

神戸市市民福祉調査委員会介護保険専門分科会

第46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5年4月1日から令和6年3月1日に指定した事業所は23事業所です。

(1) 申請事業所数

	認知症対応型 共同生活介護	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	看護小規模 多機能型 居宅介護	認知症対応型 通所介護	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	3	1	0	1	1	11	5	1

(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	住所
R5. 4. 1	グループホームわたぼうし	医療法人社団林山朝日診療所	須磨区妙法寺
R5. 4. 1	くつろぎの家エルフ・本多聞	社会福祉法人正福会	垂水区本多聞
R5. 4. 1	くつろぎの家エルフ・神陵台	社会福祉法人正福会	垂水区西脇

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
R5. 10. 1	特別養護老人ホーム ラグナケア荒田	社会福祉法人報恩会	兵庫区荒田町

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	住所
R5. 4. 1	看護小規模多機能型居宅介護 みたに	社会福祉法人神戸日の出会	西区水谷

④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
R5. 4. 1	くつろぎの家エルフ・神陵台	社会福祉法人正福会	垂水区西脇

⑤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
R5. 4. 1	リハビリ特化型デイサービス ブルースカイ	スポーツリハケアサポート株式会社	北区筑紫が丘
R5. 5. 1	ビーナスプラス長田	株式会社ビーナス	長田区浜添通
R5. 7. 1	あんしんリハケア若松	クロストリップ合同会社	長田区若松町
R5. 9. 1	アメイジングステーションファイン	ファインラボ株式会社	垂水区城が山
R5. 10. 1	リハビリデイサービス マハロ	合同会社B m C	東灘区深江浜町
R5. 10. 1	リハビリテーションと憩いの場 わくわくさん	株式会社RE-G R A C E	東灘区魚崎北町
R5. 10. 1	ラグナケア荒田	社会福祉法人報恩会	兵庫区荒田町
R5. 11. 1	リハビリ・デイサービスセンター神戸 トータル	株式会社アストレ	長田区長田町
R5. 11. 1	ユニゾンからとデイサービス	合同会社パフォーム	北区有野町

R6. 2. 1	デイサービス 楽歩プラス	株式会社アスレチックラボ	須磨区大黒町
R6. 3. 1	くるみリハ 須磨	株式会社F S F	須磨区戸政町

⑥定期巡回・随時対応型訪問介護看護（5事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所
R5. 4. 1	コウダイケアコールセンター神戸東	コウダイケアサービス株式会社	東灘区岡本
R5. 4. 1	コウダイケアコールセンター湊川	コウダイケアサービス株式会社	兵庫区荒田町
R5. 4. 1	オービーホーム神陵台 定期巡回	社会福祉法人丸	垂水区神陵台
R5. 4. 1	エルフ あんしんセンター・垂水	社会福祉法人正福会	垂水区西脇
R6. 2. 1	定期巡回・随時対応あおいそら長田	医療法人社団ホームケアクリニックこうべ	長田区西代通

⑦夜間対応型訪問介護（1事業所）

指定日	事業所名	法人名	住所
R5. 5. 1	ぶらすてっぶ定期巡回・随時対応型訪問介護看護	株式会社ポジティブ	中央区熊内橋通

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	グループホームワタボウシ			
	名称	グループホームわたぼうし			
	所在地	(郵便番号 654 - 0121) 兵庫県 神戸 郡市 須磨区妙法寺字藪中 1242			
	連絡先	電話番号	078-747-0689	FAX 番号 078-743-0655	
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 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)		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		✓ 9戸	①	②	
利用者数 (推定数を記入)		✓ 9人	✓ 9人	人	
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
常勤 (人)		43 ✓	1 ✓		
非常勤 (人)		45 ✓			
常勤換算後の人数 (人)		7.5 ✓			
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 (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		運営規定の通り ✓		
機関協力医療	名称	林山クリニック ✓	主な診療科名	内科 ✓	
	名称	平瀬歯科 ✓	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			

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 林山朝日診療所	グループホーム わたぼうし	須磨区妙法寺字藪中 1242	2023/4/1	20.95	80.74	¥80,000	¥42,000	¥16,500	¥11,000	¥149,500	¥270,000

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		クツロギノイエルフ・ホンタモン						
	名称		くつろぎの家エルフ・本多間						
	所在地		(郵便番号 655-0042) 神戸市垂水区本多間1丁目13-4						
	連絡先		電話番号	078-786-6880	FAX番号	078-784-7610			
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								
	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		218戸	①なごみ		②こもれび				
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)			6		5	6		1	
非常勤(人)			3		1	3			
常勤換算後の人数(人)			5.6		4.2				
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(利用者負担分)		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		運営規定のとおり		運営規定のとおり				
機 協 関 力 医 療	名称		鈴木クリニック		主な診療科名		内科		
	名称		ひらの歯科		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							

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
社会福祉法人 正福会	くつろぎの家エ ルフ・本多間	垂水区本多間1丁目 13-4	2023/4/1	8.93	72.76	¥76,500	¥39,000	¥20,400	¥3,500	¥139,400	-

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		クツロギノイエルフ・シンリョウダイ				
	名称		くつろぎの家エルフ・神陵台				
	所在地		(郵便番号 655-0042) 神戸市垂水区西脇1丁目4-9-1				
	連絡先		電話番号	078-784-8902	FAX番号	078-784-7272	
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						
	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)				介護従業者 <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	介護従業者			
共同生活住居数		√ 1-8戸	①さくら	②ひまわり			
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)			8	√	6	2	
非常勤 (人)			1	√	1		
常勤換算後の人数 (人)			5.6		5.4		
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 (利用者負担分)		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		運営規定のとおり		運営規定のとおり		
機関協力医療	名称		鈴木クリニック		主な診療科名		
			√		内科		
名称		ひらの歯科		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 <input checked="" type="checkbox"/>				
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
社会福祉法人正福会	くつろぎの家エルフ・神陵台	垂水区西脇1丁目4-9-1	2023/4/1	9.95	70.47	¥76,500	¥39,000	¥20,400	¥3,500	¥139,400	-

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

施設	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム ラグナケアアラタ						
	名称	特別養護老人ホーム ラグナケア荒田						
	所在地	(郵便番号 652 0032) 兵庫県 神戸市 兵庫区 荒田町3丁目75-10						
	連絡先	電話番号 078-521-3100 (内線)	FAX 番号 078-521-3105					
管理	フリガナ		住所	(郵便番号)				
	氏名							
	生年月日							
管理者	同・所在地内の他の事業所、施設又は本施設内の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称 ラグナケア荒田デイサービス・ショートステイ	事業所番号					
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 9:00~18:00					
併設事業所の有無	本施設の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	本施設名称	事業所番号					
	併設事業所の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	短期入所生活介護の実施の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業の実施形態 <input type="checkbox"/> 空床型 <input checked="" type="checkbox"/> 併設型					
協力医療機関	名称	蓮池内科診療所	主な診療科名	内科				
	名称	川崎病院	主な診療科名	内科・外科				
	名称	村岡徳科医院	主な診療科名	歯科				
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input checked="" type="checkbox"/> ユニット型							
	○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		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
	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	14	1	2
		非常勤(人)		1		13		
	常勤換算後の人数(人)				1	21.9	2	
			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従事者数	常勤(人)	1		1		2	
	非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)		1		1		2		
入所者数(推定数を記入)		20 人		短期入所利用者数(併設型の場合)		20 人(推定数を記入)		
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
		地域密着型介護老人福祉施設		短期入所生活介護				
居室	1室の最大定員	1 人		1 人				
居室	入所者1人あたりの最小床面積	12.64 m ²		12.64 m ²				
	食堂と機能訓練室の合計面積	74.08 m ²		74.08 m ²				
廊下	片廊下の幅	1.80 m		1.80 m				
	中廊下の幅	1.84 m		1.84 m				
入所定員		20人						
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型							
	○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		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
	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)						
		非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)							
			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従事者数	常勤(人)						
	非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)								
入所者数(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)		
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
		地域密着型介護老人福祉施設		短期入所生活介護				
居室	1室の最大定員	人		人				
居室	入所者1人あたりの最小床面積	m ²		m ²				
	食堂と機能訓練室の合計面積	m ²		m ²				
廊下	片廊下の幅	m		m				
	中廊下の幅	m		m				
入所定員		人						
添付書類		別添のとおり						

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 「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チェックをしてください。
 3 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。
 4 従業者の職種・員数の「*兼務」欄は、短期入所生活介護以外の業務を行う職員について記載してください。
 5 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
 6 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「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。

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	カンゴショウキボタキノウガタキョタクカイゴ ミタニ							
	名称	看護小規模多機能型居宅介護 みたに							
	所在地	(郵便番号 651-2121) 兵庫県神戸市西区水谷1丁目19番28号							
	連絡先	電話番号	078-940-9360		FAX番号	078-940-9361			
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 (誓約書参照)					
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・ <u>その他</u>		訪問看護事業所としての指定		有 <u>無</u>			
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)				介護職員				
	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)				12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)		6	2	2					1
非常勤(人)		5		2					
常勤換算後の人数(人)		11		3.3					
基準上の必要人数(人)									
適合の可否									
建物	耐火建築物・ <u>準耐火建築物</u> ・その他			居間及び食堂の合計面積		85.89㎡		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		年中無休						
	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(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				
	食事の提供に要する費用		朝 350円、昼・夕 550円						
	宿泊に要する費用		2,500円						
	通常の事業実施地域		神戸市全域						
協力医療機関	名称	西神戸ホームケアクリニック			主な診療科名	内科・精神科			
	名称	ふれあいクリニック			主な診療科名	歯科			
運営推進会議の有無		<u>有</u> ・無							
添付書類		別添のとおり							

以下印刷不要

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」の欄には、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か、又は別紙に記載して添付してください。
- 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」の欄に併せて記載してください。

付表 2-2 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（共用型）

受付番号

事業所	フリガナ	クツロギノイエルフ・シンリョウダイ				
	名称	くつろぎの家エルフ・神陵台				
	所在地	(郵便番号 655-0042) 神戸市垂水区西脇1丁目4-9-1				
	連絡先	電話番号	078-784-8902	FAX番号	078-784-7272	
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
種別	認知症対応型共同生活介護 <input checked="" type="checkbox"/>	事業所番号	2890800655			
名称	くつろぎの家エルフ・神陵台 <input checked="" type="checkbox"/>	開設年月日	令和5年4月1日 <input checked="" type="checkbox"/>			
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数		<input checked="" type="checkbox"/> 24人	当該事業の利用定員	<input checked="" type="checkbox"/> 6人		
管理者	フリガナ			(郵便番号		
	氏名	/ <input checked="" type="checkbox"/>		住所		
	生年月日	- <input checked="" type="checkbox"/>			V	
	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)			介護従事者 <input checked="" type="checkbox"/>		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		名称	くつろぎの家エルフ・神陵台 <input checked="" type="checkbox"/>	事業所番号	
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者、介護従事者 <input checked="" type="checkbox"/>			
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)				16 <input checked="" type="checkbox"/>		
非常勤(人)			1 <input checked="" type="checkbox"/>		1 <input checked="" type="checkbox"/>	
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		<input checked="" type="checkbox"/> 116.29㎡				
主な揭示事項	営業日	月曜日～土曜日(12月31日～1月3日を除く) <input checked="" type="checkbox"/>				
	営業時間	9:30～16:30 <input checked="" type="checkbox"/>				
	利用定員	6人 <input checked="" type="checkbox"/>				
	利用料	法定代理受領分(利用者負担分) 法定代理受領分以外				
	食事の提供に要する費用	昼食500円/日、おやつ100円/日				
	通常の事業実施地域	神戸市垂水区、西区 <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 「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の別を記入してください。
 - 4 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。
 - 5 従業者の職種・員数については、本体事業と当該事業を併せた員数を記載してください。
 - 6 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	リハビリトッカガタデイサービス ブルースカイ								
	名称	リハビリ特化型デイサービス ブルースカイ								
	所在地	(郵便番号 651-1212) 神戸市北区筑紫ヶ丘五丁目 12-11								
	連絡先	電話番号	078-223-5121	FAX 番号	078-223-5121					
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 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					
	なし									
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	1				1		
非常勤(人)				1				1		
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積		30.09 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: 2 単位	営業日及び休日	月・火・水・木・金(祝日を含む) 休日: 12/30~1/3							
	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)	単位① 9:00~12:00、単位② 14:00~17:00							
		利用定員	単位① 10 人、単位② 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							
その他の費用		別途運営規程に定める料金のとおり								
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				1	
	非常勤(人)							1	
	適合の可否								
	営業日	月・火・水・木・金(祝日を含む) 休日:土、日、12/30~1/3							
	営業時間	8:30~12:30							
	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		30.09㎡		
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				1	
	非常勤(人)			1				1	
	適合の可否								
	営業日	月・火・水・木・金(祝日を含む) 休日:12/30~1/3							
	営業時間	13:30~17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	14:00~17:00							
	定員			10人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		30.09㎡		
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	ビーナスプラスがた							
	名称	ビーナスプラス長田							
	所在地	(郵便番号 653-0024) 兵庫県神戸市長田区浜添通 3 丁目 4 番 10 号 白鷹真野マンション 1 階							
	連絡先	電話番号	078-381-8441		FAX 番号	078-381-8442			
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 41・42 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				
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	1				1	
非常勤(人)		1		1		2		2	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		96.82 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：2 単位		営業日及び休日		月曜日～土曜日(祝日含む) 12月31日～1月2日は休み				
	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)		9:00～12:05・13:30～16:35				
			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					
法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額							
その他の費用		運営規程に定める通り							
通常の事業実施地域			須磨区・兵庫区・長田区のそれぞれ一部						

- 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				1	
	非常勤(人)	1		1		2		2	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～土曜日(祝日含む) 12月31日～1月2日は休み							
	営業時間	8:30～17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	9:00～12:05							
	定員	15人		食堂及び機能訓練室の 合計面積		96.82㎡			
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				1	
	非常勤(人)	1		1		2		2	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～土曜日(祝日含む) 12月31日～1月2日は休み							
	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	15人		食堂及び機能訓練室の 合計面積		96.82㎡			
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・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

事業所	フリガナ	アンシンリハケアワカマツ							
	名称	あんしんリハケア若松							
	所在地	(郵便番号 653-0038) 兵庫県神戸市長田区若松町2丁目1-9 ピアザビル1階T-4 T-5							
	連絡先	電話番号	078-611-2266	FAX番号	078-611-2265				
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 11 、 14 、 17 号 4項、6項						
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		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					
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計 面積		61.11㎡				基準上の必要数値 ㎡以上		適合の可否	
主な 揭示 事項	単位数：2単位		営業日 営業時間	営業日 月火水木金 休業日 土日祝及び12/29~1/3 8:30~17:30					
			サービス提供時間(送迎 時間を除く)	① 9:00~12:15 ② 13:30~16:45					
			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・長田区・兵庫区						

- 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・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)					2			
	適合の可否								
	営業日	営業日 月火水木金 休業日 土日祝及び12/29~1/3							
	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			10人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		61.11 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					1	
	非常勤(人)					2			
	適合の可否								
	営業日	営業日 月火水木金 休業日 土日祝及び12/29~1/3							
	営業時間	8:30~17:30							
	サービス提供時間 (送迎時間を除く)	13:30~16:45							
	定員			10人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		61.11 52.81 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	アメイジングステーションファイン						
	名称	アメイジングステーションファイン						
	所在地	(郵便番号 655-0884) 神戸市 垂水区 城が山 2丁目 1-7 シーサイド 城が山 101						
	連絡先	電話番号	078-797-5601		FAX 番号	078-797-5602		
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 章 第 2 条 5. ②・6. ⑤		
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	2870804131	令和元年 7 月 1 日	令和 7 年 6 月 30 日	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			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			1	
非常勤(人)	2		3			2		2
適合の可否								
食堂及び機能訓練室の合計面積			64.4 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・火・水・木・金 ※祝日営業 (夏季休業 8/10~8/15のうち 2 日, 年末年始 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)		9:15 ~ 16:20				
		利用定員		18 人				
	利用料	法定代理受領分 (利用者負担分)		神戸市の定める介護報酬告示上の額				
法定代理受領分以外		神戸市の定める介護報酬告示上の額						
その他の費用		別添運営規定の通り						
通常の事業実施地域			垂水区・須磨区					

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9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	リハビリデイサービス マハロ							
	名称	リハビリデイサービス マハロ							
	所在地	(郵便番号 658 - 0023) 兵庫県 神戸市東灘区 深江浜町124番地ユニハイム東灘101							
	連絡先	電話番号	078-436-1227 (内線)			FAX番号	078-436-1228		
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号)	
	氏名								
	生年月日								
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)	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の兼務(兼務の場合のみ記入)	名称				事業所番号			
共生型サービスの該当有無									
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無									
◎設備に関する基準の確認に必要な事項									
食室及び機能訓練室の合計面積		45 m ²		利用定員(同時利用)		10 人			
サービス提供単位1	◎人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)	1				1		1
	非常勤(人)	1				1		1	
	◎設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		○		○	○	○	○	○	○
	営業時間		12/29~1/3						
	平日		9 : 00 ~ 17 : 00						
土曜日		~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~							
日曜日・祝日		~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~							
サービス提供時間		9 : 00 ~ 12 : 15							
利用定員		10 人							
サービス提供単位2	◎人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)	1				1		1
	非常勤(人)	1				1		1	
	◎設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		○		○	○	○	○	○	○
	営業時間		12/29~1/3						
	平日		9 : 00 ~ 17 : 00						
土曜日		~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~							
日曜日・祝日		~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~							
サービス提供時間		13 : 00 ~ 16 : 15							
利用定員		10 人							
サービス提供単位3	◎人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
	◎設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	営業時間		~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~						
	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							

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	リハビリテーショントイコイノバ ワクワクサン							
	名称	リハビリテーションと憩いの場 わくわくさん							
	所在地	(郵便番号 658-0082) 神戸市東灘区魚崎北町1丁目13番9号							
	連絡先	電話番号	078-891-3950		FAX番号	078-891-3950			
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①号、第2条第5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				
	地域密着型通所介護		令和5年10月1日						
	介護予防通所サービス事業所		令和5年10月1日						
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						
非常勤(人)				3				4	
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積		60.33 m ²				基準上の必要数値		適合の可否	
						m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~金 休日: 土・日 (12月30日~1月4日)					
	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時30分~午後5時					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		午前9:00~12:15				午後1時15分~4時30分	
		利用定員		午前10名 午後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					
		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					
通常の事業実施地域		神戸市東灘区、灘区							

- 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						
	非常勤(人)			3				4	
	適合の可否								
	営業日	営業日：月曜日～金曜日 休日：土・日（12月30日～1月4日）							
	営業時間	午前8：30～午後5：00							
	サービス提供時間 （送迎時間を除く）	午前9：00～午後12：15							
	定員			10人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		60.33㎡		
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						
	非常勤(人)			3				4	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～金曜日							
	営業時間	午前8：30～午後5：00 休日：土・日（12月30日～1月4日）							
	サービス提供時間 （送迎時間を除く）	午後1：15～午後4：30							
	定員			10人	食堂及び機能訓練室の 合計面積		60.33㎡		
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 9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ラグナケアアラタ								
	名称	ラグナケア荒田								
	所在地	(郵便番号 852 - 0032) 兵庫県 神戸市 兵庫区荒田町3丁目75-10								
	連絡先	電話番号	078-521-3100 (内線)			FAX番号	078-521-3105			
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号)				
	氏名									
	生年月日									
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
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・短期入所ラグナケア荒田 事業所番号								
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者 9:00~18:00								
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				46.4 m ²		利用定員(同時利用)		15 人		
サービス提供単位 1	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)			1		1		1	
	非常勤(人)	2				3				
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		○		○	○	○	○		○	
	営業時間	その他(年末年始休日等)								
		曜日ごとに異なる場合記入	平日	8	:	30	~	17	:	00
土曜日				:		~		:		
日曜日・祝日		:		~		:				
サービス提供時間		9		:	00	~	12	:	15	
利用定員		15人								
サービス提供単位 2	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)			1		1		1	
	非常勤(人)	2				3				
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		○		○	○	○	○			
	営業時間	その他(年末年始休日等)								
		曜日ごとに異なる場合記入	平日	8	:	30	~	17	:	00
土曜日				:		~		:		
日曜日・祝日		:		~		:				
サービス提供時間		13		:	15	~	16	:	30	
利用定員		15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									

10/31

付表9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	リハビリ・デイサービスセンターコウベ トータル						
	名称	リハビリ・デイサービスセンター神戸 トータル						
	所在地	(郵便番号 653 - 0812) 兵庫 都 道 府 県 神戸 (市) 区 長田区长田町1丁目2-17 町 村						
	連絡先	電話番号	078-742-9077 (内線)			FAX番号	078-742-9077	
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号)		
	氏名							
	生年月日							
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)	生活相談員					事業所番号	
者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称						
		兼務する職種及び勤務時間等						
共生型サービスの該当有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無								
○設備に関する基準の確認に必要な事項								
食堂及び機能訓練室の合計面積		101.8062 m ²		利用定員(同時利用)		10 人		
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
	常勤(人)	1				1		1
	非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		○		○	○	○	○	○
	その他(年末年始休日等)		年末年始(12月31日~1月3日)休み					
	営業時間	9 : 00 ~ 17 : 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		10 : 00 ~ 13 : 00						
利用定員		10 人						
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
	常勤(人)	1				1		1
	非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		○		○	○	○	○	○
	その他(年末年始休日等)		年末年始(12月31日~1月3日)休み					
	営業時間	9 : 00 ~ 17 : 00						
曜日ごとに異なる場合記入		平日						
		土曜日						
		日曜日・祝日						
サービス提供時間		13 : 00 ~ 16 : 00						
利用定員		10 人						
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項							
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
	常勤(人)	1				1		1
	非常勤(人)							
	○設備に関する基準の確認に必要な事項							
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日 祝日
		○		○	○	○	○	○
	その他(年末年始休日等)		年末年始(12月31日~1月3日)休み					
	営業時間	9 : 00 ~ 17 : 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		10 : 00 ~ 16 : 00						
利用定員		10 人						
添付書類		別添のとおり						

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	ユニゾンカラトデイサービス							
	名称	ユニゾンからとデイサービス							
	所在地	(郵便番号 651-1331) 神戸市北区有野町唐櫃 2190-1							
	連絡先	電話番号	078-597-7372		FAX番号	078-597-7362			
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 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				
	ユニゾンからとデイサービス								
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				1		1
非常勤(人)		1		2			1		1
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積				39.1 m ²		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		営業日: 月曜日～土曜日(祝祭日含む) 休日: 日曜日、盆(8月13日～16日)、年末年始(12月30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		8:30～17:30					
		サービス提供時間(送迎時間を除く)		9:00～12:05、14:00～17:05					
		利用定員		12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	
		兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
	常勤(人)	1				1		1	
	非常勤(人)		1		2	1		1	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～土曜日（祝祭日含む）休日：日曜日、盆（8月13日～16日）、年末年始（12月30日～1月3日）							
	営業時間	8：30～17：30							
	サービス提供時間 （送迎時間を除く）	9：00～12：05							
	定員	12人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		39.1㎡	
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	
		兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
	常勤(人)	1				1		1	
	非常勤(人)		1		2	1		1	
	適合の可否								
	営業日	月曜日～土曜日（祝祭日含む）休日：日曜日、盆（8月13日～16日）、年末年始（12月30日～1月3日）							
	営業時間	8：30～17：30							
	サービス提供時間 （送迎時間を除く）	14：00～17：05							
	定員	12人				食堂及び機能訓練室の 合計面積		39.1㎡	
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 9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービス ラボプラス							
	名称	デイサービス 楽歩プラス							
	所在地	(郵便番号 654 - 0022)	兵庫	都府県	神戸	市区町	須磨区大黒町2丁目2番14号		
	連絡先	電話番号	078-600-9812 (内線)			FAX番号	078-600-9812		
管理者	フリガナ							住所 (郵便番号)	
	氏名								
	生年月日								
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)				名称	[事業所番号]			
					兼務する職種及び勤務時間等				
共生型サービスの該当有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無									
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		33.4 m ²		利用定員(同時利用)		10 人			
サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)	1				1			
	非常勤(人)						1		
	○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)		8/13~8/15, 12/29~1/3						
	営業時間		9 : 30 ~ 17 : 30 /						
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:							
	土曜日	:							
日曜日・祝日		:							
サービス提供時間		10 : 00 ~ 13 : 00 /							
利用定員		10 人							
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)	1				1			
	非常勤(人)						1		
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			○	○	○	○		○	
	その他(年末年始休日等)		8/13~8/15, 12/29~1/3						
	営業時間		9 : 30 ~ 17 : 30 /						
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:							
	土曜日	:							
日曜日・祝日		:							
サービス提供時間		14 : 00 ~ 17 : 00 /							
利用定員		10 人							
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)								
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	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							

付表 9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	クルミリハ スマ								
	名称	くるみりハ 須磨								
	所在地	(郵便番号 654 - 0034) 神戸市須磨区戸政町1丁目1-2-1階1F号室								
	連絡先	電話番号	080-9466-0261 (内線)			FAX番号	078-242-0037			
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号)				
	氏名									
	生年月日									
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)	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の兼務(兼務の場合のみ記入)	名称				事業所番号					
	兼務する職種及び勤務時間等									
共生型サービスの該当有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
食堂及び機能訓練室の合計面積			31.63 m ²			利用定員(同時利用)		10 人		
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)		1			1			
	非常勤(人)					1		1		
	○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)		水・土曜日の午後、祝日、12月29日～1月4日までを除く。							
	営業時間			8	:	30	~	17	:	30
曜日ごとに異なる場合記入		水・土曜日	8	:	30	~	12	:	30	
サービス提供時間				9	:	10	~	12	:	20
利用定員		10 人								
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)		1			1			
	非常勤(人)					1		1		
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
			○	○	○	○	○	○		
	その他(年末年始休日等)		水・土曜日の午後、祝日、12月29日～1月4日までを除く。							
	営業時間			8	:	30	~	17	:	30
曜日ごとに異なる場合記入		水・土曜日	8	:	30	~	12	:	30	
サービス提供時間				1	:	40	~	16	:	50
利用定員		10 人								
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)								
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
	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									

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

事業所	フリガナ	コウダイケアコールセンターコウベヒガシ										
	名称	コウダイケアコールセンター神戸東										
	所在地	(郵便番号 658-0072) 神戸市東灘区岡本 3-10-16 アメニティコート岡本 109										
	連絡先	電話番号	078-803-8858		FAX 番号	078-412-8886						
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 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	○ 無		兼務職種	オペレーター・計画作成責任者・訪問介護員							
	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	コウダイケアサービス神戸東訪問介護事業所									
		従事する職種及び勤務時間等	9:00~18:00									
一体型 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											
	事業者番号	(郵便番号)										
		住所										
計画作成責任者	フリガナ				フリガナ							
	氏名				氏名							
	資格	介護福祉士			資格	介護福祉士						
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	4	2	4		4	1	1				
非常勤 (人)	2		2				4					
常勤換算後の人数 (人)							2.5					
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		365 日									
	営業時間		24 時間									
	利用料	法定代理受領分 (利用者負担分)		介護報酬上の告示額								
		法定代理受領分以外		介護報酬上の告示額								
	その他の費用		運営規定の通り									
通常の事業実施地域		神戸市東灘区										

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

事業所	フリガナ	オービーホームシンリョウダイ テイキジュンカイ										
	名称	オービーホーム神陵台 定期巡回										
	所在地	(郵便番号 655-0871) 655-0041 神戸市垂水区神陵台8-1-12 イトウビル3F北										
	連絡先	電話番号	078-787-7033			FAX番号	078-787-7034					
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 6 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	(有)・無		兼務職種	計画作成者、オペレーター、訪問介護員							
	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										
		従事する職種及び勤務時間等										
一体型	(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											
連携型	名称	オービーホーム 訪問看護ステーション ✓										
	事業者番号	住所		(郵便番号 655-0852) 神戸市垂水区名谷町字猿倉273-7 ✓								
	2860890348											
計画作成責任者	フリガナ						フリガナ					
	氏名						氏名					
	資格	介護福祉士					資格	介護福祉士				
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)	5 ✓	5 ✓	5 ✓								
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												
主な揭示事項	営業日及び休日	365日営業、休日なし ✓										
	営業時間	24時間 ✓										
	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	垂水区 ✓											

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 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。
 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。

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

事業所	フリガナ	エルフ アンシンセンター・タルミ									
	名称	エルフ あんしんセンター・垂水									
	所在地	(郵便番号 655-0042) 神戸市垂水区西脇1丁目4-9-1									
	連絡先	電話番号	078-786-6615		FAX番号	078-784-7272					
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				住所						
	事業所内での従業者との兼務		有・ <input checked="" type="radio"/> 無		兼務職種						
	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		従事する職種及び勤務時間等						
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		クリオ訪問看護・リハビリテーション								
	事業者番号		住所		(郵便番号 655-0049) 神戸市垂水区南多聞台5丁目4-7						
計画作成責任者	フリガナ				フリガナ						
	氏名				氏名						
	資格	介護福祉士			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)		6	4	6	4	4					
非常勤(人)		4	1	4	1	1					
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						
	営業時間				24時間						
	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				同上					
	その他の費用				運営規定のとおり						
通常の事業実施地域				神戸市垂水区							

- 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 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。
 - 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。

付表 7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	テイキジュンカイ ズイジタイオウ アオイソラナガタ									
	名称	定期巡回・随時対応あおいそら長田									
	所在地	(郵便番号 653 - 0844)									
		兵庫県神戸市長田区西代通1-5-12 グリーンビル西代401号									
連絡先	電話番号	078-797-5460			(内線)	FAX番号	078-797-5461				
	Email										
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号					
	氏名										
	生年月日										
	他事業所の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			事業所の名称						
				兼務する職種及び勤務時間等							
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)				名称	訪問看護ステーションあおいそら						
				住所	(郵便番号 650-0027) 神戸市中央区中町通2-3-2 三共神戸ツインビル8F						
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		看護職員		うち計画作成 責任者	
		定期巡回サービス		随時訪問サービス							
常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
非常勤(人)			5		5		5				5
常勤換算後の人数(人)											
添付書類		別添のとおり									

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)								
		都 道 市 区			府 県 町 村					
連絡先	電話番号				(内線)	FAX番号				
	Email									

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、遊覧欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 2 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

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 7.43㎡以上				
利用者数(推定数を記入)	人		人	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)		利用者3人に対して1人以上(日中時間帯) + 夜間1人以上		利用者3人に対して1人以上(日中時間帯) + 夜間1人以上		1人以上 他職種と兼務可	
			非常勤(人)							
			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			----- 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】

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号) 都道府県 市区町村								
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号	Email						
管理	フリガナ	住所 (郵便番号) 県 都市								
	氏名	常勤								
	生年月日									
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本施設からの兼務(兼務の場合のみ記入)	名称	兼務する職種及び勤務時間等	兼務可	事業所番号					
本体施設の有無	本体施設名称	短期入所生活介護の実施の有無	事業所番号	事業の実施形態						
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							
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型									
	○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		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従事者数	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)								
	常勤換算後の人数(人)						常勤1人以上(ユニットごと)		常勤1人以上	
			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従事者数	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		他職種と兼務可			
	常勤換算後の人数(人)									
	入所者数(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)			
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
			地域密着型介護老人福祉施設		短期入所生活介護					
居室	1室の最大定員	1人		人		人				
	入所者1人あたりの最小床面積	10.65㎡以上		㎡		㎡				
	食堂と機能訓練室の合計面積	2㎡以上/人		㎡		㎡				
廊下	片廊下の幅	1.5m以上		m		m				
	中廊下の幅	1.8m以上		m		m				
入所定員		29人以下(10人以下/ユニット)								
介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型										
○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		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従事者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
		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従事者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
入所者数(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)				
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
		地域密着型介護老人福祉施設		短期入所生活介護						
居室	1室の最大定員	人		人		人				
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡		㎡		㎡				
	食堂と機能訓練室の合計面積	㎡		㎡		㎡				
廊下	片廊下の幅	m		m		m				
	中廊下の幅	m		m		m				
入所定員		人								
添付書類		別添のとおり								

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

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			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)											
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								
	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	他職種と兼務 可		
非常勤(人)								
		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	単位ごとのサービス提供時間(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			住所	(郵便番号 -)				
	氏名	常勤							
	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									
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									

付表 9 地域密着型通所介護(療養通所介護)【基準】

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号)		都道府県	市区町村				
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号			
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号)			
	氏名	常勤							
	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)	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						
共生型サービスの該当有無									
○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			3㎡以上/人		利用定員(同時利用)				
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)	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人増加することに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)								
	常勤1人以上								
	○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								

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・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							
	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		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						
従事する職種及び勤務時間等											
一体型・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		住所	(郵便番号 -)							
	事業者番号										
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											
主な揭示事項	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 7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護【基準】

事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号		—)		都道 府県		市区 町村					
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号								
管理者	フリガナ														
	氏名	常勤		住所		(郵便番号				—)			
	生年月日														
	他事業所の従業者との兼務の有無	従業者と兼務可		事業所の名称		兼務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			
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)				名称		(郵便番号						—)	
				住所											
○人員に関する基準の確認に必要な事項															
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		看護職員		うち計画作成責任者					
		定期巡回サービス		随時訪問サービス		専従		兼務		専従		兼務			
常勤(人)		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務			
非常勤(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		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1人以上					
常勤換算後の人数(人)															
添付書類		別添のとおり													

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号		—)		都道 府県		市区 町村	
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				
	Email										

備考 1 記入欄が不足する場合は、遮宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

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				住所	(郵便番号 -)					
	氏名	常勤				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				
	生年月日										
	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数		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										