

(別表7)

## 有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	2019年7月16日
記入者名	田村 斗美
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	<a href="https://www.nomane.jp/">https://www.nomane.jp/</a>
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	

### 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) りーち 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	阪神打出駅より徒歩約 10 分
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	<a href="https://www.nomane.jp/">https://www.nomane.jp/</a>
管理者	氏名	田村 斗美
	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	<input type="checkbox"/> 介護付 (地域密着型特定施設入居者生活介護を提供する場合)	
2	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 住宅型	
4	<input type="checkbox"/> 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 <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	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり ( 2012 年～2032 年) 2 なし
契約の自動更新	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	2291.43 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム	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	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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.26~13.30	19	介護居室個室
タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	23.30 m <sup>2</sup>	1	介護居室部屋
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	31.41 m <sup>2</sup>	1	介護居室部屋
タイプ4	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無			
タイプ5	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無			
タイプ6	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無			
タイプ7	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無			
タイプ8	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無			
タイプ9	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無			
タイプ10	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
エレベーター	<input checked="" 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) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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	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	
	生活機能向上連携加算	1 あり	2 なし	
	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	
	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	
	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	
	特定処遇改善加算(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		<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 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
		協力内容	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)
	2	名称	
		名称	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	六甲パーク歯科
		住所	神戸市灘区篠原南町1-6-1
		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 checked="" 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		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"> <li>・事業者の指定する医師の意見を聴く</li> <li>・入居者の意思を確認する</li> <li>・入居者の身元引受人等の意見を聴く</li> </ul>	
追加的費用の有無		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

	台所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
			<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	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	<p>①入居者が逝去した場合</p> <p>②入居者から契約解除が行われた場合</p> <p>③事業者から契約解除が行われた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul> <p>④要介護認定者の結果、自立もしくは要支援となった場合</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>①入居者が逝去した場合</p> <p>②入居者から契約解除が行われた場合</p> <p>③事業者から契約解除が行われた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>	

		④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（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	21	8	13	13.2
介護職員	17	8	9	10.4
看護職員	4		4	2.8
機能訓練指導員	4		4	2.8(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
※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			
介護福祉士	4	3	1
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	3	1	2

介護支援専門員	1	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		4
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	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)	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	実務者研修
		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	2	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	4	6	0	0
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数				7		
1年以上3年未満の者の人数				5	1	
3年以上5年未満の者の人数		1		1		
5年以上10年未満の者の人数		2	2	1		
10年以上の者の人数		1		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	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	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						1
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			2			
10年以上の者の人数			1			
従業者健康診断のの実施状況	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	1 全額前払い方式				
	※該当する方式を全て選択		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		249,589円	262,275円	
家賃		90,000円	90,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1	18,605円	28,751円	
	介護保険外※2	食費	61,560円	61,560円
		管理費	16,200円	16,200円
		介護費用	40,500円	40,500円
		光熱水費	17,496円	17,496円
	その他	5,228円	7,768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	90,000円(A) 132,000円(B) 165,000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	15,000円(税別)
食費	1,900円/日(税別)
光熱水費等	16,200円(A,B) 19,200円(C) (税別) 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2,000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。
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)	長期推計に基づき、要介護者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入居時に1人あたり月額37,500円(税別)を受領する。
※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	前払い金は受領しない	
想定居住年数(償却年月数)		ヶ月
償却の開始日		入居日
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(記入日現在)

(入居者の人数)

性別	男性	2人
	女性	11人
年齢別	65歳以上	0人
	65歳以上75歳未満	1人

	75歳以上 85歳未満	1人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	3人
	要介護2	2人
	要介護3	2人
	要介護4	3人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	10人
	5年以上 10年未満	2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	87.8歳
入居者数の合計	13人
入居率※	62%
※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	5人
	志望者	0人
	その他	8人
生前解約の状況	施設側の申し出	8人
		(解約事由の例) 死亡
	入居者側の申し出	5人
		(解約事由の例) 長期入院

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：田村 斗美	
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～18時
	日曜・祝日	9時～19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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 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
	<input type="checkbox"/> 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) 保険会社
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及び予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 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

説明を受けた者

住所

氏名

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		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	ARC灘	神戸市東灘区
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	hanare 芦屋	
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	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		
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		
看護小規模多機能居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
< 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		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	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"/> あり	なし	metoo 芦屋	
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
< 介護保険施設 >				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		



介護医療院	あり	<input checked="" 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"/> 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)		包含※2	都度※2	料金※3	備考
介護サービス								
食事介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
おむつ代			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
機能訓練	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり				
通院介助	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
生活サービス								
居室清掃	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
リネン交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
日常の洗濯	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
おやつ			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		実費負担
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		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