

## 第3回 葉山町地域密着型サービス運営委員会次第

開催日： 令和2年6月25日（木）14時30分から

場 所： 葉山町役場 3階 協議会室 1

- 1 あいさつ
- 2 葉山町の地域密着型サービス事業所の状況について
- 3 葉山町 地域密着型通所介護の指定について
- 4 次回以降の開催について

### (配布資料)

- 資料1 第2回葉山町地域密着型サービス運営委員会議事録
- 資料2 葉山町地域密着型サービス運営委員会委員名簿
- 資料3 葉山町の地域密着型サービス事業所の状況について
- 資料4 ハレオハナ デイサービスセンター指定申請書類
- 資料5 ひばりデイサービス葉山指定申請書類

## 第2回 葉山町地域密着型サービス運営委員会 会議録（概要版）

日時：令和元年7月11日（木）

14：30～15：00

場所：葉山町役場 3階 協議会室 2

### 委員会の概要

- 1 あいさつ
- 2 葉山町の地域密着型サービス事業所の状況について
- 3 次回以降の開催について

### 配布資料

- 資料1 第1回葉山町地域密着型サービス運営委員会議事録  
資料2 葉山町の地域密着型サービス事業所の状況について

### 出席者等（敬称略）

- 会 長…… 山本恵子  
副会長…… 二瓶東洋  
委 員…… 加藤智史、小宮和子、猿田貴美子、沼田謙一郎、松本千恵  
事務局…… 仲野福祉部長、鹿島福祉課長、坂口担当課長、大渡課長補佐

## 審議状況（議事要約）

### 1 あいさつ

（省略）

### 2 葉山町の地域密着型サービス事業所の状況について

（主な説明）

資料2に基づき、葉山町の地域密着型サービス事業所の状況について説明した。

（主な質疑・意見）

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者数が3人なのは周知不足からか。  
→事業所としてケアマネジャーに周知し、広報はやまでも地域密着型サービスの説明をしているが、中々浸透していない。  
もう少し時間をかけて見守りたいと考える。
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護は他地域でも採算が合わず撤退している事例もあるので心配がある。
- ・小規模多機能型居宅介護も採算が難しいサービスと他都市の事例でも聞いているので、心配がある。
- ・小規模多機能型居宅介護事業所は開設当初から利用者が増えていないのか。  
→現状ではあまり増えていない。  
地域サロンへ出向きアピールすべきとの助言は行っている。
- ・小規模多機能型居宅介護事業所は24時間対応なのでニーズが大きいと考えていたが、重度の方は病院に行く方が多いのか。  
→病院に行かれる方もいる。小規模多機能型居宅介護事業所についてはこれからの施設と考える。
- ・グループホームについて、空きがあった場合に次の利用者が中々決まらないのは利用料が高いことが原因か。  
→利用料もあると考えるが、認知症があっても共同生活が営める方が対象なので、そこも原因と考える。
- ・グループホームは軽度の方の施設なので中途半端な施設ではないか。

### 3 次回以降の開催について

（主な説明）

- ・今回は、来年度、介護保険事業計画等運営委員会と同一日に開催する予定である。

## 葉山町地域密着型サービス運営委員会委員名簿

任期：平成 31 年 1 月 24 日～令和 3 年 3 月 31 日

|   | 構 成                             | 氏 名     | 所 属 機 関        |
|---|---------------------------------|---------|----------------|
| 1 | 規則第 3 条 1 項 4 号<br>(福祉関係者)      | 加 藤 智 史 | 葉山町社会福祉協議会     |
| 2 | 規則第 3 条 1 項 4 号<br>(福祉関係者)      | 小 宮 和 子 | 葉山町民生委員児童委員協議会 |
| 3 | 規則第 3 条 1 項 4 号<br>(福祉関係者)      | 柴 田 元 子 | 神奈川県鎌倉保健福祉事務所  |
| 4 | 規則第 3 条 1 項 3 号<br>(保健医療関係者)    | 二 瓶 東 洋 | 逗葉医師会          |
| 5 | 規則第 3 条 1 項 3 号<br>(保健医療関係者)    | 沼 田 謙一郎 | 逗葉歯科医師会        |
| 6 | 規則第 3 条 1 項 1 号<br>(被保険者)       | 松 本 千 恵 | 被保険者 (町民公募)    |
| 7 | 規則第 3 条 1 項 1 号<br>(被保険者)       | 宮 田 路 子 | 被保険者 (町民公募)    |
| 8 | 要綱第 3 条第 2 項 2 号<br>(知識経験を有する者) | 山 本 恵 子 | 神奈川県立保健福祉大学    |

(敬称略：五十音順)

## 葉山町の地域密着型サービス事業所の状況について

## 1 町内の地域密着型サービス事業所の設置状況（令和元年7月1日時点）

葉山町内の地域密着型サービス事業所としては、グループホームと呼ばれる（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービス事業所2箇所、（介護予防）認知症対応型通所介護事業所1箇所、（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所2箇所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所1箇所、地域密着型通所介護事業所3箇所あります。

各事業所の現状は次のとおりです。（利用者数は令和2年6月1日時点の人数です。）

## 【認知症対応型共同生活介護】

○グループホーム びやくしんの苑 …… 指定年月日 2006年4月1日

住所：葉山町長柄62-4

定員：1ユニット 9人

○グループホーム 葉山の里 …… 指定年月日 2006年4月1日

住所：葉山町長柄253-1

定員：2ユニット 18人

|                | 定員  | 利用者数           |
|----------------|-----|----------------|
| グループホームびやくしんの苑 | 9人  | 9人（うち葉山町民9人）   |
| グループホーム葉山の里    | 18人 | 17人（うち葉山町民16人） |

## 【認知症対応型通所介護】

○葉山オハナ デイサービスセンター …… 指定年月日 2011年4月1日

住所：葉山町堀内2184-30

定員 12人

|                  | 定員  | 利用登録者数         |
|------------------|-----|----------------|
| 葉山オハナ デイサービスセンター | 12人 | 27人（うち葉山町民27人） |

## 【小規模多機能型居宅介護支援】

○アンコール葉山小規模多機能型居宅介護事業所 …… 指定年月日 2013年6月1日

住所：葉山町長柄264番地

定員：29人

○生活リハビリクラブ葉山 小規模多機能型居宅介護み・かーさ

…… 指定年月日 2017年5月1日

住所：葉山町長柄1275-1

定員：29人

|                              | 定員  | 利用登録者数         |
|------------------------------|-----|----------------|
| アンコール葉山小規模多機能型居宅介護事業所        | 29人 | 25人（うち葉山町民25人） |
| 生活リハビリクラブ葉山 小規模多機能型居宅介護み・かーさ | 29人 | 21人（うち葉山町民21人） |

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○葉山オハナ 24在宅サポート・・・指定年月日 2015年3月1日  
住所：葉山町堀内2184-30

|                | 利用登録者数       |
|----------------|--------------|
| 葉山オハナ 24在宅サポート | 1人（うち葉山町民1人） |

【地域密着型通所介護】

○葉山グリーンヒルケアセンター・・・指定年月日 2016年4月1日  
住所：葉山町一色2448-6  
利用定員 18人

○アロハオハナ デイサービスセンター・・・指定年月日 2016年4月1日  
住所：葉山町堀内2184-29  
利用定員 10人

○デイサービス茶利・・・指定年月日 2018年7月1日  
住所：葉山町堀内2012  
利用定員 15人

|                   | 定員  | 利用登録者数 |
|-------------------|-----|--------|
| 葉山グリーンヒルケアセンター    | 18人 | 37人    |
| アロハオハナ デイサービスセンター | 10人 | 24人    |
| デイサービス茶利          | 15人 | 33人    |

2 地域密着型サービス指定について

地域密着型サービスは、原則として事業所所在地の住民のみが利用するものです。

第7期介護保険事業計画期間中（平成30～令和2年度中）においては、新たな整備計画はありませんが、令和2年度に2事業者の地域密着型通所介護事業所の指定申請があります。

(1) 申請者：東京都渋谷区代々木3丁目22番7号

シマダリビングパートナー株式会社

事業所名：葉山町堀内251-1

ひばりデイサービス葉山

事業開始年月日：令和2年7月1日

備考：住宅型有料老人ホーム 「うみのホテル」併設事業所

(居室数：58室、入居定員：65人)

(2) 申請者：葉山町堀内2184-30

株式会社ジョイ&ホープ

事業所名：葉山町一色1962-1

ハレオハナ デイサービスセンター

事業開始年月日：令和2年7月1日

備考：住宅型有料老人ホーム 「オハナの家H a l e一色」併設事業所

(居室数：16室、入居定員：16人)

(表)

指定居宅サービス事業者等指定（許可）申請書

令和2年 6月 4日

(申請先)  
葉山町長

所在地 神奈川県三浦郡葉山町堀内2184-30  
申請者 法人名 株式会社ジョイ&ホープ  
職・氏名 代表取締役 柴田 康弘 ㊞

介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者又は指定介護予防支援事業者の指定（許可）を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                     |                |                                    |              |            |                   |                    |  |           |  |
|---------------------|----------------|------------------------------------|--------------|------------|-------------------|--------------------|--|-----------|--|
| 申請者<br>(開設者)        | フリガナ           | カブシキガイシャジョイアンドホープ                  |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     | 名称             | 株式会社ジョイ&ホープ                        |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     | 主たる事務所の所在地     | (〒240-0112)<br>神奈川県三浦郡葉山町堀内2184-30 |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     | 連絡先            | 電話番号                               | 046-876-0872 | FAX番号      | 046-876-0860      |                    |  |           |  |
|                     | 法人の種類          | 株式会社                               |              | 法人の所轄庁     |                   |                    |  |           |  |
|                     | 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名                                 | 代表取締役        | フリガナ<br>氏名 | シバタ ヤスヒロ<br>柴田 康弘 | 生年月日<br>昭和45年2月19日 |  |           |  |
|                     | 代表者の住所         | (〒240-0803)<br>神奈川県横浜市旭区川井本町91-9   |              |            |                   |                    |  |           |  |
| 事業所<br>(施設)         | フリガナ           | ハレオハナ デイサービスセンター                   |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     | 名称             | ハレオハナ デイサービスセンター                   |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     | 所在地            | (〒240-0111)<br>神奈川県三浦郡葉山町一色1962-1  |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     | 連絡先            | 電話番号                               |              | FAX番号      |                   |                    |  |           |  |
| 同一所在地内で行う事業又は施設の種類の | 指定居宅サービス事業     | 訪問介護                               |              | 実施事業       |                   | 事業開始予定年月日          |  | 指定(許可)年月日 |  |
|                     |                | 訪問入浴介護                             |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 訪問看護                               |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 訪問リハビリテーション                        |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 居宅療養管理指導                           |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 通所介護                               |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 通所リハビリテーション                        |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 短期入所生活介護                           |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 短期入所療養介護                           |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 特定施設入居者生活介護                        |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 福祉用具貸与                             |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 特定福祉用具販売                           |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     | 指定地域密着型サービス事業  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                   |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 夜間対応型訪問介護                          |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 地域密着型通所介護                          |              | ㊞          |                   | 令和2年7月1日           |  |           |  |
|                     |                | 認知症対応型通所介護                         |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 小規模多機能型居宅介護                        |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 認知症対応型共同生活介護                       |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 地域密着型特定施設入居者生活介護                   |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     |                | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護               |              |            |                   |                    |  |           |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護       |                |                                    |              |            |                   |                    |  |           |  |
| 指定居宅介護支援事業          | 介護老人福祉施設       |                                    |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     | 介護老人保健施設       |                                    |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     | 介護医療院          |                                    |              |            |                   |                    |  |           |  |
|                     | 施設             |                                    |              |            |                   |                    |  |           |  |

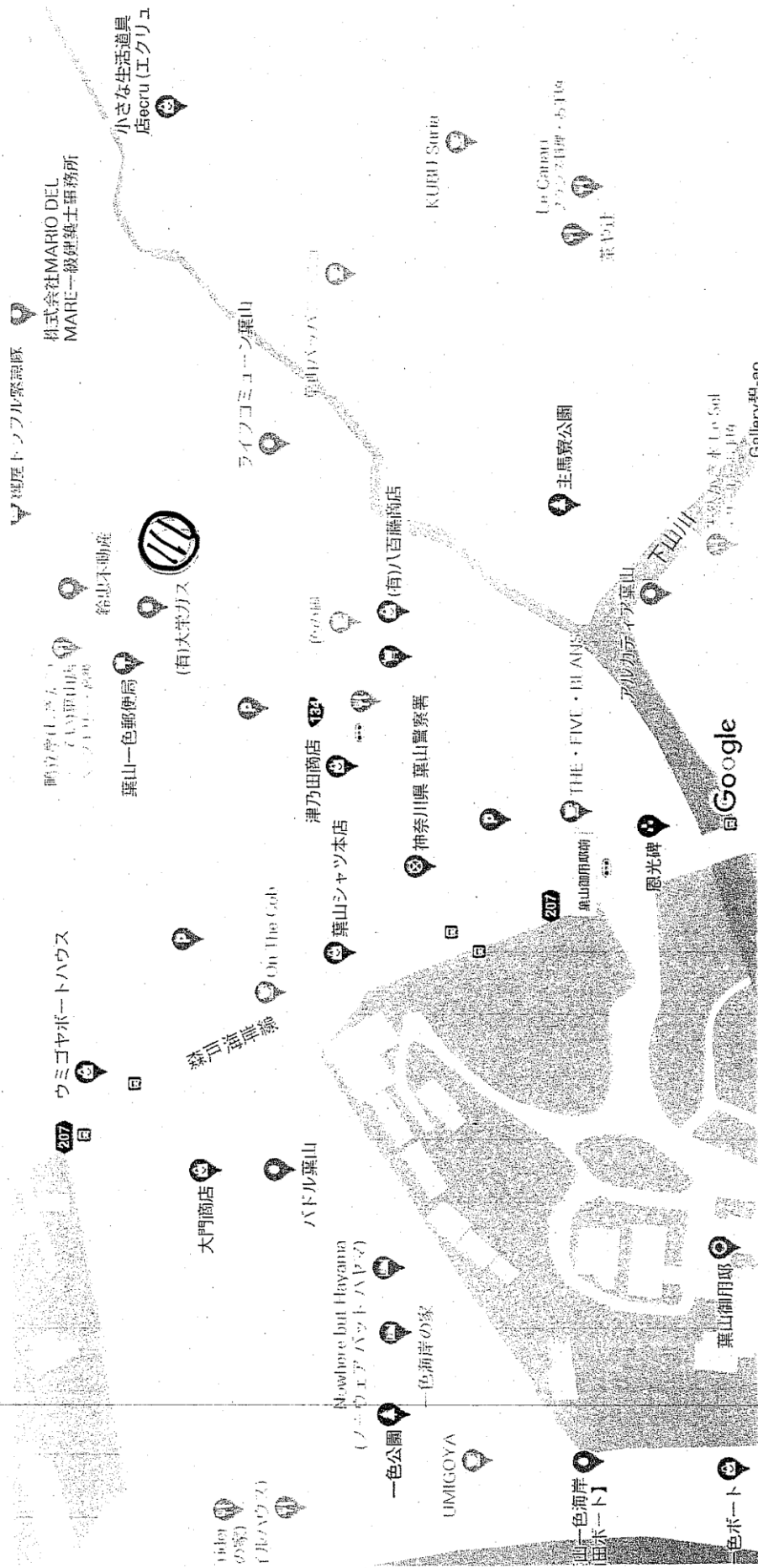
地域密着型通所介護事業者の記入事項

受付番号※

|                 |  |                                   |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
|-----------------|--|-----------------------------------|------------------------------|-----------|----------------------------|--------------|----|---|---|----|
| 事業所             | フリガナ   | ハレオハナ デイサービスセンター                  |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
|                 | 名称   | ハレオハナ デイサービスセンター                  |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
|                 | 所在地  | (〒241-0111)<br>神奈川県三浦郡葉山町一色1962-1 |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
|                 | 連絡先  | 電話番号                              | 046-876-0872                 |           | FAX番号                      | 046-876-0860 |    |   |   |    |
| 管理者             | フリガナ   | ヤマグチ アキコ                          |                              | 住所        |                            |              |    |   |   |    |
|                 | 氏名   | 山口 明子                             |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
|                 | 申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)             |                                   |                              |           | 生活相談員                      |              |    |   |   |    |
|                 | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。) |                                   | 事業所又は施設の名称                   |           |                            |              |    |   |   |    |
|                 |  | 兼務する職種及び勤務時間                      |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
| 実施単位数           | 1 単位   |                                   | 同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限 |           |                            | 10人          |    |   |   |    |
| 単位①             | 単位当たりの従業者  | 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 |   |   |    |
|                 |  | 常勤(人)                             |                              | 1         |                            |              |    |   |   |    |
|                 |  | 非常勤(人)                            |                              |           | 1                          | 4            | 1  |   |   |    |
|                 | 基準上の必要員数(人)                                      | ※                                 |                              | ※         |                            | ※            |    |   |   |    |
|                 | 適否   | ※                                 |                              | ※         |                            | ※            |    |   |   |    |
|                 | 定員   | 10人                               |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
|                 | 営業日  | 日・火・木・金                           |                              | 備考        | 祝日も営業とする。但し12月29日～1月3日を除く。 |              |    |   |   |    |
|                 | 営業時間   | 8:30～17:30                        |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
|                 | 備考   | サービス提供時間 10:00～16:10              |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
| 食堂及び機能訓練室の合計床面積 | 30.74 m <sup>2</sup>                             |                                   | 基準上の必要数値                     |           | 適否                         |              |    |   |   |    |
|                 |  |                                   | ※ 30.00 m <sup>2</sup> 以上    |           | ※                          |              |    |   |   |    |
| 主な揭示事項          | 定員   | 10人                               |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
|                 | 営業日  | 日                                 | 月                            | 火         | 水                          | 木            | 金  | 土 | 祝 | 備考 |
|                 |  | ○                                 |                              | ○         |                            | ○            | ○  |   |   |    |
|                 | 営業時間   | 8:30～17:30                        |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
|                 | 備考   |                                   |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
|                 | 利用料  | 法定代理受領分                           |                              | 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   |                                   |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
| 通常の事業の実施地域      | ①  | 葉山町                               | ②                            |           | ③                          |              | ④  |   | ⑤ |    |
|                 | 備考   |                                   |                              |           |                            |              |    |   |   |    |
| 社会保険及び労働保険      | 加入済み 加入手続き中 ・ 今後手続きを行う                           |                                   |                              |           |                            |              |    |   |   |    |

- 備考
- ※印欄には、記入しないでください。
  - 「利用料」欄及び「その他の費用」欄は、別に資料を添付することにより、記入を省略することができます。
  - 申請に係る事業所内で、一単位のみ実施する場合は、単位①の「定員」欄、「営業日」欄及び「営業時間」欄は記入を省略することができます。
  - 申請に係る事業所内で複数の単位を実施する場合は、2単位目以降に係る単位当たりの従業者、定員、営業日及び営業時間については別紙1に記入し、添付してください。
  - 申請に係る事業所の所在地以外の場所に当該事業の一部を実施する施設を有するときは、別紙2に必要事項を記入し、添付してください。
  - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。





資料5

(表)  
指定居宅サービス事業者等指定（許可）申請書

2020年 5月 日

(申請先)  
葉山町長

所在地 東京都渋谷区代々木三丁目22番7号  
申請者 法人名 シマダリビングパートナーズ株式会社  
職・氏名 代表取締役 三田 武



介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者又は指定介護予防支援事業者の指定（許可）を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                    |                                   |                                  |              |        |           |                                       |
|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------|--------|-----------|---------------------------------------|
| 申請者（開設者）           | フリガナ                              | シマダリビングパートナーズカブシキガイシャ            |              |        |           |                                       |
|                    | 名称                                | シマダリビングパートナーズ株式会社                |              |        |           |                                       |
|                    | 主たる事務所の所在地                        | (〒151-0053)<br>東京都渋谷区代々木三丁目22番7号 |              |        |           |                                       |
|                    | 連絡先                               | 電話番号                             | 03-6275-1182 |        | FAX番号     | 03-6275-1183                          |
|                    | 法人の種類                             | 株式会社                             |              | 法人の所轄庁 |           |                                       |
|                    | 代表者の職名・氏名・生年月日                    | 職名                               | 代表取締役        |        | フリガナ      | ミタ タケシ<br>氏名 三田 武<br>生年月日 1970年11月19日 |
| 代表者の住所             | (〒135-0043)<br>東京都江東区塩浜1-4-33-654 |                                  |              |        |           |                                       |
| 事業所（施設）            | フリガナ                              | ヒバリデイサービスハヤマ                     |              |        |           |                                       |
|                    | 名称                                | ひばりデイサービス葉山                      |              |        |           |                                       |
|                    | 所在地                               | (〒240-0112)<br>神奈川県三浦郡葉山町堀内251-1 |              |        |           |                                       |
|                    | 連絡先                               | 電話番号                             | 046-854-9202 |        | FAX番号     | 046-854-9233                          |
| 同一所在地で行う事業又は施設の種類の | 指定居宅サービス事業                        | 訪問介護                             | 実施事業         | ○      | 事業開始予定年月日 | 令和2年5月1日                              |
|                    |                                   | 訪問入浴介護                           |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 訪問看護                             |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 訪問リハビリテーション                      |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 居宅療養管理指導                         |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 通所介護                             |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 通所リハビリテーション                      |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 短期入所生活介護                         |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 短期入所療養介護                         |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 特定施設入居者生活介護                      |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 福祉用具貸与                           |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 特定福祉用具販売                         |              |        |           |                                       |
|                    | 指定地域密着型サービス事業                     | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                 |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 夜間対応型訪問介護                        |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 地域密着型通所介護                        | ◎            |        | 令和2年7月1日  |                                       |
|                    |                                   | 認知症対応型通所介護                       |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 小規模多機能型居宅介護                      |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 認知症対応型共同生活介護                     |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 地域密着型特定施設入居者生活介護                 |              |        |           |                                       |
|                    |                                   | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護             |              |        |           |                                       |
| 看護小規模多機能型居宅介護      |                                   |                                  |              |        |           |                                       |
| 指定居宅介護支援事業         |                                   |                                  |              |        |           |                                       |
| 施設                 | 介護老人福祉施設                          |                                  |              |        |           |                                       |

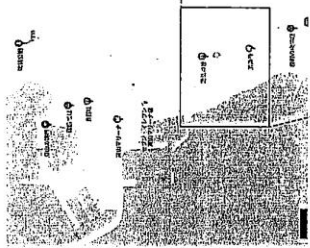
付表 7

## 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

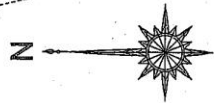
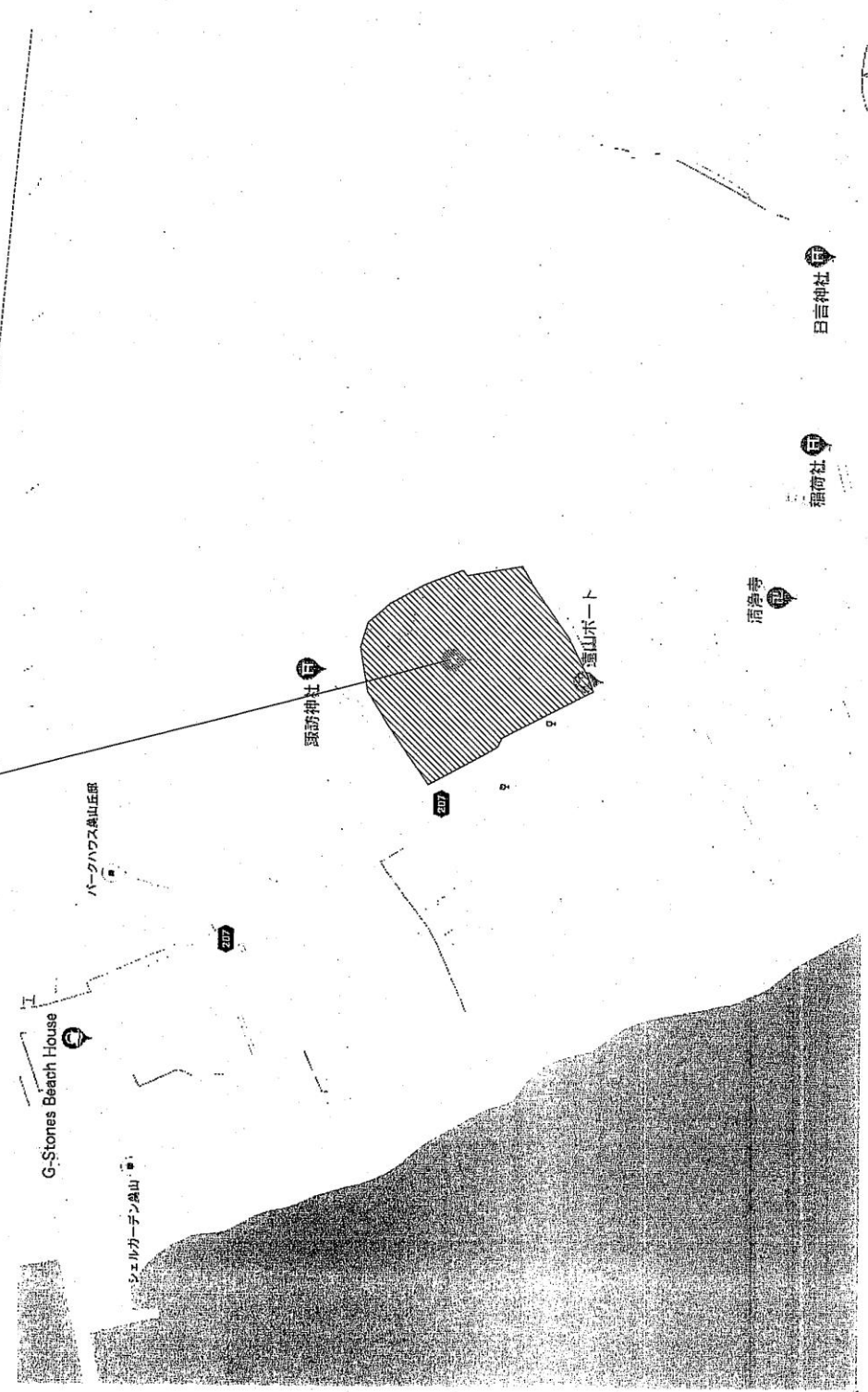
|                                   |                                 |                        |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|---------|--------------|-----------------------|----|---|----------|
| 事業所                               | フリガナ                            | ヒバリデイサービスハマ            |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   | 名称                              | ひばりデイサービス葉山            |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   | 所在地                             | (郵便番号 240-0112)        |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   |                                 | 神奈川県三浦郡葉山町堀内 2 5 1 - 1 |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
| 連絡先                               | 電話番号                            | 046-854-9202           |                      |                       | FAX番号   | 046-854-9233 |                       |    |   |          |
| 管理者                               | フリガナ                            | オハラ ジロウ                |                      | 住所                    | (郵便番号 ) |              |                       |    |   |          |
|                                   | 氏名                              | 奥原 次郎                  |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   | 生年月日                            |                        |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   | 電話番号                            |                        |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   | 当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)      |                        |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入) |                        | 事業所等名称               |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   |                                 | 兼務する職種及び勤務時間等          |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
| 実施単位数                             | 1 単位                            |                        | 事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限 |                       |         |              | 10 人                  |    |   |          |
| 通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積          |                                 |                        |                      | 101.95 m <sup>2</sup> |         |              |                       |    |   |          |
| 当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積 |                                 |                        |                      |                       |         | 10 人         | 101.95 m <sup>2</sup> |    |   |          |
| 単位別従業者                            | 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)                           |                                 |                        |                      |                       |         |              | 1                     |    |   |          |
| 主な揭示事項                            | 定員                              | 10 人                   |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   | 営業日                             | 日                      | 月                    | 火                     | 水       | 木            | 金                     | 土  | 祝 | その他年間の休日 |
|                                   |                                 |                        | ○                    | ○                     | ○       | ○            | ○                     |    |   |          |
|                                   | 営業時間等                           | 営業時間                   | 9:00~18:00           |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   |                                 | サービス提供時間               | 9:15~16:30           |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   |                                 | 備考                     |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   | 利用料                             | 法定代理受領分                | 介護報酬告示上の額            |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   |                                 | 法定代理受領分以外              | 運営規程の通り              |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   | その他の費用                          |                        |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   | 通常の事業実施地域                       | 地域密着型通所介護              | ① 葉山町                | ②                     |         | ③            |                       | ④  |   |          |
| 備考                                |                                 |                        |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
| ※該当するサービスのみの記入                    | 通所介護相当サービス                      | ① 葉山町                  |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |
|                                   |                                 | 備考                     |                      |                       |         |              |                       |    |   |          |

## 【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 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・員数を、適宜欄を設ける等で記載してください。
- 3 従業員の員数については、各単位毎に総数を記載してください。



申請地：三浦郡葉山町堀内五ツ倉251-1



|  |  |                                       |                               |                               |                     |
|--|--|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------|
|  | 一般建築士事務所<br>株式会社 DAN 総合設計<br>一般建築士 栗原 隆 2023年 号 竹内 隆 彦 | PROJECT TITLE<br>(名称) 葉山プロジェクト計画 改修工事 | PROJECT NO.<br>2.0-2.0        | SCALE<br>A1: 1/750 A3: 1/1500 | DATE<br>2018.05.11  |
|  | PROJECT NO.<br>2.0-2.0                                 | PROJECT TITLE<br>(名称) 葉山プロジェクト計画 改修工事 | SCALE<br>A1: 1/750 A3: 1/1500 | DATE<br>2018.05.11            | DRAWING NO.<br>A-03 |