

介護付有料老人ホーム



**ライフエール**

**重要事項説明書**

「特定施設利用契約と兼用」

株式会社 グッドライフ

## 有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 7 月 1 日
記入者名	坂上 啓一
所属・職名	代表取締役

### 1. 事業主体概要

種類	個人 / <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) (か) ぐっどらいふ 株式会社グッドライフ	
主たる事務所の所在地	〒664-0893 兵庫県伊丹市春日丘三丁目 2 7 番 2 号	
連絡先	電話番号	0 7 2 - 7 7 5 - 1 1 2 3
	F A X 番号	0 7 2 - 7 7 5 - 0 2 7 7
	メールアドレス	Info@lifeel.co.jp
	ホームページアドレス	http://www.lifeel.co.jp
代表者	氏名	坂上 啓一
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <u>平成</u> 1 年 7 月 2 0 日	

### 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) らいふえーる ライフエール	
所在地	〒664-0893 兵庫県伊丹市春日丘三丁目 2 7 番 2 号	
主な利用交通手段	最寄駅	阪急伊丹駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・阪急バスで乗車 5 分、伊丹坂停留所で下車徒歩 3 分 ②自動車利用の場合 ・乗車 5 分
連絡先	電話番号	上記に同じ
	F A X 番号	上記に同じ
	メールアドレス	上記に同じ
	ホームページアドレス	上記に同じ
管理者	氏名	田原 香代
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和・ <u>平成</u> 1 7 年 9 月 1 日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・ <u>平成</u> 1 7 年 1 0 月 1 日	

#### (類型)

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	(介護予防)特定施設入居者生活介護事業所 2873301481 号
	指定した自治体名	兵庫県
	事業所の指定日	平成 17 年 9 月 1 日 (平成 18 年 7 月 1 日)
	指定の更新日 (直近)	令和 5 年 9 月 1 日 (平成 30 年 7 月 1 日)

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	1682.99 m <sup>2</sup>			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地			
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地			
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし		
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 17 年 9 月 1 日～47 年 8 月 31 日) 2 なし		
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし				
建物	延床面積	全体	1670.53 m <sup>2</sup> (地上 3 階建)		
		うち、老人ホーム	1670.53 m <sup>2</sup>		
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ( )			
	構造	<input type="checkbox"/> 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			
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物			
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし		
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 17 年 9 月 1 日～47 年 8 月 31 日) 2 なし		
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし			
	居室の状況	居室区分	<input type="checkbox"/> 1 全室個室		
<input type="checkbox"/> 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

	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.43~20.61	34	介護居室個室	
	タイプ2	有 / 無	有 / 無				
	タイプ3	有 / 無	有 / 無				
	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	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		5ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室		3ヶ所		
			大浴場		1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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	入居者や家族が利用できる調理施設	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし		
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	
	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	<input type="checkbox"/> 4	なし			
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	全室にあり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1	全室にあり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	全室にあり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	その他	<input type="checkbox"/> 1	全室にあり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
その他	エントランスホール、喫茶コーナー、ショップ、健康管理室、多目的ホール、応接会議室、和室等						

#### 4. サービスの内容

運営に関する方針	入居者様がその有する能力に応じて自立した生活が営めるよう努力すると共に、地域・家族様との結びつきを大切にする。
サービスの提供内容に関する特色	家族的雰囲気介護・看護を行い、2:1以上の介護体制を確保することで一人ひとりのニーズに対応する。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施      2 委託      3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託      3 なし
洗濯、掃除等の家事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施      2 委託      3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施      2 委託      3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(IV)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(V)		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

	介護職員等特定処遇改善加算		(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
			(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 ( 訪問医療先の確保 )		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団小川医院
		住所	伊丹市春日丘4丁目53
		診療科目	内科、消化器科、レントゲン科
		協力科目	内科、消化器科、レントゲン科
		協力内容	定期訪問による健康相談、年2回の健康診断
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団 タニダ歯科医院
		住所	兵庫県西宮市東山台1-10-5
		協力内容	定期訪問による歯科診療

(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 ( )		
判断基準の内容			
手続きの内容			
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)
	2 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし

留意事項	原則何れも65歳以上、事前審査あり	
契約の解除の内容	①死亡の場合②入居者からの申出又は事業者からの通告	
事業主体から解約を求める場合	解除要項	周囲に生命の危険を及ぼすときや、ハラスメントにより入居者・家族との信頼関係が著しく害された時など
	解除予告期間	3ヶ月
入居者からの解除予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	① あり (内容: 1日3食付10,000円+税、但し最長6泊7日) ② なし	
入居定員	34人	
その他	連帯保証人及び身元引受人が設定できない場合は要相談	

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	
			35名	
管理者	1	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	21	4	17	17.2
介護職員	22	3	15	15.5
看護職員	3	1	2	1.7
機能訓練指導員		(1)		
計画作成担当者	(1)	(1)		(1)
栄養士				(委託)
調理員				(委託)
事務員	3		3	2.0
その他職員	3		3	1.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37.5時間
※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 24		
		常勤	非常勤
社会福祉士	1	0	1
介護福祉士	10	2	8
実務者研修の修了者	2	0	2
初任者研修の修了者	6	1	5

介護支援専門員	2	2	0
---------	---	---	---

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	2		
			常勤	非常勤
看護師又は准看護師	2		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				
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 ( 20 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 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. 9 5 : 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) (派遣スタッフも含む)

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	主任介護支援専門員			
	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	0	0	1	20		
前年度 1 年間の退職者数	0	0	0	18		



業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	0	3		
1年以上3年未満の者の人数	1	1	1	6		
3年以上5年未満の者の人数			0	2		
5年以上10年未満の者の人数			1	3		
10年以上の者の人数			0	2	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		
従業者健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし			

## 6. 利用料金

居住の権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 修身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式	1 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 2 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 3 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	消費者物価指数や人件費上昇を勘案し2年に1回見直す
	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 (R5. 4. 1～)	
入居者の状況	要介護度	要介護	
	年齢	65歳以上	
居室の状況	床面積	18.43～20.61 m <sup>2</sup>	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	台所	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居時点で必	前払金	0円	

要な費用	敷金	0円	
月額費用の合計		241,460円	
家賃		80,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1	0円	
	介護保険外※2	食費	65,760円
		管理費	55,000円
		介護費用	24,200円
		光熱水費	16,500円
その他※3	都度払いサービス有		
※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。） ※3 原則無いが、要支援若しくは要介護から自立になった場合は、次月より「生活支援費」として、支援1相当分（60,000円）を徴収する。			

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	建物の賃借料、備品費、借入金等を基礎として1室当りの金額を算出した。
敷金	
介護費用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・（自立）介護費：自立者に対する一時的介護費用</li> <li>・（要支援・要介護）上乘せ介護費：基準より手厚いサービスを行うための人件費 直接処遇職員人件費×(1/2-1/3) = 240,000×1/6 = 40,000円</li> </ul>
管理費	共同施設の維持管理・修繕費、備品費、事務費、事務・生活サービスに係る人件費
食費	朝食 432円、昼食（おやつ含む）770円、夕食 990円を30日間喫食した場合の費用 1日 2,192円×30日 = 65,760円
光熱水費等	各居室の平均電気・水道・NHK受信料 8,250円と共有部分の平均水道光熱費を入居定員数で除した金額 8,250円の合計
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	基本報酬及び前掲の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）	（前掲）
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払金の受領）※前払金を受領しない場合は省略可能

算定根拠	
------	--

想定居住年数（償却年月数）		
償却の開始日		
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）		
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月を超えた契約終了	
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（名称： ）	

7. 入居者の状況（R5.7.1日現在）  
（入居者の人数）

性別	男性	5人
	女性	23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	24人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	0人
	要介護1	5人
	要介護2	9人
	要介護3	5人
	要介護4	3人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	18人
	5年以上10年未満	1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	90.1歳
------	-------

入居者数の合計	28人
入居率※	82.3%
※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	0人
	死亡者	7人
	その他	3人
生前解約の状況	施設側の申し出	1人
		(解約事由の例) 精神的疾患で他の入居者の生活を脅かしたため
	入居者側の申し出	2人
		(解約事由の例)介護者の近くに住民のため、ご主人と暮らすため。

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		兵庫県国民健康保険団体連合会
電話番号		078-332-5617
対応している時間	平日	8:45~17:15
	土曜日	休
	日曜・祝日	休
定休日		12/29~1/3
窓口の名称		公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3548-1077
対応している時間	平日	10:00~17:00
	土曜日	休
	日曜・祝日	休
定休日		年末年始
窓口の名称		伊丹市介護保険課
電話番号		072-784-8037
対応している時間	平日	9:00~17:30
	土曜日	休
	日曜・祝日	休
定休日		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険制度」
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	2 なし	
事故対応及び予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成 29 年 11 月 12 日	
			結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
2 なし				
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成 23 年 2 月 22 日	
			評価機関名称	NPO 法人 福祉経営ネットワーク
			結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 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	1 あり 2 なし
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 令和 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

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	
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	

