介護

介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

① 単位	従業者の職種・員数	生活相談員		介護職員		看護職員		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	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日 (12/29～1/3を除く)							
	営業時間	8:30～17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00～12:30							
	定員	10名				食堂及び機能訓練室の 合計面積		35㎡	
② 単位	従業者の職種・員数	生活相談員		介護職員		看護職員		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	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日 (12/29～1/3を除く)							
	営業時間	8:30～17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13:30～17:00							
	定員	10名				食堂及び機能訓練室の 合計面積		35㎡	
③ 単位	従業者の職種・員数	生活相談員		介護職員		看護職員		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)								
	適合の可否								
	営業日								
	営業時間	: ~ :							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	: ~ :							
	定員					人		㎡	

付表 6-1 地域密着型通所介護
所の指定に係る記載事項

介護予防通所サービス事業

--	--

事業所	フリガナ	パワリハデイ セラピー							
	名称	パワリハデイ セラピー							
	所在地	(郵便番号 657-0831) 神戸市灘区水道筋 5 丁目 1 番 3 号							
	連絡先	電話番号	078-891-7775	FAX 番号	078-262-1489				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文			第 2 条 第 4, 5 号						
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください									
当該事業所に 係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者				
管 理 者	フリガナ	(郵便番号 -)							
	氏名	住所							
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種		機能訓練指導員						
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者としての 職務に従事する場合		名称・サービス 従事する職種及 び勤務時間等						
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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)									
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		54.9m ²				基準上の必要数値		適合の可否	
						m ² 以上			
主な 揭示 事項	単位数：2*単位		営業日及び休日		営業日：月曜日～金曜日/休日：土日及び12月30日～1月4日				
	単位数が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入		営業時間		8:30～17:30				
			サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:00～12:15 / 13:15～16:30				
			利用定員		15人				
	利用料		法定代理受領分(利用者負担分)		介護報酬告示上の額、神戸市が定める額				
			法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額、神戸市が定める額				
			その他の費用		別添付運営規定に定める料金の通り				
通常の事業実施地域		神戸市灘区・東灘区・中央区							

- 備考 1 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
3 本事業所内で複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

① 単 位	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)								
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日							
	営業時間	8:30～17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00～12:15							
	定員	15人			食堂及び機能訓練室の 合計面積		54.9m ²		
② 単 位	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)								
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日							
	営業時間	8:30～17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13:15～16:30							
	定員	15人			食堂及び機能訓練室の 合計面積		54.9m ²		
③ 単 位	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)								
	適合の可否								
	営業日								
	営業時間	: ~ :							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	: ~ :							
	定員	人			食堂及び機能訓練室の 合計面積		m ²		

所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	コウツバシデイサービスユウリン							
	名称	高津橋デイサービスゆうりん							
	所在地	(郵便番号 651-2122) 神戸市 西 区 玉津町 高津橋 597-11							
	連絡先	電話番号	078-219-8244		FAX 番号	078-219-8246			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 2 条第 項第 4 号				
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください									
当該事業所に係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者				
	地域密着通所介護		令和元年 9 月 1 日						
管理者	フリガナ			(郵便番号 ー)					
	氏名			住所					
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			管理者・相談員					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者としての職務に従事する場合		名称・サービス						
		従事する職種及び勤務時間等							
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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 _(0.2)		8 _(2.4)		2 _(0.1)		2 _(0.1)	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		22.33 m ²				基準上の必要数値		適合の可否	
						m ² 以上			
主な揭示事項	単位数: 単位	営業日及び休日		月・火・水・木・金・土 (但し1月1日を除く)					
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間		8:00~17:00					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:00~16:00					
		利用定員		7 人					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)		介護報酬告示上の額					
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額					
		その他の費用		別紙運営規定に定める料金の通り					
通常の事業実施地域		神戸市 西区 垂水区							

備考

- 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
- 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

付表 6-1 地域密着型通所介護
所の指定に係る記載事項

事業

事業所	フリガナ	ミタニデイサービスユウリン								
	名称	水谷デイサービスゆうりん								
	所在地	(郵便番号 651-2121) 神戸市 西 区 水谷 1丁目 3-7								
	連絡先	電話番号	078-203-6163			FAX 番号	078-203-6165			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 2条第 4 項第 号					
共生型住宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください										
当該事業所に係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者					
	地域密着通所介護		令和元年9月1日							
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)						
	氏名			住所						
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			管理者・相談員						
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者としての職務に従事する場合		名称・サービス 従事する職種及び勤務時間等							
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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 _(0,2)		5 _(2,0)		2 _(0,1)		2 _(0,2)		
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積		21.64 m ²				基準上の必要数値 m ² 以上		適合の可否		
主な揭示事項	単位数： 単位	営業日及び休日		月曜日～土曜日（但し1月1日を除く）						
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間		8：00～17：00						
		サービス提供時間（送迎時間を除く）		9：00～16：00						
		利用定員		7 人						
	利用料	法定代理受領分（利用者負担分）			介護報酬告示上の額					
		法定代理受領分以外			介護報酬告示上の額					
その他の費用			運営規定通り							
通常の事業実施地域		神戸市 西区 垂水区								

- 備考
- 1 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
 - 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

付表 6-1 地域密着型通所介護
所の指定に係る記載事項

介護予防通所サービス事業

フリガナ		デイサービス リバティー							
名称		デイサービス リバティー							
所在地		(郵便番号 651-1101) 神戸市北区山田町小部字向井谷 1-1							
連絡先		電話番号	078-595-2444		FAX 番号	078-595-2544			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 2 条 第 項 第 号				
共生型居宅サービスの特例適用 * 該当の場合は○を記入し、指定通知書の写しを添付してください									
当該事業所に 係る指定状況	サービス名称	事業所番号	指定年月日	指定有効期間	指定権者				
管 理 者	フリガナ			(郵便番号 -)					
	氏名	住所							
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			生活相談員					
者	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者として の職務に従事する場合		名称・サービス						
			従事する職種及 び勤務時間等						
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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 (0.2)		3 (2)				1 (0.4)	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計 面積		55.30 m ²				基準上の必要数値		適合の可否	
						m ² 以上			
主 な 掲 示 事 項	単位数: 1 単位	営業日及び休日		営業日: 月~土 休日: 日 12/30~1/3					
	単位が複数ある場 合は「付表 6-1 別 紙」に記入	営業時間		8:45 ~ 17:15					
		サービス提供時間(送迎 時間を除く)		9:30 ~ 16:30					
		利用定員		10 人					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)		介護報酬告示上の額、神戸市の定める額					
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額、神戸市の定める額					
その他の費用		運営規程の通り							
通常の事業実施地域		神戸市北区内							

- 備考 1 「受付番号」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。
3 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2 単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表 6-1 別紙」に記載し添付してください。

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
【基準】

受付番号 XXXXXXXXXX

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	住宅地または住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文			第	条第	項第	号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号)		
	氏名	常勤					
	生年月日						
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			従業者と兼務可			
	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	同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務と兼務可		事業所番号	
		兼務する職種及び勤務時間等		-----			
共同生活住居数	3ユニット以下	① ユニット	② ユニット			居室面積	
利用者数 (推定数を記入)	人	人	人			7.43㎡以上	
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤 (人)		利用者3人以上に対して1人以上 (日中時間帯)		利用者3人以上に対して1人以上 (日中時間帯)		1人以上 (ユニット毎に配置)	
非常勤 (人)		+		+		他職種と兼務可	
非常勤 (人)		夜間1人以上		夜間1人以上		利用者及び介護従業者が一堂に会するのに十分な広さ	
常勤換算後の人数 (人)							
基準上の必要人数 (人)							
適合の可否		常勤1人以上					
主な揭示事項	居室数					敷金	家賃の6カ月分まで
	利用定員	5人以上9人以下		5人以上9人以下		家賃	
	利用料	法定代理受領分				食材料費	
		法定代理受領分以外				共益費	
その他の費用						光熱水費	
機 関 協 力 医 療	名称	近距離にあることが望ましい		主な診療科名			
	名称			主な診療科名			
耐火構造物、準耐火構造物等の別							
運営推進会議の有無			有		無		
添付書類		別添のとおり					

付表8-1 複合型サービス事業所(看護小規模多機能型居宅介護)【基準】

受付番号

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	住宅地または住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域									
	連絡先	電話番号				FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条第 項第 号						
併設施設等	サービス種別				名称			事業所番号			
事業所の種類		病院・診療所・その他			訪問看護事業所としての指定			併せて指定を受けることが可能			
管理者	フリガナ				住所		(郵便番号 -)				
	氏名	常勤									
	資格										
	当該複合型サービス事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)						従業者と兼務可				
	併設する施設等の従業者としての職務に従事する場合		名称			事業所番号					
		従事する職種及び勤務時間等		併設施設等の職務と兼務可							
通いサービスの利用者数(推定数を記入)											
従業者の職種・員数		介護従業者(介護+看護)			介護従業者のうち看護職員		看護職員のうち保健師・看護師		介護支援専門員		
		専従	兼務		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)		通い利用者3人に対して1人以上(日中時間帯) + 訪問サービス2人以上(日中時間帯) + 夜勤・宅直 各1人以上 ※サテライトは配置しないことも可			常勤換算2.5人以上(通いサービス及び訪問サービスに各1人以上) ※サテライトは常勤換算1人以上		常勤1人以上 ※サテライトは常勤換算1人以上		1人以上 他職種と兼務可		
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
適合の可否											
建物	耐火建築物・準耐火建築物・その他			居間及び食堂の合計面積		適切な広さ(通い定員が15人超の場合は3㎡/人)					
構造概要	個室の宿泊室	9室以下	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室	医療機関の場合は6.4㎡/人		個室以外の宿泊室の合計面積		7.43㎡×人数			
	基準上の必要数値		7.43㎡以上		適合の可否						
主な揭示事項	営業日及び休日		365日								
	営業時間		24時間								
	登録定員		29人以下(※サテライトは18人以下)								
	通いサービスの利用定員		登録定員の1/2から18人まで(※サテライトは1/2から12人まで)								
	宿泊サービスの利用定員		通いサービスの利用定員の1/3から9人まで(※サテライトは1/3から6人まで)								
	利用料	法定代理受領分									
		法定代理受領分以外									
	食事の提供に要する費用		食材料費及び調理にかかる費用相当額								
	宿泊に要する費用		室料及び光熱水費相当額								
通常の事業実施地域		通常の実施地域									
協力医療機関	名称	近距離にあることが望ましい			主な診療科名						
	名称				主な診療科名						
運営推進会議の有無		有・無									

付表 6-1 地域密着型通所介護 【基準】

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 神戸市 区							
	連絡先	電話番号				FAX 番号			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第	条第	項第	号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名	常勤		住所					
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			従業者との兼務可					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者としての 職務に従事する場合		名称・サービス	従事する職種及び 勤務時間等	同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務と兼務可				
従業者の職種・員数		生活相談員		介護職員		看護職員		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)		提供時間帯を通じて 1人以上		提供時間帯を通じて 利用者15人に対し 1人以上 + 利用者が5人増加する ごとに1人以上		日ごとに1人以上 (利用定員10人以下 の場合は配置不要)		1人以上 他職種と兼務可	
非常勤(人)									
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計 面積		3㎡以上/人				基準上の必要数値		適合の可否	
						㎡以上			
主な 揭示 事項	単位数： 単位	営業日及び休日							
	単位が複数ある場 合は「付表 9-1 別 紙」に記入	営業時間			～				
		サービス提供時間(送迎 時間を除く)			～				
		利用定員			人				
	利用料	法定代理受領分							
		法定代理受領分以外							
		その他の費用							
通常の事業実施地域									

