

介護付有料老人ホームライフ加古川
重要事項説明書

(別表7)

有料老人ホーム重要事項説明書

| | | |
|---------------------|---|---|
| 記入年月日 | 令和5年12月20日 | 1. 事業主体概要 2. 有料老人ホーム事業の概要 (住まいの概要) |
| 記入者名 | 岩見 裕介 | |
| 所属・職名 | 施設長 | |
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) (か) らいふさぽーたー 株式会社ライフサポーター | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒675-0127 兵庫県加古川市別府町石町 80 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 079-436-8670 |
| | FAX番号 | 079-436-8671 |
| | ホームページアドレス | http://www.lifesupporter.net |
| 代表者 | 氏名 | 岩見 裕介 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 19年 5月 1日 | |
| 名称 | (ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむらいふかこがわ 介護付有料老人ホームライフ加古川 | |
| 所在地 | 〒675-0127 兵庫県加古川市別府町石町 80 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 山陽電鉄 別府駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 徒歩 10分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 079-436-8670 |
| | FAX番号 | 079-436-8671 |
| | ホームページアドレス | http://lifesupporter.net |
| 管理者 | 氏名 | 岩見 裕介 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 (有料老人ホームへ改装) | 昭和・平成 17年 4月 1日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成 17年 4月 1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 | 介護保険事業者番号 | 特定施設入居者生活介護兵庫県指定第 2872202219 号 |

| | | |
|-------|-------------|------------------------------------|
| 当する場合 | | 介護予防特定施設入居者生活介護兵庫県指定第 2872202219 号 |
| | 指定した自治体名 | 兵庫県 |
| | 事業所の指定日 | 平成 20 年 8 月 1 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 令和 2 年 8 月 1 日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|---|----------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------|-------|-------|
| 土地 | 敷地面積 | 1369.49 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 (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし | | | |
| 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1779.23 m ² | | | |
| | | 内、老人ホーム | 1779.23 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 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 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 | | | 人部屋 | | | |
| 最大 | | 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
| タイプ 1 | | 有/無 | 有/無 | 18.7 m ² | 3 | 一般 |
| タイプ 2 | | 有/無 | 有/無 | 18~23.6 m ² | 33 | 一般 |
| タイプ 3 | | 有/無 | 有/無 | 12.4 m ² | 1 | 一時介護室 |
| ※ 「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 | 12ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 12ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 12ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 4ヶ所 | 個室 | 4ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | ヶ所 | | |

| | | | | |
|-----|----------------------|---|-----------|-----------|
| | 共用浴室における 介護浴室 | 1ヶ所 | チェアー浴 | 1ヶ所 |
| | | | リフト浴 | ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | 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（車椅子対応） ② あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2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 |
| その他 | | | | |

4. サービスの内容

| | |
|-----------------|---------------------------------------|
| 運営に関する方針 | 地域における高齢者向け住まいとしての役割を 果たしていく。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者本位の視点に立ち、「生きる力」を支える 取り組みをしています。 |
| 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 | 個別機能訓練加算 | 1 あり ② なし | |
| | 夜間看護体制加算 | ① あり 2 なし | |
| | 医療機関連携加算 | ① あり 2 なし | |
| | 看取り介護加 算 | (I) | ① あり 2 なし |
| | | (II) | 1 あり ② なし |
| | 認知症専門ケ ア加算 | (I) | 1 あり ② なし |
| | | (II) | 1 あり ② なし |
| | サービス提供 体制強化加算 | (I) | 1 あり ② なし |
| (I) | | ① あり 2 なし | |

| | | | |
|----------------------|------|------------------------|-----------|
| | | (Ⅱ) | 1 あり ② なし |
| | | (Ⅲ) | 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 | | |

(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(訪問診療医の確保) | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | おだけ内科循環器科 |
| | | 住所 | 加古川市別府町中島町5-1-2 |
| | | 診療科目 | 内科、循環器科 |
| | | 協力内容 | 主治医として健康管理、訪問診療 |
| | 2 | 名称 | 順心病院 |
| | | 住所 | 加古川市別府町別府8-6-5-1 |
| | | 診療科目 | 脳神経外科、内科、外科、耳鼻科、皮膚科、肛門外科、呼吸器科、乳腺科、小児科、整形外科 |
| | | 協力内容 | 入院治療 |
| | 3 | 名称 | 大西メディカルクリニック |
| | | 住所 | 加古郡稲美町国岡2-9-1 |
| | | 診療科目 | 内科、外科、精神科 |
| | | 協力内容 | 定期的な訪問診療、必要に応じた検査 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | うちだ歯科医院 |
| | | 住所 | 加古川市加古川町寺家町1-5-1-2 |
| | | 協力内容 | 訪問歯科診療、訪問口腔ケア |

(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

| | | | |
|--------------------------|--|-----------|--|
| 入居後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 ③ その他(一般居室(3, 4, 5階)から一般居室(2階)) | | |
| 判断基準の内容 | 転倒等のリスクが増え、見守り強化が必要となった場合 | | |
| 手続きの内容 | 説明し、居室同意書をいただいた後居室移動を行う。 | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり ② なし | | |
| 居室利用権の取扱い | 1 あり ② なし | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり ② なし | | |
| 従前の居室との仕様の 変更 | 面積の増減 | 1 あり ② なし | |
| | 便所の変更 | 1 あり ② なし | |
| | 浴室の変更 | 1 あり ② なし | |
| | 洗面所の変更 | 1 あり ② なし | |

| | | | |
|--|--------|------|--------|
| | 台所の変更 | 1 あり | 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり | (変更内容) |
| | | ④ なし | |

(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 |
| | 要支援の者 | ① あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | ① あり | 2 なし |
| 留意事項 | 60歳以上で、社会保険に加入している方、費用が負担できる方、身元引受人を定められる方 | | |
| 契約の解除の内容 | ① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は事業者から解除した場合 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解除要項 | 入居者の行動が、本人・他の入居者・職員の生命・身体に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等 | |
| | 解除予告期間 | 3か月 | |
| 入居者からの解除予告期間 | 1カ月 | | |
| 体験入居の内容 | ① あり (内容：空室がある場合。要介護：一日4800円＋食費＋介護保険自己負担額。要支援：一日1万円。) 2 なし | | |
| 入居定員 | 36名 | | |
| その他 | | | |

5. 職員体制 (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 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | 1 |
| 直接処遇職員 | | | | 17.2 |
| 介護職員 | 27 | 8 | 19 | 14.3 |
| 看護職員 | 4 | 2 | 2 | 3.1 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 0.1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 栄養士 | 1 | 1 | | 1 |
| 調理員 | 6 | 2 | 4 | 3.5 |
| 事務員 | 1 | 1 | | 1 |
| その他職員 | 1 | | 1 | 0.3 |

| | |
|--|----|
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | 40 |
| ※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。 | |
| ※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。 | |

(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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 14 | 5 | 9 |
| 実務者研修の修了者 | 1 | 1 | |
| 初任者研修・ヘルパー二級の修了者 | 13 | 3 | 10 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

(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 | 1 | 1 | |
| 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 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜間帯の設定時間 (19時～ 7時) | | |
|---------------------|------|-----------------|
| | 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 | 2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 <input type="checkbox"/> 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) | 1.8 : 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 | 社会福祉主事 | | | |
| | | 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 | 2 | 2 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 2 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | 2 | 4 | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | 1 | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | 3 | 2 | | |
| 10年以上の者の人数 | 2 | 2 | 3 | 11 | 1 | |
| | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | | | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | | |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | | | |
| 10年以上の者の人数 | 1 | | | 1 | | |
| 従業者健康診断の実施状況 | | | 1 あり 2 なし | | | |

6. 利用料金

| | | | |
|------------|-------------------------------------|-----------|-----------------|
| 居住の権利形態 | 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 修身建物賃貸借方式 | | |
| 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 | 1 全額前払い方式 | 2 一部前払い・一部月払い方式 |
| | ※該当する方式を全て選択 | | 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 物価の変動、人件費の上昇により、2年に1回改定する場合がある。 |
| | 手続き | 運営懇談会の意見を聴く。 |

(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 | | |
| | 年齢 | 80歳 | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.0 m ² | m ² | |
| | 便所 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | 1 あり 2 なし | |
| | 浴室 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | 1 あり 2 なし | |
| | 台所 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | 1 あり 2 なし | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0円 | 円 | |
| | 敷金 | 0円 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 208,606円 | 円 | |
| 家賃 | | 70,000円 | 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護の費用※1 | 18,032円 | 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 48,750円 | 円 |
| | | 管理費 | 51,500円 | 円 |
| | | 手厚い介護費用 | 20,000円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 管理費に含む | 円 |
| | | その他 | | 円 |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む ※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。) | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|---------|--|
| 家賃 | 建物、設備の償却費、借入金の利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。 |
| 敷金 | |
| 手厚い介護費用 | 要介護者等2人に対し週40時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。 |

| | |
|----------------------|--|
| 管理費 | 共用施設の維持管理・修繕費。事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費。及び、水光熱費。 |
| 食費 | 厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用。 |
| 光熱水費等 | 管理費に含む。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |
| 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 | 基本報酬及び加算の利用者負担分。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | (上掲) |
| ※介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

7. 入居者の状況（記入日現在）

(入居者の人数)

| | | |
|-------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 8人 |
| | 女性 | 26人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 0人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 4人 |
| | 85歳以上 | 30人 |
| 要介護度別 | 自立 | 2人 |
| | 要支援1 | 3人 |
| | 要支援2 | 3人 |
| | 要介護1 | 4人 |
| | 要介護2 | 7人 |
| | 要介護3 | 6人 |
| | 要介護4 | 5人 |
| | 要介護5 | 4人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 4人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 4人 |
| | 1年以上5年未満 | 15人 |
| | 5年以上10年未満 | 6人 |
| | 10年以上15年未満 | 5人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|--|--------|
| 平均年齢 | 90.6 歳 |
| 入居者数の合計 | 34. 人 |
| 入居率※ | 94% |
| ※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 | 1 人 |
| | 社会福祉施設 | 0 人 |
| | 医療機関 | 5 人 |
| | 死亡者 | 5 人 |
| | その他 | 2 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 3 人 |
| | | (解約事由の例) 他施設への転居 2 名、自宅への転居 1 名 |

4. 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 | 苦情窓口 | |
| 電話番号 | 079-436-8670 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 : 30 ~ 17 : 30 |
| | 土曜日 | 8 : 30 ~ 17 : 30 |
| | 日曜・祝日 | 8 : 30 ~ 17 : 30 |
| 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 あり | (その内容) 施設賠償保険 |
| | 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 あり | (その内容) |
| | ② なし | |
| 事故対応及び予防のための指針 | ① あり | 2 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 あり | 実施日 | 随時 |
| | | 結果の開示 | 1 あり ② なし |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |

| | |
|--|------|
| | ② 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 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 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 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 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 ③ 公開していない |

6. その他

| | | |
|---|--------------------|--------------|
| 運営懇談会 | ① あり | (開催頻度) 年 2 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:) | |
| | 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 | 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 | 1 あり | ② なし |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | |
| 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) | |
| | 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 | | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

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

※ _____ 様

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____

※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 | なし | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | デイサービス和気あいあい | 加古川市別府町石町81-1 |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| ＜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 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |
| ＜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 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

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 | あり |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|--------------------------------|----------|-------|---|----------|------------------------------------|----|
| 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 | あり | なし | あり | ○ | | | 保険給付＋人員過配置 | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 保険給付＋人員過配置 | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | 自己負担（袋単位で購入） | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 週2回までは介護保険で実施 | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 週2回までは介護保険で実施 | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 保険給付＋人員過配置 | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | 保険給付 | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1500円/時間 | 協力医療機関への付添は給付範囲に含まれる。それ以外の場合有料サービス | |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | ケアプランにより実施 | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | ケアプランにより実施 | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | ケアプランにより実施 | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | | ケアプランにより実施 | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | | | |
| おやつ | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | | | 外部からの訪問理美容 | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 消耗品の購入の代行、嗜好品については、代行を行っていない。 | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 必要に応じて代行を行う。 | |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 必要に応じて金銭管理を行う。 | |

| | | | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|--|--|--|----------------|
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | | | 自己負担 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | | 適宜実施 |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | | 適宜実施 |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | 適宜実施 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | | | 適宜実施 |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | 市内の医療機関の場合適宜実施 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | 市内の医療機関の場合適宜実施 |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～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含まれる場合と、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。