

神戸市市民福祉調査委員会介護保険専門分科会

第44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3年4月1日から令和4年3月1日指定までの申請があった事業所は25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	夜間対応型 訪問介護
事業所数	4	1	4	1	1	11	1	2

(2) 申請事業所・施設

①認知症対応型共同生活介護 (4事業所)

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R3. 5. 1	グループホーム白檀	医療法人社団せんだん会	長田区房王寺町	
R3. 5. 1	グループホームハートケア有瀬	株式会社ハートケア	西区伊川谷町	
R3. 7. 1	ウッドランド垂水山手	株式会社BRANDNEW	垂水区千鳥が丘	
R4. 1. 1	グループホーム愛 鈴蘭台	株式会社愛ホームサービス	北区鈴蘭台東町	

②地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (1事業所)

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R3. 7. 1	特別養護老人ホーム愛の園 シオンの丘	社会福祉法人ぶど うの枝福祉会	須磨区妙法寺	

③小規模多機能型居宅介護 (4事業所)

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R3. 4. 1	小規模多機能ホーム コスモス	有限会社日本健康 管理システム	須磨区須磨浦通	R3. 10より休止中
R3. 6. 1	うみのほしルルド小規模多機能	社会福祉法人神戸海星会	東灘区魚崎西町	
R3. 7. 1	小規模多機能型居宅介護事 業所ウッドランド垂水山手	株式会社BRANDNEW	垂水区千鳥が丘	
R3. 12. 1	小規模多機能オービーホーム高丸	社会福祉法人丸	垂水区上高丸	

④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	住所	備考
R3. 5. 1	看護小規模多機能みどり	医療法人社団せんだん会	長田区房王寺町	

⑤認知症対応型通所介護（1事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R3.9.1	愛の園デイサービスひだまり	社会福祉法人ぶどうの枝福祉会	須磨区妙法寺	

⑥地域密着型通所介護（11事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R3.5.1	レコードブック神戸常盤	ミヤコ電子株式会社	須磨区常盤町	たかとりあんしんすこやかセンター
R3.5.1	アーチ・デイサービス 大開	株式会社シーナ	兵庫区大開通	新開地あんしんすこやかセンター
R3.6.1	デイサービスセンター CODEMARI須磨	アイビーメディカル株式会社	須磨区妙法寺	妙法寺あんしんすこやかセンター
R3.7.1	デイサービス すいれん	株式会社神緑苑	中央区籠池通	新神戸あんしんすこやかセンター
R3.7.1	An プラス Lab	合同会社VORTEXZ	西区桜が丘中町	押部あんしんすこやかセンター
R3.9.1	西代さくら庵	株式会社FUW	長田区西代通	西代あんしんすこやかセンター
R3.10.1	C a n v a s 住吉	株式会社ぱすてる	東灘区住吉宮町	住吉南部あんしんすこやかセンター
R3.10.1	AnyCare名谷リハビリ特化型 デイサービス	株式会社S&H	垂水区名谷町	垂水名谷あんしんすこやかセンター
R3.11.1	デイサービス実り	株式会社みのり	長田区大丸町	名倉あんしんすこやかセンター
R4.3.1	くるみリハ	株式会社FSF	中央区坂口通	新神戸あんしんすこやかセンター
R4.3.1	桜とさくら。神戸すずらん台	Step S.P.F株式会社	北区山田町	北鈴蘭台あんしんすこやかセンター

⑦定期巡回・随時対応型訪問介護看護（1事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R4.2.1	ケアサポート ゆめハウス	有限会社ヒールライフ	西区狩場台	

⑧夜間対応型訪問介護（2事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所	備考
R4.2.1	スピンケア24つむぎ大石東町	株式会社SPIN	灘区大石東町	
R4.2.1	スピンケア24つむぎ荒田町	合同会社ザン・モ	兵庫区荒田町	

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	グループホーム白檀				
	名称	グループホーム白檀				
	所在地	(郵便番号 653-0803) 兵庫県 神戸市長田区房王寺町6丁目2番13号				
	連絡先	電話番号	078-647-6123	FAX番号	078-691-3480	
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4条第2項第8号		
管理者	フリガナ			住所		
	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		3戸	①	②		
利用者数（推定数を記入）		27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	専従
常勤（人）		5		5		23
非常勤（人）		2(0.9)		2(0.9)		
常勤換算後の人数（人）		5.5.9		5.5.9		
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)		
	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	
		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	
	その他の費用		運営規定の通り		運営規定の通り	
機 関 協 力 医 療	名称	社会医療法人社団正峰会 神戸大山病院		主な診療科名	内科・整形外科	
	名称	医療法人海羽会かもめ歯科		主な診療科名	歯科	
耐火構造物、準耐火構造物等の別			耐火構造物			
運営推進会議の有無			有			
添付書類		別添のとおり				

申請者-法人名	事業所-名称	事業所-所在地	指定年月日	平均居室面積	平均居間食堂面積	家賃	食材料費	水光熱費	管理費	計	敷金
医療法人社団 せんだん会	グループホーム 白檀	神戸市長田区房王寺町6丁目2番13号	2021/5/1	9.70	31.27	¥60,000	¥49,500	¥5,000	-	¥114,500	-

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	グループホーム白檀						
	名称	グループホーム白檀						
	所在地	(郵便番号 653-0803) 兵庫県 神戸市長田区房王寺町6丁目2番13号						
	連絡先	電話番号	078-647-6123	FAX番号	078-691-3480			
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						
	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		3戸	③					
利用者数(推定数を記入)		27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	専従	兼務	
常勤(人)		4	1					
非常勤(人)		3(1.7)						
常勤換算後の人数(人)		5.58						
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)		室 (うち個室 室)			
	利用定員		9人		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				
	その他の費用		運営規定の通り					
協力医療	名称	社会医療法人社団正峰会 神戸大病院		主な診療科名	内科・整形外科			
	名称	医療法人海羽会かめ歯科		主な診療科名	歯科			
耐火構造物、準耐火構造物等の別			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 XXXXXXXXXX

事業所	フリガナ	グループホームハートケアアリセ						
	名称	グループホームハートケア有瀬						
	所在地	(郵便番号 651-2113) 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬 1595						
	連絡先	電話番号	078-974-5527	FAX番号	078-974-5528			
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8号・27号				
管理者	フリガナ			住所				
	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)							
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				
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)		4	0	4	1	0	1	
非常勤(人)		3(1.9)	0	3(1.4)	0	1(0.5)	0	
常勤換算後の人数(人)		5.9		5.96				
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)			
	利用定員		9人		9人			
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)		介護報酬の告示上の額		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		介護報酬の告示上の額		
	その他の費用		運営規程に定めるとおり		運営規程に定めるとおり			
協力医療	名称	借生病院		主な診療科名	内科・外科・整形外科			
	名称	足立病院		主な診療科名	内科・外科・整形外科			
	名称	岡医院		主な診療科名	内科			
	名称	津川歯科		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					
運営推進会議の有無			(有) 無					
添付書類		別添のとおり						

申請者-法人名	事業所-名称	事業所-所在地	指定年月日	平均居居室面積	平均居居間食堂面積	家賃	食材料費	水光熱費	管理費	計	敷金
株式会社ハートケア	グループホームハートケア有瀬	神戸市西区伊川谷町有瀬1595	2021/5/1	8.71	34.18	¥70,000	¥48,600	¥15,000	¥10,000	¥143,600	¥210,000

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	ウッドランド垂水山手			
	名称	ウッドランド垂水山手			
	所在地	(郵便番号 655-0011) 兵庫県神戸市垂水区千鳥が丘3丁目10番50号			
	連絡先	電話番号	078-709-3465		
	FAX番号	078-709-3466			
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6号		
管理者	フリガナ				
	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)		介護従事者		
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		
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)	1	2	1	1
	非常勤(人)	9(4.6)		10(6.0)	1(0.4)
	常勤換算後の人数(人)	6 2.6		6 7.4	
	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)		
	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	
		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	
その他の費用	別紙添付	別紙添付			
機関協力医療	名称	医療法人社団あおぞら会 にしかげ内科クリニック	主な診療科名	内科	
	名称	幸田歯科医院	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			
添付書類		別添のとおり			

申請者-法人名	事業所-名称	事業所-所在地	指定年月日	平均居室面積	平均居間食堂面積	家賃	食材料費	水光熱費	管理費	計	敷金
株式会社BRAND NEW	ウッドランド垂水山手	神戸市垂水区千鳥が丘3丁目10番50号	2021/7/1	9.00	44.19	¥66,000	¥36,000	¥15,000	¥5,000	¥122,000	¥198,000

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	グループホームアイ スズランダイ									
	名称	グループホーム愛 鈴蘭台									
	所在地	(郵便番号 651-1112) 兵庫県神戸市北区鈴蘭台東町四丁目5番34									
	連絡先	電話番号	078-597-6531			FAX番号	078-597-6532				
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	✓					
	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)					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	-----									
共同生活住居数	✓	2戸	①	②	③						
利用者数(推定数を記入)	✓	18人	9人	9人	1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	専従	兼務	専従	兼務			
常勤(人)	5	1	5	1				1	✓		
非常勤(人)	2 1(0.4)		3	1.9							
常勤換算後の人数(人)	✓	6.2	7.4	6.95							
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)		居室 室					
	利用定員	✓ 9人		✓ 9人		人					
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)	介護報酬開示上の額 ✓ 告		介護報酬開示上の額 ✓ 告						
		法定代理受領分以外	介護報酬開示上の額 ✓ 告		介護報酬開示上の額 ✓ 告						
その他の費用	運営規定の通り ✓		運営規定の通り ✓								
機関協力医療	名称	ユウキョウ 有床診療所はすいけクリニック ✓			主な診療科名		内科 ✓				
	名称	つくし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			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								
申請者-法人名	事業所-名称	事業所-所在地	指定年月日	平均居室面積	平均居間食堂面積	家賃	食材料費	水光熱費	管理費	計	敷金
株式会社愛ホームサービス	グループホーム愛 鈴蘭台	神戸市北区鈴蘭台東町4丁目5番34号	2022/1/1	7.52	38.57	¥70,000	¥42,000	¥13,000	¥10,000	¥135,000	¥210,000

付表6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

受付番号

施設	名称	トクベツヨウゴロウジンホームアイノソノシオンノオカ					
	所在地	(郵便番号 654-0121) 特別養護老人ホーム愛の園シオンの丘 兵庫県神戸市須磨区妙法寺字野路山1053番					
	連絡先	電話番号	078-741-8760	FAX番号	078-741-8762		
	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	氏名			住所	(郵便番号)		
	生年月日						
	同一敷地内の他の事業所、施設又は は本体施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称	特別養護老人ホーム愛の園	事業所番号	2870700222		
		兼務する職種 及び勤務時間等	施設長 9:00~18:00				
本体施設の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無					
併設事業所の有無		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		併設事業所の名称、定員			
短期入所生活介護の実施の有無		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		事業の実施形態 空床型・併設型			
入居者数(推定数を記入)		20人		短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推定数を記入)	
従業者の職種・員数		医師		生活相談員		介護職員	
		専従 *兼務		専従 *兼務		専従 *兼務	
地域密着型介護老人福祉施設 及び短期入所生活介護従事者数		常勤(人)		2		12/6	
		非常勤(人)		2(2)		4 3(1)	
常勤換算後の人数(人)				1		21 1.8	
基準上の必要人数(人)						1.4	
適合の可否							
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員	
		専従 *兼務		専従 *兼務		専従 *兼務	
地域密着型介護老人福祉施設 及び短期入所生活介護従事者数		常勤(人)		1		1	
		非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)		1		1		1	
基準上の必要人数(人)							
適合の可否							
設備基準上の数値記載項目等		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護		
		基準上の必要値			基準上の必要値		
		適合の可否			適合の可否		
居室	1室の最大定員	1人			人		
	入所者1人あたりの最小床面積	12.09㎡			㎡		
食堂と機能訓練室の合計面積		185.98㎡			㎡		
廊下	片廊下の幅	1.5m			m		
	中廊下の幅	1.8m			m		
主な揭示事項							
入所(利用)定員		20人			人		
租料	法定代理受領分(一割負担分)	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		別添運営規程のとおり					
療 協 機 力 関 医	名称	野村海浜病院		主な診療科名		内科・整形外科	
	名称	みなとデンタル		主な診療科名		歯科	
運営推進会議の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方に○を付してください。
- 4 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の主な揭示事項、設備基準上の数値記載項目等欄

付表3-1 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅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	ショウギボタキノウホーム コスモス					
	名称	小規模多機能ホーム コスモス					
	所在地	(郵便番号 654-0055) 兵庫県神戸市須磨区須磨浦通6丁目6-29					
	連絡先	電話番号	078-739-7087		FAX番号	078-739-7086	
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22項第号
併設施設等	種別	認知症対応型共同生活介護(介護予防)	名称	グループホームコスモス		事業所番号	2890700152
管理者	フリガナ			住所			
	氏名						
	生年月日						
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)						
併設する施設等の従業者との兼務(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				
通いサービスの利用者数(推定数を記入)				9人			
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	5人
従業者の職種・員数		介護従業者		看護職員		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)		1					
非常勤(人)		6(4.1)		1(0.4)		1(0.6)	
常勤換算後の人数(人)		4.4(5.1)					
基準上の必要人数(人)							
適合の可否							
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別			耐火建築			
	居間及び食堂の合計面積		37㎡		基準上の必要面積		㎡以上 適合の可否
	個室以外の宿泊室の合計面積	㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人	基準上の必要数値	㎡以上	適合の可否
主な揭示事項	営業日	月曜日から日曜日					
	営業時間	通い 8時~22時 宿泊 6時~22時					
	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	5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 275円 昼食 525円 夕食 525円 おやつ 175円					
	宿泊に要する費用	1泊 2000円					
通常の事業実施地域	須磨区						
療協機関	名称	野村海浜病院		主な診療科名	内科 外科		
	名称	めぐみデンタルクリニック		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					

備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

付表 3-1 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅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	ウミノホシルルドショウキボタキノウ					
	名称	うみのほシルルド小規模多機能					
	所在地	(郵便番号 658 -0026) 神戸市東灘区魚崎西町1丁目7番14号					
	連絡先	電話番号	078-882-0310	FAX番号	078-822-0311		
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							
併設施設等	種別	地域密着サービス	名称	特別養護老人ホームうみのほシルルド	事業所番号	2890100361	
管理者	フリガナ						
	氏名						
	生年月日						
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)						
	併設する施設等の従業者との兼務 (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				
通いサービスの利用者数 (推定数を記入)			6人				
登録定員	29人	通いサービスの利用定員	18人	宿泊サービスの利用定員	9人		
従業者の職種・員数		介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤 (人)		6	1	1			1
非常勤 (人)							
常勤換算後の人数 (人)		8.4					
基準上の必要人数 (人)							
適合の可否							
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別						
	居間及び食堂の合計面積	74.36㎡	基準上の必要面積	㎡以上	適合の可否		
	個室以外の宿泊室の合計面積	0㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	0人	基準上の必要数値	㎡以上	適合の可否
主な揭示事項	営業日	365日					
	営業時間	24時間					
	登録定員	29人					
	通いサービスの利用定員	18人					
	宿泊サービスの利用定員	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			
		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 300円、昼 750円、おやつ 150円、夕 750円					
	宿泊に要する費用	3000円					
	通常の事業実施地域	別紙参照					
療協力医機関	名称	神戸海星病院	主な診療科名	内科、整形外科、皮膚科、眼科、精神科、耳鼻科、婦人科、泌尿器科			
	名称	なま歯科医院	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					

備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

(通常の事業の実施地域)

通常の事業の実施地域は、

灘区（記田町・徳井町・中郷町・大和町・浜田町・友田町・桜口町・備後町・深田町・弓木町・永手町を区域とする。）

東灘区（魚崎西町・魚崎南町・魚崎中町・魚崎北町・住吉南町・住吉宮町・住吉東町・住吉本町・御影・御影郡家・御影中町・御影本町・御影石町・御影塚町・甲南町・田中町・北青木・青木を区域とする。）

付表3-1 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅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	シヨウホク タクノガ ケイヨクカクゴ ジギョウシヨ ウッドランド 垂水山手					
	名称	小規模多機能型居宅介護事業所 ウッドランド垂水山手					
	所在地	(郵便番号 655-0011) 兵庫県 神戸郡 垂水区千鳥が丘3丁目10-50					
	連絡先	電話番号	078-709-3465	FAX番号	078-709-3466		
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6号
併設施設等	種別	認知症対応型共同生活介護	名称	グループホーム ウッドランド垂水山手	事業所番号	2890800150	
管理者	フリガナ				住所		
	氏名						
	生年月日						
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）					介護支援専門員	
	併設する施設等の従業者との兼務（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					
通いサービスの利用者数（推定数を記入）				6.4人			
登録定員	25人	通いサービスの利用定員	15人	宿泊サービスの利用定員	5人		
従業者の職種・員数		介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）		3	1			1	
非常勤（人）		6(2.5)	1(0.2)		1(0.2)		
常勤換算後の人数（人）		4=26.7					
基準上の必要人数（人）							
適合の可否							
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別			準耐火構造物			
	居間及び食堂の合計面積	48.87㎡	基準上の必要面積	45㎡以上	適合の可否		
	個室以外の宿泊室の合計面積	0㎡	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	0人	基準上の必要数値	㎡以上	適合の可否
主な揭示事項	営業日	1年を通じて毎日営業					
	営業時間	24時間					
	登録定員	25人					
	通いサービスの利用定員	15人					
	宿泊サービスの利用定員	5人					
	利用料	法定代理受領分（一部負担分）			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 200円 昼食 450円 夕食 450円 おやつ代 100円					
	宿泊に要する費用	1泊 3,000円					
通常の事業実施地域	垂水区、須磨区、西区						
療協 機力 関医	名称	医療法人社団あおぞら会 にしかげ内科クリニック		主な診療科名	内科		
	名称	幸田歯科医院		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					

付表 3-1 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅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	ショウキボタキノウオービーホームタカマル					
	名称	小規模多機能オービーホーム高丸					
	所在地	(郵便番号 655-0017) 兵庫県神戸市垂水区上高丸3丁目7番22号					
	連絡先	電話番号	078-754-8522	FAX番号	078-754-8523		
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2項第 号
併設施設等	種別	特別養護老人ホーム、 介護型ケアハウス <input checked="" type="checkbox"/>	名称	オービーホーム高丸 <input checked="" type="checkbox"/>	事業所番号	2870804214、 2870804222	
管理者	フリガナ			住所	<input checked="" type="checkbox"/>		
	氏名						
	生年月日						
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					介護支援専門員	
併設する施設等の従業者との兼務 (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					
通いサービスの利用者数 (推定数を記入)				10人			
登録定員	29人	通いサービスの利用定員	<input checked="" type="checkbox"/> 18人	宿泊サービスの利用定員	9人		
従業者の職種・員数		介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤 (人)		7 <input checked="" type="checkbox"/>				1 <input checked="" type="checkbox"/>	
非常勤 (人)		3 (1.6)		1 (0.5)			
常勤換算後の人数 (人)		8.15 7.25 <input checked="" type="checkbox"/>					
基準上の必要人数 (人)							
適合の可否							
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別 <input checked="" type="checkbox"/>			耐火構造物 <input checked="" type="checkbox"/>			
	居間及び食堂の合計面積	140.61 m ²	基準上の必要面積	m ² 以上		適合の可否	
	個室以外の宿泊室の合計面積	m ²	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	<input checked="" type="checkbox"/> 0人	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	365日					
	営業時間	24時間					
	登録定員	29人 <input checked="" type="checkbox"/>					
	通いサービスの利用定員	18人 <input checked="" type="checkbox"/>					
	宿泊サービスの利用定員	9人 <input checked="" type="checkbox"/>					
	利用料	法定代理受領分 (利用者負担分) 介護報酬告示の通り 法定代理受領分以外 重要事項説明書の通り					
	食事の提供に要する費用	朝食 145円、昼食 700円、夕食 600円					
	宿泊に要する費用	月から木 3,500円/日、金から土/祝/年末年始 4,000円/日、短期利用 2,500円/日					
通常の事業実施地域	垂水区 <input checked="" type="checkbox"/>						
療協 機力 医	名称	医療法人社団高橋医院 <input checked="" type="checkbox"/>			主な診療科名	内科 <input checked="" type="checkbox"/>	
	名称				主な診療科名		
運営推進会議の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 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」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しない

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	カンゴシヨウキホタキノミドリ								
	名称	看護小規模多機能みどり								
	所在地	(郵便番号 653-0801) 兵庫県神戸市長田区房王寺町6丁目2番13号								
	連絡先	電話番号	078-647-6123	FAX番号 078-691-3480						
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4条第2項第7号						
併設施設等	サービス種別	グループホーム白樺 サービス付き高齢者向け住宅せんだんの美長田	名称	認知症対応型共同生活介護 サービス付き高齢者向け住宅						
事業所の種類		その他		訪問看護事業所としての指定						
管理者	フリガナ									
	氏名	住所								
	資格	正看護師、介護支援専門員								
	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)									
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)				18人						
従業者の職種・員数		介護従業員		介護従業員のうち 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)		0		3		3		1		
非常勤(人)		4 (2.4)	1.6	1 (0.4)		1 (0.4)				
常勤換算後の人数(人)		4.6 (2.4)		4.4						
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	86.27㎡		適合の可否			
構造概要	個室の宿泊室	9室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室	0室	個室以外の宿泊室の合計面積		0㎡			
基準上の必要数値		㎡以上		適合の可否						
主な揭示事項	営業日及び休日		無休							
	営業時間		24時間							
	登録定員		29人							
	通いサービスの利用定員		18人							
	宿泊サービスの利用定員		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						
		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		運営規定の通り							
	宿泊に要する費用		運営規定の通り							
	通常の事業実施地域		神戸市長田区、兵庫区、須磨区							
協力医療機関	名称	社会医療法人社団正峰会 神戸大山病院			主な診療科名	内科・整形外科				
	名称	かもめ歯科			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	

付表 2-1 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型）

受付番号

事業所	フリガナ	アイノソノデイサービスヒダマリ			
	名称	愛の園デイサービスひだまり			
	所在地	(郵便番号 654-0121) 神戸市須磨区妙法寺字野路山 1053 番			
	連絡先	電話番号	078-741-8750	FA 番号	078-741-8752
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 2 項第 号			
併設事業所の種別、名称		愛の園デイサービスセンター		事業所番号	2870700362
管理者	フリガナ			住所	
	氏名	/			
	生年月日	✓			
	当該認知症対応型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)				
	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	特別養護老人ホーム愛の園 ✓	事業所番号
		兼務する職種 及び勤務時間等	施設長 ✓ 9:00~18:00 ✓		
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常勤 (人)		1 ✓			
非常勤 (人)		1 (0.2)	2 (0.8)	3 (1.45)	2 (0.9)
基準上の必要人員 (人)					
適合の可否					
食堂及び機能訓練室の合計面積		37.99 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	月曜日から土曜日 (ただし、年末年始 12/31~1/3 は除く) ✓			
	営業時間	営業時間 (8:45 ~ 17:45) ✓ サービス提供時間 (10:00 ~ 16:15) ✓			
	利用定員	✓ 12 人 (単位ごとの定員① 12 人)			
	利用料	法定代理受領分(一割負担分) 法定代理受領分以外			
	食事の提供に要する費用	700 円 ✓			
	通常の事業実施地域	須磨区、長田区、北区南部 (ひよどり台南町・ひよどり台・ひよどり台北町)			
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」「基準上の必要数値」「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 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 4 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
- 5 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 6-1 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	レコードブックコウベトキワ									
	名称	レコードブック神戸常盤									
	所在地	(郵便番号 654-0028) 神戸市須磨区常盤町 2 丁目 3-7									
	連絡先	電話番号	078-742-7893	FAX 番号	078-742-7894						
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 10、13 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			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			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(0.1)	+	✓	1(0.1)	+	✓
適合の可否											
食堂及び機能訓練室の合計面積				✓	59.90 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: 2 単位	営業日及び休日		月曜日～金曜日(土日及び12月30日～1月3日は休日)							
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間		8:00 ~ 17:30							
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:00 ~ 17:00							
		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(負担割合証の割合に準ずる)✓ 総合事業においては神戸市の定める額							
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額 総合事業においては神戸市の定める額							
		その他の費用		運営規程のとおり							
通常の事業実施地域		神戸市須磨区禅昌寺町、明神町、板宿町、大手町、高尾台、難宮前町、桜木町、須磨寺町、高倉町以南かつ、高倉町、高倉台1～8丁目、潮見台町、須磨浦通4丁目以東(上細沢町、奥山畑町は除く)									

- 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 別紙 通所介護・介護予防通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・
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		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
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日(12月30日～1月3日を除く) ✓							
	営業時間	8:00 ~ 17:30 ✓							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00 ~ 12:15 ✓							
	定員	✓		10人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		✓		59.90㎡
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		
	非常勤(人)			1				1	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日(12月30日～1月3日を除く)							
	営業時間	8:00 ~ 17:30 ✓							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13:45 ~ 17:00 ✓							
	定員	✓		10人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		✓		59.90㎡
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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ 名称	アーチ・デイサービスダイカイ							
		アーチ・デイサービス大開							
	所在地	(郵便番号 652-0803) / 神戸市 兵庫区 大開通5丁目2-22							
	連絡先	電話番号	078-576-0417		FAX番号	078-576-0418			
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					
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			介護職 ✓					
	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	なし					
		従事する職種及び 勤務時間等	なし						
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	✓	1	✓	1	✓
非常勤(人)				1	✓ (0.7)				
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計 面積		✓		88.25㎡		基準上の必要数値 ㎡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～金曜日(12月31日～1月3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	8:30 ~ 17:30 ✓						
		サービス提供時間(送迎 時間を除く)	9:30 ~ 16:15 ✓						
		利用定員	18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		長田区・兵庫区・中央区(フラワーロード以西)							

- 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

フリガナ		デイサービスセンターCODEMARIスマ							
名 称		デイサービスセンターCODEMARI須磨							
所在地		(郵便番号 654-0121) 神戸市 須磨 区 妙法寺字筆前 178 プリマヴェーラ妙法寺 1 階							
連絡先		電話番号	078-743-0818	FAX 番号	078-743-0855				
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 30 項第 33 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				
	介護予防通所 サービス	2870703242	2020/04/01	2026/03/31	神戸市				
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			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)				1 (0.4)		2 (0.1)		2 (0.6)	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計 面積		100.00㎡				基準上の必要数値 ㎡以上		適合の可否	
主 な 掲 示 事 項	単位数： 単位	営業日及び休日		月～金 ※祝日及び12月30日～1月3日は休日とします。					
	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)		① 9 : 15 ~ 12 : 30 ② 13 : 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)		介護報酬上の告知上の額、神戸市の定める額					
法定代理受領分以外		介護報酬上の告知上の額、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		神戸市須磨区の一部 (別紙)							

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 別紙 通所介護・介護予防通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・
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		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			
	非常勤 (人)				2		1		2
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日（祝祭日及び12/30～1/3は休業）							
	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		100.00 m 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			2			
	非常勤 (人)				2		1		2
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日（祝祭日及び12/30～1/3は休業）							
	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		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		

付表 6-1 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービス スイレン								
	名称	デイサービス すいれん								
	所在地	(郵便番号 651-0053) 神戸市中央区籠池通1丁目2-18								
	連絡先	電話番号	078-803-8601	FAX 番号	078-803-8602					
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			管理者 兼 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	1						
非常勤(人)				3 (1.6)				2 (0.2)		
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積		31.9 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		営業日: 月、火、木、金、土 定休日: 水、日 (年末年始休み: 12/29~1/3)						
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間		8:30 ~ 17:30						
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:00 ~ 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					
		法定代理受領分以外			介護報酬告示上の額					
その他の費用			運営規定のとおり							
通常の事業実施地域				神戸市内(中央区、灘区、東灘区、兵庫区、長田区)						

- 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	アン プラス ラボ								
	名称	An プラス Lab								
	所在地	(郵便番号 651-2226) 兵庫県神戸市西区桜が丘中町 3 丁目 2 番地の 3 ジョイフル 2 階東端								
	連絡先	電話番号	078-995-3751		FAX 番号	078-995-3750				
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 2・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			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									
	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)				2 (0.0)				3 (0.0)		
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積		37.5 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: 2 単位	営業日及び休日		営業日: 月曜日から金曜日 休日: 土曜日・日曜日・8/13~8/15・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		8:30 ~ 17:30						
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:00 ~ 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			運営規程に定める額のとおり					
通常の事業実施地域				神戸市西区						

- 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 別紙 通所介護・介護予防通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・
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		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		3	3
	適合の可否								
	営業日	月曜日から金曜日							
	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 ~ 12:00							
	定員	10人			食堂及び機能訓練室の 合計面積		37.5㎡		
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							
	非常勤(人)					2		3	3
	適合の可否								
	営業日	月曜日から金曜日							
	営業時間	8:30 ~ 17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13:30 ~ 16:30							
	定員	10人			食堂及び機能訓練室の 合計面積		37.5㎡		
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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

--	--

事業所	フリガナ	ニシダイサクラアン							
	名称	西代さくら庵							
	所在地	(郵便番号 653-0844) 神戸市長田区西代通3-2-9							
	連絡先	電話番号	078-763-3922	FAX 番号	078-763-7152				
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 2 項第 3 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		住所	(郵便番号					
	氏名								
	生年月日								
	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						
非常勤(人)		2 (0.3)		3 (1.5)		1 (0.2)		1 (0.1)	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積				55.5 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	営業日：月曜日～土曜日 休日：日曜日、12/29～1/3						
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間	8:30 ~ 18:30						
		サービス提供時間(送迎時間を除く)	9:00 ~ 18:00						
		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		運営規定のとおり							
通常の事業実施地域		神戸市長田区、須磨区、兵庫区、中央区、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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	キャンパス ミヨ							
	名称	Canvas 住吉							
	所在地	(郵便番号 658-0053) 神戸市東灘区住吉宮町 3 丁目 6-19							
	連絡先	電話番号	078-855-6600		FAX 番号	078-855-6900			
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 14 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					
	生年月日								
	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)		1(0.6)				2(0.6)		2(0.6)	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		54.2 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～金 (12月29日～1月3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	8:30～17:30						
		サービス提供時間(送迎時間を除く)	9:30～16:30						
		利用定員	18人						
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)	介護報酬の告示の額・神戸市の定める額						
		法定代理受領分以外	介護報酬の告示の額・神戸市の定める額						
		その他の費用	運営規定の定めるとおり						
通常の事業実施地域		神戸市東灘区・灘区							

- 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	エニケアミョウダニリハビリティッカガタデイサービス							
	名称	AnyCare 名谷リハビリ特化型デイサービス							
	所在地	(郵便番号 655-0852) 神戸市垂水区名谷町湯屋谷 2 2 3 9							
	連絡先	電話番号	078-798-7166	FAX 番号	078-798-7167				
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						
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								
	生年月日								
	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	1						
非常勤(人)			2 (1.0)		1 (0.5)		2 (1.0)	1 (0.5)	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積			58.10㎡		基準上の必要数値 54㎡以上		適合の可否 ○		
主な揭示事項	単位数: 2単位	営業日及び休日	営業日:月~金、休日:土・日 (12/30.31.1/1.2.3)						
	単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入	営業時間	8:30 ~ 17:30						
		サービス提供時間(送迎時間を除く)	8:55 ~ 16:35						
		利用定員	18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		運営規程のとおり					
通常の事業実施地域			神戸市垂水区、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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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)			2			1	2	1
	適合の可否								
	営業日	営業日：月～金、休日：土・日（12/30.31.1/1.2.3）							
	営業時間	8：30 ～ 17：30							
	サービス提供時間 （送迎時間を除く）	8：55 ～ 12：00							
	定員	18人		食堂及び機能訓練室の 合計面積		58.10㎡			
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)			2			1	2	1
	適合の可否								
	営業日	営業日：月～金、休日：土・日（12/30.31.1/1.2.3）							
	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 ～ 16：35							
	定員	18人		食堂及び機能訓練室の 合計面積		58.10㎡			
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		食堂及び機能訓練室の 合計面積		㎡	

付表 6-1 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

--	--

事業所	フリガナ	デイサービスミノリ							
	名称	デイサービス実り <input checked="" type="checkbox"/>							
	所在地	(郵便番号 653-0806) 神戸市長田区大丸町3丁目13-11							
	連絡先	電話番号	078-621-8558	FAX番号	078-621-8547				
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 2, 8 / 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				
	地域密着型通所介護		R3.11.1	R9.10.31	神戸市 <input checked="" type="checkbox"/>				
	介護予防通所サービス		R3.11.1	R9.10.31	神戸市 <input checked="" type="checkbox"/>				
管理者	フリガナ			(郵便番号) <input checked="" type="checkbox"/>					
	氏名	住所							
	生年月日								
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			生活相談員 <input checked="" type="checkbox"/>					
	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 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>					
非常勤(人)		(0.1) 1 <input checked="" type="checkbox"/>		(1.2) 2 <input checked="" type="checkbox"/>		(0.1) 1 <input checked="" type="checkbox"/>		(0.1) 1 <input checked="" type="checkbox"/>	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		<input checked="" type="checkbox"/>		40.23㎡		基準上の必要数値 ㎡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	月曜日～金曜日(12/30～1/3を除く) <input checked="" type="checkbox"/>						
	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 <input checked="" type="checkbox"/>						
		サービス提供時間(送迎時間を除く)	9:30～16:30 <input checked="" type="checkbox"/>						
		利用定員	1,0人 <input checked="" type="checkbox"/>						
	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 <input checked="" type="checkbox"/>						
		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 <input checked="" type="checkbox"/>						
		その他の費用	運営規程のとおり <input checked="" type="checkbox"/>						
通常の事業実施地域		神戸市長田区、兵庫区 <input checked="" type="checkbox"/>							

- 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 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

フリガナ		クルミリハ							
名称		くるみりハ							
所在地		(郵便番号 651-0062) 神戸市中央区坂口通五丁目3番12号杉原ビル103号							
連絡先		電話番号	078-242-0036		FAX番号	078-242-0037			
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5号第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	✓				
	生年月日	✓							
	当該通所介護事業所内で兼務する他の職種			管理者兼生活相談員 ✓					
	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 ✓					1 ✓	✓
非常勤(人)		(0.3) 1 ✓		(1.1) 2 ✓					
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		✓ 31.75 m ²		基準上の必要数値		適合の可否			
単位数: 2 単位		営業日及び休日		月曜日～土曜日(日曜日・祝日休み)ただし12月29日～1月4日までを除く。					
単位が複数ある場合は「付表 6-1 別紙」に記入		営業時間		午前8:30～午後5:30					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		午前9:10～午後4:50					
		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または神戸市が定める額					
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額または神戸市が定める額					
		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 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 別紙 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・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 ✓		2 ✓					
	適合の可否								
	営業日	月曜日～土曜日（日曜日・祝日休み）ただし12月29日～1月4日までを除く。 ✓							
	営業時間	午前8:30～午後5:30 ✓							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	午前9:10～午後12:20 ✓							
	定員	✓ 10人				食堂及び機能訓練室の合計面積		✓ 31.51㎡	
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 ✓		2 ✓					
	適合の可否								
	営業日	月曜日～土曜日（日曜日・祝日休み）ただし12月29日～1月4日までを除く。							
	営業時間	午前8:30～午後5:30 ✓							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	午後1:40～午後4:50 ✓							
	定員	✓ 10人				食堂及び機能訓練室の合計面積		✓ 31.51㎡	
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				食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡	

付表 6-1 通所介護・地域密着型通所介護（療養通所介護）・介護予防通所サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	サクラトサクラ。コウベズランダイ							
	名称	桜とさくら。神戸すずらん台							
	所在地	(郵便番号 651-1101) 神戸市 北区 山田町小部字向井谷 20 番地							
	連絡先	電話番号	078-223-6643	FAX 番号	078-223-6643				
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 8、13 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		住所	(郵便番号					
	氏名	✓							
	生年月日	✓							
	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	(0.4) ✓	2	(1.2) ✓			1	(0.1) ✓
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		30.48 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	月曜日～日曜日 (祝日を含む)						
	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 ~ 17:00 ✓						
		利用定員	10人 ✓						
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)	厚生労働大臣が定める告示上の基準額の1割又は2割又は3割						
		法定代理受領分以外	厚生労働大臣が定める告示上の基準額						
		その他の費用	運営規程に定める通り						
通常の事業実施地域		神戸市北区 ✓							

- 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 7-1 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

受付番号 XXXXXXXXXX

事業所	フリガナ	ケアサポート ユメハウス								
	名称	ケアサポート ゆめハウス								
	所在地	(郵便番号 651-2272) 兵庫県神戸市西区狩場台1丁目30-50								
	連絡先	電話番号	078-997-0030		FAX番号	078-997-0561				
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 5 項第 号						
管理者	フリガナ			(郵便番号)						
	氏名			住所						
	事業所内での従業者との兼務	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		兼務職種	オペレーター・計画作成者 <input checked="" type="checkbox"/>					
	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	ケアサポート ゆめハウス (障害福祉事業) <input checked="" type="checkbox"/>		従事する職種及び勤務時間等	管理者 AM10:00~18:00 <input checked="" type="checkbox"/>				
一体型 <input checked="" type="radio"/> 連携型	(連携型の場合) 連携する訪問看護事業所 ※複数ある場合は一覧を添付									
	名称	おかもと訪問看護ステーション垂水 <input checked="" type="checkbox"/>								
	事業者番号 2860890298	住所	(郵便番号 655-0039) 兵庫県神戸市垂水区霞ヶ丘6丁目8-5-202号 <input checked="" type="checkbox"/>							
計画作成責任者	フリガナ				フリガナ					
	氏名				氏名					
	資格				資格					
従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		看護職員		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
	定期巡回		随時訪問							
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)	2 <input checked="" type="checkbox"/>		2 <input checked="" type="checkbox"/>		2 <input checked="" type="checkbox"/>				
	非常勤(人)	13 <input checked="" type="checkbox"/>		13 <input checked="" type="checkbox"/>		4 <input checked="" type="checkbox"/>				
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
適合の可否										
主な揭示事項	営業日及び休日				年中無休 <input checked="" type="checkbox"/>					
	営業時間				24時間対応 <input checked="" type="checkbox"/>					
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分)				介護報酬公示上の額				
		法定代理受領分以外				介護報酬公示上の額 <input checked="" type="checkbox"/>				
	その他の費用				運営規定のとおり <input checked="" type="checkbox"/>					
通常の事業実施地域				神戸市 西区 垂水区 <input checked="" type="checkbox"/>						

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「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か又は別紙に記載して添付してください。
 - 「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。

付表 1-1 夜間対応型訪問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	スピんケアニジュウヨンツムギオオイシヒガシマチ								
	名称	スピんケア 24 つむぎ大石東町								
	所在地	〒657-0043 神戸市灘区大石東町 4-5-11								
連絡先	電話番号	078-891-7157			FAX 番号	078-891-7158				
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								
管理者	フリガナ							住所		
	氏名									
	生年月日									
	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)									
オペレーションセンターの有無		有								
オペレーションセンターのか所数		1 か所								
予定利用者数		0 人 (うち他の市町村の予定利用者数 0 人)								
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)	0	3	0	3	0	4	0	2
		非常勤 (人)	0	1 (0.4)	0	1 (0.4)	0	1 (0.4)	0	0 (0.4)
基準上の必要人数 (人)										
適合の可否										
主な揭示事項	営業日	月～金曜日 ただし祝日、12/29～1/3 を除く								
	営業時間	9 時～18 時								
	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	運営規程の通り								
通常の事業実施地域	神戸市灘区									
添付書類	別添のとおり									

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 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 1-1 夜間対応型訪問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	スピンケアニジュウヨントムアラタチョウ								
	名称	スピンケア 24 つむぎ荒田町 /								
	所在地	(郵便番号 〒652-0032) 神戸市兵庫区荒田町 3 丁目 42 番地 8 シルフィード・ドゥ・ARATA107 /								
	連絡先	電話番号	078 - 576 - 8880		FAX 番号	078 - 576 - 6801				
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								
管理者	フリガナ			住所						
	氏名									
	生年月日									
	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)									
オペレーションセンターの有無		有 <input checked="" type="radio"/> ・ 無 <input type="radio"/>								
オペレーションセンターのか所数		1 か所 / <input checked="" type="checkbox"/>								
予定利用者数		3 人 (うち他の市町村の予定利用者数 3 人) / <input checked="" type="checkbox"/>								
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 <input checked="" type="checkbox"/>	専従	兼務 <input checked="" type="checkbox"/>	専従	兼務 <input checked="" type="checkbox"/>	専従	兼務 <input checked="" type="checkbox"/>	
		常勤 (人)	0	3 /	0	3 /	0	3 /	0	1 /
		非常勤 (人)	0	0	0	0	0	0	0	0
基準上の必要人数 (人)										
適合の可否										
主な揭示事項	営業日	月曜日～木曜日 / ※金土日祝は休日 12/29～1/3 は休日 / <input checked="" type="checkbox"/>								
	営業時間	10:00 ~ 18:00 / <input checked="" type="checkbox"/>								
	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	運営規程の通り /								
通常の事業実施地域	神戸市兵庫区, 中央区, 長田区 / <input checked="" type="checkbox"/>									
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」欄には、記入しないでください。
 - 2 他の市町村の区域においても事業の実施を予定している場合、「予定利用者数」欄に他の市町村の予定利用者数を記入してください。
 - 3 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。
 - 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 - 5 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
【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		
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		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人に対して1人以上 (日中時間帯)	利用者3人に対して1人以上 (日中時間帯)	1人以上	
			非常勤 (人)		+ 夜間1人以上	+ 夜間1人以上	他職種と兼務可	
			非常勤 (人)					
			常勤換算後の人数 (人)		居室・食堂面積			
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 協 関 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6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（ユニット型）【基準】

受付番号

施設	別荘1								
	名称								
	所在地	〒(郵便番号) 県 都庁							
	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・附則行為等の条文		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								
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本体施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称			業務所番号				
		兼務する職種及び勤務時間等	兼務可						
本体施設の有無	有・無								
併設事業所の有無	有・無		併設事業所の名称、定員						
短期入所生活介護の施設の有無	有・無		事業の実施形態		空床型・併設型				
入居者数(推定数を記入)	人		短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推定数を記入)				
従業者の職種・員数		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		専従・※兼務		専従・※兼務		専従・※兼務		専従・※兼務	
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護施設	常勤(人)	1人以上		常勤1人以上		(昼間)常時1人以上(ユニットごと) + (夜間)1人以上(2ユニットごと)			
	非常勤(人)					常勤1人以上(ユニットごと)			
	常勤換算後の人数(人)					常勤1人以上			
	基準上の必要人数(人)					常勤1人以上			
	適合の可否								
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置	
		専従・※兼務		専従・※兼務		専従・※兼務			
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護施設	常勤(人)	1人以上		1人以上		常勤1人以上			
	非常勤(人)					他職種と兼務可			
	常勤換算後の人数(人)			他職種と兼務可		他職種と兼務可			
	基準上の必要人数(人)								
	適合の可否								
設備基準上の数値記載項目等		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護				
		基準上の数値			基準上の数値		適合の可否		
居室	1室の最大定員	人	1人		人	人以下			
	入所者1人あたりの最小床面積	m ²	10.65㎡以上		m ²	m ²			
食堂と機能訓練室の合計面積		m ²	2㎡以上/人		m ²	m ²			
廊下	片廊下の幅	m	1.5m以上		m	m			
	中廊下の幅	m	1.8m以上		m	m			
主な揭示事項									
入所(利用)定員		29人以下(10人以下/ユニット)						人	
種別	法定代理受領分								
	法定代理受領分以外								
その他の費用									
療養協力医	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							
添付書類		別添のとおり							

付表3-1 小規模多機能型居宅介護・介護予防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	(郵便番号 -) 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	種別	名称		事業所番号		
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)		
	氏名	常勤	住所			
	生年月日					
	当該小規模多機能型居宅介護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	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)						
登録定員	29人以下	通いサービスの利用定員	18人以下	宿泊サービスの利用定員	9人以下	
従業者の職種・員数		介護従業者 (介護+看護)		うち看護職員	介護支援専門員	
		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)		1人以上	1人以上		
非常勤 (人)	+			他職種と兼務可		
常勤換算後の人数 (人)	訪問サービス1人以上 (日中時間帯)					
基準上の必要人数 (人)	+ 夜勤・宅直 各1人以上					
		常勤1人以上				
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別					
	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)				
	個室以外の宿泊室の合計面積	7.43㎡ × 人数	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人	プライバシーが確保されていれば個室以外の宿泊室を設備可	
主な揭示事項	営業日	365日				
	営業時間	24時間				
	登録定員	29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				
	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				
	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						
協力機関	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				
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	常勤		住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	資格								
	当該複合型サービス事業所で兼務する他の職種(業務の場合のみ記入)					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		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)		常勤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)									
以上の必要人数(人)									
組合の可否									
建物概要	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		適切な広さ (通い定員が15人超の場合は3㎡/人)			
	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						
	通いサービスの利用定員		登録定員の1/2から18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						
	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								
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2-1 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護（単独型・併設型）
【基準】

受付番号

事業所	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市					
	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			
併設事業所の種別、名称			事業所番号				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏名	常勤					
	生年月日						
	当該認知症対応型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)				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	事業所番号			
		兼務する職種 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	看護職員	介護職員	機能訓練指導員		
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 単位ごとに2人以上	内1人は常時従事 常勤1人以上	1人以上		
非常勤 (人)					他職種と兼務 可		
		常勤1人以上					
食堂及び機能訓練室の合計面積			基準上の必要数値	適合の可否			
			3㎡以上/人	㎡以上			
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日					
	営業時間	単位ごとのリ－ヒス提供時間 (送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)					
	利用定員	単位ごとに12人以下 (単位ごとの定員① 人② 人③ 人)					
	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係る費用に相当する額					
通常の事業実施地域							
添付書類	別添のとおり						

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			(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人以上に対して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				常勤1人以上					
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 ㎡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							
	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									

付表7-1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 【基準】

受付番号

事・業 所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	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・写附行為等の条文				第 条第 項第 号		
管 理 者	フリガナ			(郵便番号 -)		
	氏 名	常勤	住所			
	事業所内での従業者との兼務		有・無	兼務職種	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しての職務に従事する場合		名称	従事する職種及び勤務時間等	同一敷地内又は道路を隔てて隣接する訪問介護事業所等の職務と兼務可	
一 体 型 ・ 運 携 型	(運携型の場合) 運携する訪問看護事業所 ※複数ある場合は一覧を添付					
	名称					
	事業者番号	住所	(郵便番号 -)			
計画作成責任者	フリガナ	オペレーター、定期巡回・随時訪問サービスを行う訪問介護員等、訪問看護サービスを行う看護師等の中から <u>1人以上</u>				
	氏 名					
	資 格					
従業者の職種・員数	訪問介護員等		オペレーター		看護職員	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士
	定期巡回		随時訪問		専従 兼務	専従 兼務
	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)	必要数	提供時間帯を通じて1人以上	常勤1人以上かつ、提供時間帯を通じて1人以上	(一体型) 常勤1人以上かつ、常勤換算2.5人以上	(一体型) 相当数
	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						
主 な 掲 示 事 項	営業日及び休日					
	営業時間					
	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						

付表1-1 夜間対応型訪問介護 【基準】

受付番号

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号) 県 郡市									
	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						(郵便番号)				
	氏名	常勤	住所								
	生年月日										
	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)				・従業者と兼務可 ・同一敷地内等の訪問介護事業所等の職務と兼務可						
オペレーションセンターの有無		定期巡回サービスを行う訪問介護員等が利用者から通報を受けることにより適切にオペレーションサービスを実施することが可能であると認められる場合は無でも可。									
オペレーションセンターのか所		か所									
予定利用者数	人 (うち他の市町村の予定利用者数 人)										
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)		必要数		提供時間帯を通じて 1人以上		提供時間帯を通じて 1人以上		1人以上	
		非常勤 (人)									
基準上の必要人数 (人)											
適合の可否											
主な揭示事項	営業日										
	営業時間										
	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											
添付書類	別添のとおり										