

(別表7)

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 2024年2月8日 |
| 記入者名 | 井田 昭彦 |
| 所属・職名 | 役職 管理者 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|------------------------------------|------------------------|
| 種類 | 個人 / 法人 | |
| | 法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ のまね 株式会社 nomane | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒659-0022 芦屋市打出町 6-4 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0797-35-5766 |
| | FAX番号 | 0797-35-6856 |
| | ホームページアドレス | https://www.nomane.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 中村 祐介 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 2007年1月16日 | |
| 主な実施事業 | 別添1 (別に実施する介護サービス一覧表) | |

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | |
|---------------|---------------------------|------------------------|
| 名称 | (ふりがな)リーチ あしや reach 芦屋 | |
| 所在地 | 〒659-0022 芦屋市打出町 6-4 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 阪神 打出 駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 阪神打出駅より徒歩約10分 |
| 絡先 | 電話番号 | 0797-35-5766 |
| | FAX番号 | 0797-35-6856 |
| | ホームページアドレス | https://www.nomane.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 井田 昭彦 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | 2007年6月1日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 2012年9月15日 | |

(類型)

| | | |
|----------------|-------------------------------------|------------|
| 1 | 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | |
| 2 | 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | |
| 3 | 住宅型 | |
| 4 | 健康型 | |
| 1 又は 2 に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | 2891000057 |
| | 指定した自治体名 | 芦屋市 |
| | 事業所の指定日 | 2012.09.15 |
| | 指定の更新日 (直近) | 2018.09.15 |

3 . 建物概要

| | | | |
|-----------|----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 1802.78 m ² | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり (2012 年 ~ 2032 年) 2 なし |
| 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 2291.43 m ² |
| | | うち、老人ホーム | m ² |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | |
| | | 2 準耐火建築物 | |
| | | 3 その他 () | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | |
| | | 2 鉄骨造 | |
| 3 木造 | | | |
| 4 その他 () | | | |
| 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | |
| | 2 事業者が賃借する建物 | | |
| | 抵当権の設定 | 1 あり 2 なし | |
| | 契約期間 | 1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | |

| | | | | | | |
|---|--|---------|-----------------|----------------------|-------|--------|
| 居室の状況 | 居室区分 | 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最小 | 1人部屋 | | | |
| | | 最大 | 2人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分 |
| | タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 13.26~13.30 | 19 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 23.30 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 31.41 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | | | |
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | | | |
| | タイプ6 | 有/無 | 有/無 | | | |
| タイプ7 | 有/無 | 有/無 | | | | |
| タイプ8 | 有/無 | 有/無 | | | | |
| タイプ9 | 有/無 | 有/無 | | | | |
| タイプ10 | 有/無 | 有/無 | | | | |
| 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 3ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 0ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 3ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 2ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 0ヶ所 | | |
| | 共用浴室における介護浴室 | 2ヶ所 | チェアー浴 | 0ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | 2ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | 0ヶ所 | | |
| | | | その他() | ヶ所 | | |
| 食堂 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理施設 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| エレベーター | 1 あり(車椅子) 2 あり(ストレッチャー対応) 3 あり(上記に該当しない) 4 なし | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 火災報知設備 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | スプリンクラー | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 防火管理者 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 防災計画 | 1 あり | 2 なし | | | |

| | | | | |
|-------------|-----|------------------|--------|------|
| 緊急通報 装置等 | 居室 | 1 全室にあり | 2 一部あり | 3 なし |
| | 便所 | 1 全室にあり | 2 一部あり | 3 なし |
| | 浴室 | 1 全室にあり | 2 一部あり | 3 なし |
| | その他 | 1 あり 2 一部あり 3 なし | | |
| その他 | | | | |

4. サービスの内容

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 入居者様が有する能力に応じ自立した生活を支援し、地域との交流を積極的に図り、住み慣れた芦屋の地域と入居者様の交流が、途切れる事のない施設生活を送って頂く事を目的としています。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 各階が独立した10人前後の少人数ユニットで、家庭的な雰囲気の中、のんびりと過ごす事が出来ます。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の提供 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容) 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合省略可能

| | | | | |
|--|-------------------|-----|------|------|
| 特定施設入居者生活介護の 加算の対象となるサービス の体制の有無 | 入居継続支援 加算 | () | 1 あり | 2 なし |
| | | () | 1 あり | 2 なし |
| | 生活機能向上 連携加算 | () | 1 あり | 2 なし |
| | | () | 1 あり | 2 なし |
| | 個別機能訓練 加算 | () | 1 あり | 2 なし |
| | | () | 1 あり | 2 なし |
| | ADL維持等 加算 | () | 1 あり | 2 なし |
| | | () | 1 あり | 2 なし |
| | 夜間看護体制加算 | | 1 あり | 2 なし |
| | 若年性認知症入居者受入 加算 | | 1 あり | 2 なし |
| | 医療機関連携加算 | | 1 あり | 2 なし |
| | 口腔衛生管理体制加算 | | 1 あり | 2 なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | 1 あり | 2 なし |

| | | | | |
|----------------------|--------------|------------------------|------|------|
| | 退院・退所時連携加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 看取り介護加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | () | 1 あり | 2 なし |
| | | () | 1 あり | 2 なし |
| | サービス提供体制強化加算 | () | 1 あり | 2 なし |
| | | () | 1 あり | 2 なし |
| | | () | 1 あり | 2 なし |
| | 介護職員処遇改善加算 | () | 1 あり | 2 なし |
| | | () | 1 あり | 2 なし |
| | | () | 1 あり | 2 なし |
| | | () | 1 あり | 2 なし |
| | | () | 1 あり | 2 なし |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | () | 1 あり | 2 なし | |
| | () | 1 あり | 2 なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) 2 : 1 | | |
| | 2 なし | | | |
| 科学的介護推進体制加算 | 1 あり | 2 なし | | |
| ベース UP 等支援加算 | 1 あり | 2 なし | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|---------------|---|------------|--------------------------------|
| 医療支援 複数選択可 | | 1 救急車の手配 | |
| | | 2 入退院の付き添い | |
| | | 3 通院介助 | |
| | | 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 宮崎内科クリニック |
| | | 住所 | 芦屋市春日町 7-3 サンクレール芦屋 201 |
| | | 診療科目 | 内科・呼吸器科・リハビリテーション科 |
| | | 協力科目 | 訪問診療及び健康診断の実施(医療費その他は入居者の自己負担) |
| | | 協力内容 | |
| | 2 | 名称 | |
| | | 名称 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | |

| | | |
|----------|------|---|
| 協力歯科医療機関 | 名称 | くすのきデンタルクリニック |
| | 住所 | 兵庫県尼崎市南武庫之荘1丁目20番19号 |
| | 協力内容 | 訪問歯科サービスにて診療が受けられます。 (医療費その他は入居者の自己負担) |

(入居後に居室を住み替える場合) 住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| 入居時に居室を住み替える場合 複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合 | | |
| | 2 介護居室へ移る場合 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | 3 その他 () | | |
| 判断基準の内容 | 利用者に対しより適切な介護を提供する為に必要とする場合には、介護居室を変更する場合があります。 | | |
| 手続きの内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業者の指定する医師の意見を聴く ・入居者の意思を確認する ・入居者の身元引受人等の意見を聴く | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり | 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 居室利用権の取扱い | なし | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり | 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり | 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 便所の変更 | 1 あり | 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 浴室の変更 | 1 あり | 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 洗面所の変更 | 1 あり | 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 台所の変更 | 1 あり | 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| | その他の変更 | 1 あり | (変更内容) |
| | | 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|----------|--|--|--|
| 入居対象となる者 | 自立している者 | 1 あり | 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 要支援の者 | 1 あり | 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 要介護の者 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> | 2 なし |
| 留意事項 | 概ね 65 歳以上の高齢介護者等で、日常生活において介護が必要な人 | | |
| 契約の解除の内容 | 入居者が逝去した場合 入居者から契約解除が行われた場合 事業者から契約解除が行われた場合 ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 ・月払い利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞する時 | | |

| | | |
|----------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法ではこれを防止することができない時 要介護認定者の結果、自立もしくは要支援となった場合 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居者が逝去した場合 入居者から契約解除が行われた場合 事業者から契約解除が行われた場合 <ul style="list-style-type: none"> ・入居者申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 ・月払い利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞する時 ・入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、またはその危害の切迫した恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法ではこれを防止することができない時 要介護認定の結果、自立もしくは要支援となった場合 |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり（内容： ） 2 なし | |
| 入居定員 | 21名 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要）。

（職種別の職員数）

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数 1 2 |
|---|----------|----|-----|---------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1.0 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 15 | 6 | 9 | 10.7 |
| 介護職員 | 11 | 4 | 7 | 6.7 |
| 看護職員 | 4 | 2 | 2 | 4.0 |
| 機能訓練指導員 | 4 | 2 | 2 | 4.0(看護職員と兼務) |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 1.0 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 1 | 1 | | 1.0 |
| その他職員 | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 2 | | | | 40時間 |
| <p>1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p> | | | | |

（資格を有している介護職員の人数）

| | 合計 | | |
|-----------|----|-----|---|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 7 | 4 | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 3 | 0 | 3 |
| 介護支援専門員 | 1 | 0 | 1 |

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

| | 合計 | | |
|-----------|----|-----|---|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 看護師又は准看護師 | 4 | 2 | 2 |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| 言語療法士 | | | |
| 柔道整復士 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |
| はり師 | | | |
| きゅう師 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| | | |
|--------------------------|------|-------------------|
| 夜間帯の設定時間 (22 時 ~ 7 時半) | | |
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0 人 | 0 人 |
| 介護職員 | 1 人 | 1 人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2 : 1 |

広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|------------------------------------|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | | | | | |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-----|-------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | 1 あり 2 なし | | | | |
| | 業務にかかる資格等 | 1 あり | | | | |
| | | 資格等の名称 | 介護福祉士 | | | |
| | 2 なし | | | | | |
| 区分 | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度 1 年間の採用者数 | 1 | 0 | 2 | 3 | | |
| 前年度 1 年間の退職者数 | 0 | 2 | 0 | 2 | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1 年未満の者の人数 | | 1 | | 2 | | |
| 1 年以上 3 年未満の者の人数 | 0 | | 0 | 0 | 0 | |
| 3 年以上 5 年未満の者の人数 | 0 | 0 | | | | |
| 5 年以上 10 年未満の者の人数 | | | 0 | 0 | | |

| | | | | | | |
|----------------|---------|-----|------|---------|----|-----|
| 10年以上の者の人数 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 機能訓練指導員 | | | 計画作成担当者 | | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 1 | 0 | 1 | 0 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 2 | 1 | 0 | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 1 | | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | 0 | | | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | 0 | 1 | | | |
| 10年以上の者の人数 | | 1 | | | | |
| 従業者健康診断の実施状況 | 1 あり | | 2 なし | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------------|----------------------------|---|
| 居住の権利形態 | 1 利用権方式 | |
| | 2 建物賃貸借方式 | |
| | 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 | 1 全額前払い方式 | |
| | 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | 3 月払い方式 | |
| | 4 選択方式 該当する方式を 全て選択 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり | 2 なし |
| 要介護度に応じた金額設定 | 1 あり | 2 なし |
| 入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い | 1 減額なし | |
| | 2 日割り計算で減額 | |
| | 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 利用料金の改定 | 条件 | |
| | 手続き | |

(利用料金のプラン(代表的なプラン))

| | | プラン1 | プラン2 |
|--------|------|-----------|-----------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護1 | 要介護5 |
| | 年齢 | 79歳 | 93歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 13.26㎡ | 13.26㎡ |
| | 便所 | 1 あり 2 なし | 1 あり 2 なし |

| | | | | | | |
|---|------------------|-------------------------|----------|-----------|----------|--|
| | 浴室 | 1 あり | 2 なし | 1 あり | 2 なし | |
| | 台所 | 1 あり | 2 なし | 1 あり | 2 なし | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0 円 | | 0 円 | | |
| | 敷金 | 300,000 円 | | 300,000 円 | | |
| 月額費用の合計 | | 275,833 円 | | 292,347 円 | | |
| 家賃 | | 97,000 円 | | 97,000 円 | | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護の費用 1 | 19,435 円 | | 29,065 円 | | |
| | 介護保険外 2 | 食費 | 68,040 円 | | 68,040 円 | |
| | | 管理費 | 23,100 円 | | 23,100 円 | |
| | | 介護費用 | 41,250 円 | | 41,250 円 | |
| | | 光熱水費 | 17,820 円 | | 17,820 円 | |
| | | 利用者の個別的な選択によるサービス利用料その他 | 9,188 円 | | 16,072 円 | |
| <p>1 介護予防・地域密着型の場合を含む</p> <p>2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない。)</p> | | | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|---|
| 家賃 | 97,000 円(A) 143,000 円(B) 177,000 円(C) |
| 敷金 | 300,000 円(A) 500,000 円(B,C) (非課税) |
| 介護費用 | 介護保険サービスの自己負担額は含まない |
| 管理費 | 23,100 円(税込) |
| 食費 | 2,268 円/日(税込) |
| 光熱水費等 | 17,820 円(A、B) 21,120 円(C) (税込) NHK 等の受診料負担はありません。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 要介護者に対する通院介助(1,000 円+交通費実費)、理美容(カット 2,500 円)、役所等手続き代行(900 円+交通費実費/1h)、おやつ代、おむつ代 |
| その他のサービス利用料 | |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|-------------------|
| 特定施設入居者生活介護 に対する自己負担 | 基本報酬及び加算額、利用者負担分。 |

| | | |
|-------|------------|----|
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 4人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 2人 |
| | 1年以上5年未満 | 2人 |
| | 5年以上10年未満 | 2人 |
| | 10年以上15年未満 | 2人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|-------|
| 平均年齢 | 89.3歳 |
| 入居者数の合計 | 12人 |
| 入居率 | 52% |
| 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|------------------|----------|----------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 0人 |
| | 医療機関 | 2人 |
| | 死亡者 | 9人 |
| | その他 | 1人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 9人 |
| | | (解約事由の例) 死亡 |
| | 入居者側の申し出 | 3人 |
| (解約事由の例) 施設入所 | | |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況) 複数ある場合は欄を増やして記入。

| | | |
|----------|--------------------------|--------|
| 窓口の名称 | reach 芦屋 苦情相談窓口 担当：井田 昭彦 | |
| 電話番号 | 0797-35-5766 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9時～17時 |
| | 土曜日 | 9時～17時 |
| | 日曜・祝日 | 9時～17時 |
| 定休日 | なし | |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 介護サービスの提供にあたり、事故が発生し生命、身体、財産に損害が生じた場合、地震・津波等の天災、戦争・暴動等、入居者の故意によるもの等を除いて速やかに損害を賠償します。 ただし、入居者の重大な過失がある場合には、賠償額を減ずる事があります。賠償責任保険：三井住友火災海上保険株式会社 |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 保険会社 |
| | 2 なし | |
| 事故対応及び予防のための指針 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | | |
|----------------------------------|--|--------|--|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし |
| | 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし |
| | 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---|
| 入居契約書の雛形 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 3 公開していない |
| 管理規程 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 3 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 3 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |

| | |
|---------|---|
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 |
| | 2 入居希望者に配布 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|---|---|-------------------|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (開催頻度)年 6 回 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置 あり | (内容) |
| | 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 | 1 あり(提携ホーム名:) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| 兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針第 4 章「規模及び構造設備」に合致しない事項 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| 合致しない事項がある場合の内容 | 廊下の手すりがない。 | |
| 第 5 章「既存建物等の活用の特例」への適合性 | 1 適合している(代替措置) | 2 適合している(将来の改善計画) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 3 適合していない | |
| 兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | あり | |
| 不適合事項がある場合の内容 | 廊下の手すりがない。 | |

添付書類

別添 1 : 事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

別添 2 : 入居者の個別選択によるサービス一覧表

以上の内容について、老人福祉法第 29 条第 5 項の規定に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日

説明した者

所属

職名

氏名

印

説明を受けた者

住所

氏名

印

入居する者()との続柄

契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1

事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

| 介護サービスの種類 | | 事業所名称 | 所在地 |
|--------------------------------|---|----------|-------|
| < 居宅サービス > | | | |
| 訪問介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 訪問入浴介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 訪問看護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 訪問リハビリテーション | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 居宅療養管理指導 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | ARC灘 | 神戸市灘区 |
| 通所リハビリテーション | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 短期入所生活介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 短期入所療養介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 福祉用具貸与 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 特定福祉用具販売 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| < 地域密着型サービス > | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 地域密着型通所介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | hanare芦屋 | |
| 認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | metoo芦屋 | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 看護小規模多機能居宅介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 居宅介護支援 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| < 居宅介護予防サービス > | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防訪問看護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| < 地域密着型介護予防サービス > | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | hanare芦屋 | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | metoo芦屋 | |
| 介護予防支援 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| < 介護保険施設 > | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 介護老人保健施設 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 介護療養型医療施設 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |
| 介護医療院 | あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | |

別添 2

入居者の個別選択によるサービス一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| 区分 | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担1) | | 個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担) | | | 備考 |
| | | | 包含2 | 都度2 | 料金3 | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | |
| おむつ代 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | 実費負担 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | |
| 特浴介助 | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | なし | あり | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | |
| 機能訓練 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | あり | | |
| 通院介助 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | 1,000円/1hのサービス費 + 移動にかかった交通費の実費相当額 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | |
| リネン交換 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | |
| 日常の洗濯 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | |
| おやつ | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | 実費負担 |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | 実費負担 |

| | | | | | | | |
|----------------------|----|--|--|--|--|---|---|
| 買い物代行 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 必要に応じて週1回実施 880円/1hのサービス費 + 移動にかかった 交通費の実費相当額 |
| 役所手続き代行 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 必要に応じて週1回実施 |
| 金銭・貯金管理 | | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | |
| 健康相談 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | |
| 服薬支援 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | |
| 生活リズムの記録 (排便・睡眠等) | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,000円/1hのサービス費 + 移動にかかった 交通費の実費相当額 |
| 入退院時の同行 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,000円/1hのサービス費 + 移動にかかった 交通費の実費相当額 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 900円/1hのサービス費 + 移動にかかった 交通費の実費相当額 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | |

1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3割の利用者負担）。

2：「あり」を記入したときには、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合
に応じて、いずれかの欄に を記入する。

3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する