

## 重要事項説明書

記入年月日	年 月 日
記入者名	
所属・職名	

## 1. 事業者の概要

種類	法人	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) (ゆ) ういるえすてーと 有限会社 ウィルエステート		
主たる事務所の所在地	〒672-8045	姫路市飾磨区中野田1-21	
連絡先	電話番号	079-233-7722	
	FAX番号	079-231-5266	
	ホームページアドレス	http:// www.will-com.co.jp	
代表者	氏名	迫井 圭二	
	職名	取締役	
設立年月日	平成13年8月1日		
主な実施事業	不動産の売買、賃貸、管理等 ※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

名称	(ふりがな) ざいたくかいごしえんじゅうたく しんりょくのいえ 在宅介護支援住宅 新緑の家		
所在地	〒651-1312	神戸市北区有野町有野1071-1	
主な利用交通手段	最寄駅	神戸電鉄三田線「五社」駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	車で約4分 (約1.2km)	
連絡先	電話番号	078-987-5000	
	FAX番号	078-987-5600	
	ホームページアドレス	-	
	メールアドレス	-	
管理者	氏名	福本 正則	
	職名	管理者	
建物の竣工日			令和2年 6月10日
有料老人ホーム事業の開始日			令和2年 8月 1日
同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日			-

(類型)【表示事項】

1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合)		
2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	833.47 m <sup>2</sup> (公簿・ <input checked="" type="checkbox"/> 実測)	
	所有関係	1 事業者が自ら全てを所有する土地	
		2 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 事業者が賃借する土地	
		※ 1 又は 2 に該当する場合	
		抵当権の有無	有 / 無
建 物	規模	3階建 1棟	
	延床面積	全体	726.28 m <sup>2</sup>
		うち、有料老人ホーム部分	726.28 m <sup>2</sup>
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ( )	
耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 3 その他 ( )		
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物		
	※ 1 に該当する場合		
	抵当権等の有無	有 / 無	
	※ 2 に該当する場合		
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> (令和 2 年 8 月 1 日～令和 22 年 7 月 31 日) / 無	
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室						
		2 相部屋あり						
	※2に該当する場合							
		最小	人部屋			最大	人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※	
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	11.18 m <sup>2</sup>	24	一般居室個室	
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	11.59 m <sup>2</sup>	6	一般居室個室	
タイプ3	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>				
タイプ4	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>				
タイプ5	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>				
※「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」のいずれかを記入。								
共用施設	共用便所における便房		1 か所	うち男女別の対応が可能な便房		か所		
				うち車椅子等の対応が可能な便房		1 か所		
	共用浴室		2 か所	個室		2 か所		
				大浴場		か所		
	共用浴室に設置された介助浴槽		1 か所	チェアー浴		1 か所		
				リフト浴		か所		
				ストレッチャー浴		か所		
		その他 ( )		か所				
食堂						<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
入居者や家族が利用できる調理設備						有 / <input type="checkbox"/> 無		
エレベーター		1 あり (車椅子対応) 基 <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 1 基 3 あり (上記1・2に該当しない) 基 4 なし						
消防用設備等	消火器					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	自動火災報知設備					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	火災通報設備					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	スプリンクラー					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	防火管理者					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	防災計画					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
その他	テレビアンテナ線、バリアフリー対応							

#### 4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	高齢者が安心・安全に暮らせる賃貸住宅を、低価格で提供していきます。
サービスの提供内容に関する特色	住宅の設計・施工から訪問介護の運営、さらには食事提供までをグループ会社で行っています。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） 2 サービスの提供あり（委託） 3 サービスの提供なし
食事の提供	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） 2 サービスの提供あり（委託） 3 サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） 2 サービスの提供あり（委託） 3 サービスの提供なし
健康管理の供与	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） 2 サービスの提供あり（委託） 3 サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） 2 サービスの提供あり（委託） 3 サービスの提供なし
生活相談サービス	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） 2 サービスの提供あり（委託） 3 サービスの提供なし

(介護サービスの内容)

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	有 / 無	
	夜間看護体制加算	有 / 無	
	医療機関連携加算	有 / 無	
	看取り介護加算	有 / 無	
	認知症専門ケア加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	有 / 無
		(I) ロ	有 / 無
		(II)	有 / 無
		(III)	有 / 無
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		有 / 無	
※有の場合、介護・看護職員の配置率		: 1	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保等）	
協力医療機関	1	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	整形外科、内科、訪問診療 他
		協力内容	外来、訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住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		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		有 / 無	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		有 / 無	
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減	有 / 無	
	便所の変更	有 / 無	
	浴室の変更	有 / 無	
	洗面所の変更	有 / 無	
	台所の変更	有 / 無	
	その他の変更	有 / 無	
	※ 有の場合、 変更内容		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 自立している者 <input type="checkbox"/> 2 要支援の者 <input type="checkbox"/> 3 要介護の者	
留意事項	住宅は共同生活の場になるので、共同生活が営まれる方のみ入居対象者とします。	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合	
設置者から解約を求める場合	解約条項	他の居室へ無断で出入りを頻繁（3回以上）に行ったり、無断で外出（脱走行為）を2回以上行う等
	解約予告期間	即時
入居者からの解約予告期間	1か月	
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無（内容：空室がある場合。1泊食事付（¥6,000+税））	
入居定員	30人	
その他 ※	サービス提供者は自由に選択できます。	

※ 住宅型有料老人ホーム及びサービス付高齢者向け住宅にあつては、入居者がサービス提供者を選択できる旨等を記載すること。

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。

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数※
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1		1	
生活相談員				
直接処遇職員				
うち介護職員				
うち看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員	4		4	1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				時間

※ 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。

(介護職員が有している資格の総数)

	合計	
	常勤	非常勤
社会福祉士		
介護福祉士		
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者		
介護支援専門員		

(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		
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
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)

夜勤帯の設定時間	時～ 時	
	平均人数	最小时人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	人	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※	1	1.5 : 1 以上
	【表示事項】	2	2 : 1 以上
		3	2.5 : 1 以上
		4	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)		

※ 広告、パンフレット等における記載内容と合致すること

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 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	有料老人ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名所	
	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									有 / 無	
	業務に係る資格等									有 / 無	
	※ 有の場合、資格等の名称						介護福祉士				
	看護職員		介護職員		生活相談員		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	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用数											
前年度1年間の退職者数											
の人数 業務に従事した経験年数に応じた職員	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
	従業者の健康診断の実施状況									有 / 無	



6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態【表示事項】	1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 4 選択方式	
	※4の場合 複数選択可	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	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入院等による不在等における利用料金(月払い)の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 <input checked="" type="checkbox"/> 不在期間が30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	土地建物の租税負担の増減、土地建物の価格や物価の変動、近傍同種の建物と比較して賃料が不相当となった場合
	手続き	入居者と協議して行なう

(利用料金のプラン)

(税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	プラン5
入居者の状況※1	要介護度	制限なし	制限なし			
	年齢	制限なし	制限なし			
居室の状況※2		Aタイプ	Bタイプ	タイプ	タイプ	タイプ
床面積		11.18 m <sup>2</sup>	11.59 m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
便所		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
浴室		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
台所		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	円	円	円
	入居保証金	0円	0円	円	円	円
月額費用の合計		61,800円	61,800円	円	円	円
家賃		38,000円	38,000円	円	円	円
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用		－円	－円	円	円
	介護保険外	食費	－円	－円	円	円
		管理費※3	16,800円	16,800円	円	円
		介護費用	－円	－円	円	円
		光熱水費	実費(電気代)	実費(電気代)	円	円
		その他	7,000円	7,000円	円	円
都度払いとなるサービス		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無

- ※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載すること。
- ※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載すること。
- ※3 「使途」を景品表示法指定告示に従ってすべて記載し、「等」で括らないこと。

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	建物の賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	0円
介護費用	入居者が選択し、契約した介護サービス提供事業者設定の利用料金を、利用内容により入居者が負担する
管理費	共用部の清掃・保守管理費。住宅内の入居者同士のトラブル等を解決するための費用
食費	入居者が選択し、契約した食事サービス提供事業者設定の利用料金を、利用内容により入居者が負担する
光熱水費	居室専用部で使用する電気料金を入居者が負担する（居室内の電気メーター一分の請求）
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 (入居者の費用負担分)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常生活費</li> <li>・ 日本放送協会等の放送受信料</li> <li>・ 理美容サービス利用時の利用料</li> <li>・ 電話代等の利用者の嗜好による経費</li> </ul>

(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等に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護等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）	

(前払金の受領) ※ 前払金を受領していない場合は、省略可能

算定根拠		
想定居住期間 (償却年月数)		か月
償却の開始日		入居日/入居日の翌日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を越えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他 ( )	

※ 前払金の算定根拠等については、別紙等を利用し説明すること。

※ 複数の料金プランがある場合は料金表を重要事項説明書に添付するなどして全容を明示すること。

## 7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	6人	女性	9人
年齢別	65歳未満	0人	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	11人	85歳以上	2人
要介護度別	自立	0人	要支援1	5人
	要支援2	0人	要介護1	6人
	要介護2	1人	要介護3	1人
	要介護4	1人	要介護5	1人
入居期間別	6か月未満	5人	6か月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	8人	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	84歳
入居者数の合計	15人
入居率※	50%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。 なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。	

(前年度における退去者の状況)

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

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※適宜、欄を追加すること。

窓口の名称		新緑の家	ウィルグループコールセンター
電話番号		078-987-5000	0120-4165-29
対応している 時間	平日	9:00～18:00	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00	9:00～18:00
	日曜・祝日	—	—
定休日		日祝祭日、土(第2・4)	日祝祭日、土(第2・4)
窓口の名称		神戸市消費生活センター	神戸市福祉局監査指導部 法人・施設指導担当
電話番号		078-371-1221	078-322-6242
対応している 時間	平日	9:00～17:00	8:45～12:00、13:00～17:30
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日		土日祝・年末年始	土日祝・年末年始

(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 加入済み		
	2 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	
	合	加入する保険の名称	
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 対応あり(事故対応及びその予防のための指針あり)		
	2 対応あり(事故対応及びその予防のための指針なし)		
	3 対応なし		

(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、意見箱等の 利用者の意見等を把握する取組の 状況	1 取組あり			
	2 取組なし			
	※1の場合 合	実施日・開始日	平成 年 月 日	
		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 実施済み		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 未実施		
	※ 1 の場合	実施日	平成 年 月 日
		評価機関名称	
※ 1 の場合	結果の開示	1 あり ( ) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
管理規定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	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 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 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 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 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 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 設置済み		
	2 未設置 (代替措置あり)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 未設置 (代替措置なし)		
	※ 1 の場合、開催頻度	年 回	
	※ 2 の場合、代替措置の内容		
提携ホームへの移行【表示事項】	1 移行あり (提携ホーム名： ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 移行なし		
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 届出あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 届出なし 3 届出なし (サービス付き高齢者向け住宅の登録済み )		
有料老人ホーム設置運営指導指針「第 5 章 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可	1 不適合事項あり (代替措置を実施済み) 2 不適合事項あり (将来の改善計画策定済み) <input checked="" type="checkbox"/> 3 不適合事項あり (1 又は 2 以外) 4 不適合事項なし 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備		
※ 1、2 又は 3 の場合、不適合事項の内容 ※ 該当する項目にチェック	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない ( <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部 ) <input checked="" type="checkbox"/> 一般居室の 1 人当たり床面積が 18㎡未満 ( <input checked="" type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部 ) <input checked="" type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない (有効幅 1.6m) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし ( <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備 ・ <input type="checkbox"/> 通報装置 ・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)		

※ 1の場合、代替措置の概要	契約時に重要事項説明書の不適合事項を説明する。
※ 2の場合、改善計画の概要	
※ 5の場合、構造設備の基準となる制度の名称	1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み） 2 高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み）
有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無 ※複数選択可	1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） 3 指導事項なし
※ 1又は2の場合、指導内容	

添付書類：別添1（設置者が別に実施する介護サービス一覧表）

別添2（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。

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙5の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、上記重要事項説明書の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

別添1 設置者が神戸市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
訪問入浴介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
訪問看護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
訪問リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無		
居宅療養管理指導	有 / <input type="checkbox"/> 無		
通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
通所リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無		
短期入所生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
短期入所療養介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定施設入居者生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
福祉用具貸与	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定福祉用具販売	有 / <input type="checkbox"/> 無		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
夜間対応型訪問介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
認知症対応型通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
小規模多機能型居宅介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
認知症対応型共同生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
看護小規模多機能型居宅介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
居宅介護支援	有 / <input type="checkbox"/> 無		
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防訪問入浴介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防訪問看護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防訪問リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防居宅療養管理指導	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防通所リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防短期入所生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防短期入所療養介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防福祉用具貸与	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定介護予防福祉用具販売	有 / <input type="checkbox"/> 無		
<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	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防支援	有 / <input type="checkbox"/> 無		
<介護福祉施設>			
介護老人福祉施設	有 / <input type="checkbox"/> 無		

介護老人保健施設	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護療養型医療施設	有 / <input type="checkbox"/> 無		

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

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						有 / 無
	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				備考 *：自立者へ「介護費」で提供する一時的介護サービス
		（利用者が全額負担）	包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス						
食事介助	無	無				
排泄介助・おむつ交換	無	無				
おむつ代		無				
入浴（一般浴）介助・清拭	無	無				
特浴介助	無	無				
身辺介助（移動・着替え等）	無	無				
機能訓練	無	無				
通院介助	無	無				
生活サービス						
居室清掃	無	無				
リネン交換	無	無				
日常の洗濯	無	無				
居室配膳・下膳	無	無				
入居者の嗜好に応じた特別な食事		無				
おやつ		無				
理美容師による理美容サービス		無				
買い物代行	無	無				
役所手続き代行	無	無				
金銭・貯金管理		無				
健康管理サービス						
定期健康診断		無				
健康相談	無	無				
生活指導・栄養指導	無	無				
服薬支援	無	無				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	無	無				
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	無	無				
入退院時の同行	無	無				
入院中の洗濯物交換・買い物	無	無				
入院中の見舞い訪問	無	無				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「有」を記入したときは、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。



