

## 有料老人ホーム六甲台翠光園重要事項説明書

## 特定施設入居者生活介護重要事項説明書

記入年月日	令和 6年 7月 1日
記入者名	平峰 浩治
所属・職名	管理者・施設長

## 1. 事業者の概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	※法人の場合、その種類	公益社団法人
名称	コウエキシャダンホリジン キシロスイコウカイ 公益社団法人 きしろ翠光会		
主たる事務所の所在地	〒657-0011	神戸市灘区鶴甲5丁目1番50号	
連絡先	電話番号	078-851-7739	
	FAX番号	078-821-1337	
	ホームページアドレス	<a href="http://kishiro-suikou.org">http://kishiro-suikou.org</a>	
代表者	氏名	平峰 浩治	
	職名	理事長	
設立年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 / 平成 23年 5月 1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

名称	ユウリョウロウジンホーム ロッコウダ イスイコウエン 有料老人ホーム 六甲台翠光園		
所在地	〒657-0011	神戸市灘区鶴甲5丁目1番50号	
主な利用交通手段	最寄駅	阪急神戸線六甲駅・JR六甲道駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	市バス⑩系統⇒ケーブル駅下車 徒歩5分	
連絡先	電話番号	078-851-7739	
	FAX番号	078-821-1337	
	ホームページアドレス	<a href="http://kishiro-suikou.org">http://kishiro-suikou.org</a>	
	メールアドレス	<a href="mailto:rokkoudaisuikouen@tempo.ocn.ne.jp">rokkoudaisuikouen@tempo.ocn.ne.jp</a>	
管理者	氏名	平峰 浩治	
	職名	管理者・施設長	
建物の竣工日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成 22年 6月 日		
有料老人ホーム事業の開始日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 / 平成 45年 9月 日		

## (類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 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）	
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	2870201981
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	平成 12年 2月 28日
	指定の更新日（直近）	令和 2年 4月 1日

## 3. 建物概要

土 地	敷地面積	2,285.01 m <sup>2</sup> （公簿・実測）			
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		
		※ 2 又は 3 に該当する場合			
		契約期間	有（ 年 月 日～ 年 月 日） / 無		
契約の自動更新	有 / 無				
建 物	規模	3 階建 1 棟			
		延床面積	全体	2,343.72 m <sup>2</sup>	
			うち、有料老人ホーム部分	2,343.72 m <sup>2</sup>	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他（ ）			
		耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他（ ）		
			所有関係	<input checked="" 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	
				※ 1 に該当する場合	
	抵当権等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無			
	※ 2 に該当する場合				
	契約期間	有（ 年 月 日～ 年 月 日） / 無			
契約の自動更新	有 / 無				

居室の状況	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり					
	【表示事項】	※ 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	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.27 m <sup>2</sup>	39	
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	21.03 m <sup>2</sup>	8	
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	24.09 m <sup>2</sup>	2	
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.00 m <sup>2</sup>	1		
タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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	0 か所	うち男女別の対応が可能な便房	9 か所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4 か所			
	共用浴室	3 か所	個室	6 か所			
			大浴場	0 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			<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無				
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) 2 基 <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 1 基 <input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) 基 <input type="checkbox"/> 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	各居室テレビ・固定電話設置可能						

#### 4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	公益社団法人きしろ翠光会の「理念」を反映させたサービスを継続して提供できる人材、つまり倫理観や適切な人間観を持った職員の育成に努める。
サービスの提供内容に関する特色	“パーソンセンタードケア”生活習慣の見直し業務改善に努め、ご利用者のできる行為に視点を置き、日々の生活行為に意欲がもてるようなケアの提供に努めます。
入浴、排せつ又は食事の介護	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
食事の提供	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
洗濯、掃除等の家事の供与	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
健康管理の供与	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
安否確認又は状況把握サービス	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
生活相談サービス	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>

(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(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	看取り介護加算(Ⅰ)(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	処遇改善加算(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	特定処遇改善加算(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	認知症専門ケア加算(Ⅰ)(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	退院、退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	入居継続支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	ADL維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護職員等ベースアップ等支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
身体拘束廃止取組の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 基準型 / <input type="checkbox"/> 減算型	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
	※有の場合、介護・看護職員の配置率	2 : 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	医療法人若葉会 六甲病院
		住所	神戸市灘区土山町5番1号
		診療科目	内科・外科・整形外科・緩和ケア内科・泌尿器科・婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・放射線科・リハビリテーション科
		協力内容：日常の健康診断・他の医療機関への紹介・定期健康診断	
	2	名称	坪井医院
		住所	神戸市灘区高羽町5丁目4-28
		診療科目	内科・胃腸科・循環器科
		協力内容：受診が困難な入居者の方への往診・治療	
協力歯科医療機関	名称	鶴甲歯科クリニック	
	住所	神戸市灘区鶴甲4丁目7-2	
	協力内容：受診が困難な入居者の方への往診・治療		

(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	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	有 / 無	
居室利用権の取扱い		
前払い金の調整の有無	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	自立している方については、有料老人ホームの契約を行うのみとする。特定施設入居者生活介護施設との契約は、本人の希望により要支援、要介護の認定を受けた時点で行う。	
契約の解除の内容	死亡、希望退所	
設置者から解約を求める場合	解約条項	1. 入居申し込み書に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居した時 2. 建物、付帯設備又は敷地を故意又は重大な過失により、汚染、破損又は滅失したとき。 3. 共同生活の秩序を乱す行為があったとき。
	解約予告期間	6 か月
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 1泊 12000 円 (税込み)	
入居定員	50 人	
その他 ※		

## 5 職員体制

(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		1
生活相談員	2	1	1	1.2
直接処遇職員	27	17	13	24.3
うち介護職員	30	16	9	21.5
うち看護職員	5	1	4	2.8
機能訓練指導員	2	2	0	7
計画作成担当者	2	1	1	1.5
栄養士	1	1	0	1
調理員	6	4	2	5.4
事務員	4	2	2	3
その他職員	1	1	0	1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				37.5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	2	1	1
介護福祉士	17	12	5
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	3	1	2
介護支援専門員	2	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			
理学療法士	2	2	
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	16時00分～9時30分	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	3人	3人
管理宿直者	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※ 【表示事項】	1	1.5 : 1 以上
		<input checked="" type="checkbox"/> 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)	2 : 1	
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								<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	業務に係る資格等								<input checked="" type="checkbox"/> 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	1		5					1		
前年度1年間の退職者数		1	3	1						
員の人数 業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満	1		3	2			1		
	1年以上 3年未満			2	1					1
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満		1	5						
	10年以上		3	6	6	1	1	1		1
従業者の健康診断の実施状況								<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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【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 月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式	
	※4の場合 複数選択可	1 全額前払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額(食事のみ) 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	改定案の提示と説明
	手続き	

(利用料金のプラン)

(税抜き)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	
入居者の状況	要介護度	無	無	無	無	
	年齢	無	無	無	無	
居室の状況	床面積	18.27 m <sup>2</sup> ・21.03 m <sup>2</sup>	18.27 m <sup>2</sup> ・21.03 m <sup>2</sup>	24.09 m <sup>2</sup> ・20.00 m <sup>2</sup>	24.09 m <sup>2</sup> ・20.00 m <sup>2</sup>	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無				
	浴室	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無				
入居一時金		0 円	3,300,000 円	0 円	3,600,000 円	
敷金		無	無	無	無	
月額費用の合計(税抜)		270,900 円	215,900 円	290,900 円	230,900 円	
サービス費用	家賃(非課税)	141,000 円	86,000 円	161,000 円	101,000 円	
	特定施設入居者生活介護等の費用(税抜)	129,900 円	129,900 円	129,900 円	129,900 円	
	介護保険外	食費	55,000 円	55,000 円	55,000 円	55,000 円
		管理費	40,500 円	40,500 円	40,500 円	40,500 円
		介護費	22,400 円	22,400 円	22,400 円	22,400 円
光熱水費		12,000 円	12,000 円	12,000 円	12,000 円	
都度払いとなるサービス		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無				

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	近傍同種の家賃相当額を勘案し、妥当な額として設定。想定居住期間は5年
敷金	無し
介護費用	介護体制の国基準（3：1）に対し、2：1と手厚い介護を提供するための費用として算出。※介護保険サービスの自己負担額は含みません。
管理費	共用施設の維持管理費、運営に関わる管理部門の人件費等を勘案して算出。
食費	人件費等の諸経費、食材費を勘案して、朝食・昼食・夕食に対し1月を30日として算出（欠食数による返金制度あり）
光熱水費	共用部分の電気、ガス、水道料を勘案して算出
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2参照
その他のサービス利用料	リネン関係費用・日用品費用・居室電気代・医療費・NHK放送受信料・電話代・インターネット通信費用・新聞代…等

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

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	要介護度に応じた介護給付金の負担割合1割～3割
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）	介護保険法に定められている人員配置基準（3：1）よりも多くの介護スタッフを配置し（2：1）、介護の必要になられた方へ手厚い介護・看護サービスを提供するための上乘せ費用。（要介護者等2人に対し、週37.5時間換算で看護・介護職員1人以上） 月額 22,400円（税抜）

(入居一時金の受領)

算定根拠	<p>プラン②入居一時金 (3,300,000 円)          = 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 (990,000 円) (初期償却額)          + 想定居住期間における家賃相当額の一部の額 (2,310,000 円) (償却額)</p> <p>プラン④入居一時金 (3,600,000 円)          = 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 (1,080,000 円) (初期償却額)          + 想定居住期間における家賃相当額の一部の額 (2,520,000 円) (償却額)</p>	
想定居住期間 (償却年月数)	60 か月 (1826 日)	
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)	<p>プラン②990,000 円          プラン④1,080,000 円</p>	
初期償却率	30%	
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	<p>入居後 3 か月以内に契約が終了した場合、下記の計算式によって算出した額を返還します。</p> <p>返還金          = 想定居住期間における家賃相当額の一部の額 × { (1826 日 - 入居日数) / 1826 } + 初期償却額          千円未満の端数が生じた場合には切り上げます。</p>
	入居後 3 月を越えた契約終了	<p>入居後 3 月を越え想定居住期間内に契約が終了した場合、下記の計算式によって算出した額を返還します。</p> <p>返還金          = 想定居住期間における家賃相当額の一部の額 × { (1826 日 - 入居日数) / 1826 }          千円未満の端数が生じた場合には切り上げます。          想定居住期間を超えると返還金はありません。</p>
入居一時金の保全先	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	株式会社 朝日信託
	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	

## 7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	11人	女性	34人
年齢別	65歳未満	人	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	9人	85歳以上	35人
要介護度別	自立	0人	要支援1	3人
	要支援2	3人	要介護1	7人
	要介護2	7人	要介護3	12人
	要介護4	9人	要介護5	4人
入居期間別	6か月未満	5人	6か月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	25人	5年以上10年未満	9人
	10年以上15年未満	1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	45人
入居率※	90%
※ 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	1人	社会福祉施設	2人
	医療機関	0人	死亡者	4人
	その他	0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)		

## 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		有料老人ホーム六甲台翠光園
電話番号		078-851-7739
対応している 時間	平日	9:00~17:45
	土曜	9:00~17:45
	日曜・祝日	9:00~17:45
定休日		なし

(行政機関その他苦情受付機関)

窓口の名称	国民健康保険団体連合会	神戸市福祉局監査指導部 法人・施設指導担当
電話番号	078-332-5617	078-322-6242
対応している時間	平日	8:45~17:15 8:45~12:00、13:00~17:30

窓口の名称	神戸市消費生活センター	鶴田正信法律事務所
電話番号	078-371-1221	06-6362-1751
対応している時間	平日	8:45~17:00 10:00~18:00

(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 type="checkbox"/> 1 加入済み <input type="checkbox"/> 2 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	あいおいニッセイ同和損保
		加入する保険の名称	賠償責任保険
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 type="checkbox"/> 1 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり) <input type="checkbox"/> 2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 取組あり <input type="checkbox"/> 2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	平成 22年 6月 日
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり ( ) <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 実施済み <input type="checkbox"/> 2 未実施		
	※1の場合	実施日	平成 年 月 日
		評価機関名称	
	結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり ( ) <input 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規定	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<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 入居希望者に交付	<input 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 入居希望者に交付	<input 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 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運 営 懇 談 会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 設置済み 2 未設置（代替措置あり） 3 未設置（代替措置なし）
	開催頻度 年 2 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 届出あり 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） 3 不適合事項あり（1又は2以外） <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が18㎡未満（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に） <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	
※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） <input checked="" type="checkbox"/> 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（設置者が別々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）

※ 利用入居者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※ 署名代行者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

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。

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 / 無	
訪問入浴介護	有 / 無	
訪問看護	有 / 無	
訪問リハビリテーション	有 / 無	
居宅療養管理指導	有 / 無	
通所介護	有 / 無	
通所リハビリテーション	有 / 無	
短期入所生活介護	有 / 無	
短期入所療養介護	有 / 無	
特定施設入居者生活介護	有 / 無	
福祉用具貸与	有 / 無	
特定福祉用具販売	有 / 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 / 無	
夜間対応型訪問介護	有 / 無	
認知症対応型通所介護	有 / 無	
小規模多機能型居宅介護	有 / 無	
認知症対応型共同生活介護	有 / 無	
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / 無	
看護小規模多機能型居宅介護	有 / 無	
居宅介護支援	有 / 無	
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問介護	有 / 無	
介護予防訪問入浴介護	有 / 無	
介護予防訪問看護	有 / 無	
介護予防訪問リハビリテーション	有 / 無	
介護予防居宅療養管理指導	有 / 無	
介護予防通所介護	有 / 無	
介護予防通所リハビリテーション	有 / 無	
介護予防短期入所生活介護	有 / 無	
介護予防短期入所療養介護	有 / 無	
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / 無	
介護予防福祉用具貸与	有 / 無	
特定介護予防福祉用具販売	有 / 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 / 無	
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / 無	
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / 無	
介護予防支援	有 / 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					<input checked="" type="checkbox"/> 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※4	
		(利用者が 全額負担)	包含 ※2	都度 ※2		料金※ 3
<b>介護サービス</b>						
食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
排泄介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
おむつ代		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無			オムツ代は実費	
入浴介助・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無			用品は実費	
特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
身辺介助 (移動・着替え等)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
通院介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無			協力医療機関以外の 通院介助については 30分1000円+税	
<b>生活サービス</b>						
居室清掃	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
リネン交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無			リネン・タオル・ マットレスリース代 実費	
日常の洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無			用品は実費	
居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
入居者の嗜好に応じ た特別な食事		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無				
おやつ		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無			月500円(税込)	
理美容師による理美 容サービス		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無			1回1500円(税込)	
買い物代行	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無				
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無				
金銭・貯金管理		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無			1000円(税抜)	
<b>健康管理サービス</b>						
定期健康診断		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無				
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
生活リズムの記録	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
<b>入退院時・入院中のサービス</b>						
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無			交通費	
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無			協力医療機関以外の 入退院の同行につい ては30分1000円+税	
入院中の洗濯物交 換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				