

重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 11 月 1 日
記入者名	平本 賀章
所属・職名	PDハウス神戸深江本町・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	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃさんうえるず 株式会社サンウェルズ		
主たる事務所の所在地	〒920-0067	石川県金沢市二宮町15番13号	
連絡先	電話番号	076-272-8982	
	FAX番号	076-272-8986	
	ホームページアドレス	http://sunwels.jp/	
代表者	氏名	苗代 亮達	
	職名	代表取締役	
設立年月日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成 18 年 9 月 26 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	(ふりがな) ぴーでいーはうすこうべふかえほんまち PDハウス神戸深江本町		
所在地	〒658-0021	兵庫県神戸市東灘区深江本町2丁目1番13号	
主な利用交通手段	最寄駅	阪神本線 深江駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	徒歩7分	
連絡先	電話番号	078-453-6380	
	FAX番号	078-453-6381	
	ホームページアドレス	http://sunwels.jp/	
	メールアドレス	pdh.kobefukaehonmachi@sunwels.jp	
管理者	氏名	平本 賀章	
	職名	施設長	
建物の竣工日	令和 6 年 9 月 2 日		
有料老人ホーム事業の開始日	令和 6 年 11 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	昭和 / 平成 年 月 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	平成 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	1,048.79 m ² (公簿・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	
※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	4階建 1棟		
		延床面積	全体	2,142.40 m ²
			うち、有料老人ホーム部分	2,142.40 m ²
	構造	1 鉄筋コンクリート造		
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造		
		3 木造		
		4 その他 ()		
	耐火構	<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	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	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 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	18.29 m ²	36 室	「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	18.58 m ²	8 室	「一般居室個室」
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	18.90 m ²	4 室	「一般居室個室」
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	19.37 m ²	1 室	「一般居室個室」
タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
※ 「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	9 か所	うち男女別の対応が可能な便房		3 か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		6 か所		
	共用浴室	3 か所	個室		1 か所		
			大浴場		2 か所		
	共用浴室に設 置された介助 浴槽	2 か所	チェアー浴		1 か所		
			リフト浴		か所		
			ストレッチャー浴		1 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) 2 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							

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>入居者が快適で心身共に充実した生活を営めること及び良好な生活環境を永続的に確保する。</p> <p>①入居者の皆様を尊重し、尊敬します。</p> <p>②好感を与え快適な日々をお約束します。</p> <p>③安全で安心感のある毎日をお届けします。</p> <p>④信用と信頼を大切にします。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>居室において、加齢・傷病等により日常生活上の補助が必要となった場合は食事介助（配下膳含む）家事介助（洗濯・清掃等）、入浴・洗髪介助、歩行介助、排泄介助、その他身の回りの介助など必要な介護を行います。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（委託）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
食事の提供	<p>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>② サービスの提供あり（委託）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
洗濯、掃除等の家事の供与	<p>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>② サービスの提供あり（委託）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
健康管理の供与	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（委託）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
安否確認又は状況把握サービス	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（委託）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
生活相談サービス	<p>① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（委託）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>

(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)
(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	<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他（訪問診療医の確保等）		
協力医療機関	1	名称	脳神経ホームクリニック
		住所	大阪府大阪市北区中崎1丁目1-1 2階
		診療科目	神経内科
		協力内容	定期訪問診療・緊急時対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	芦屋川デンタルクリニック	
	住所	兵庫県芦屋市月若町8-4 月若ビル2階	
	協力内容	訪問歯科診療	

(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	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> その他（状態の変化により居室移動が必要な場合）
判断基準の内容	一 入居者に常時の見守りが必要となり、職員の目の届く場所での介護を要するとき 二 末期癌・難病等、手厚い医療対応を要するとき 三 健康状態の回復により、常時の見守りを要さなくなったとき 四 その他、施設がより適切なサービスを提供するため居室変更が最善と判断したとき
手続きの内容	一 施設の指定する医師の意見を聴取する。 二 入居者及びその家族の意見を聴取する。 三 一定の観察期間を設ける
追加的費用の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無

居室利用権の取扱い		居室を利用する権利は継続する。	
前払金償却の調整の有無		有 / <input type="checkbox"/> 無	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	便所の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	浴室の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	洗面所の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	台所の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	その他の変更	有 / <input type="checkbox"/> 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	1 自立している者 2 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要介護の者		
留意事項			
契約の解除の内容	入居契約書 第 33 条 (甲の契約解除)、第 34 条 (乙の契約解除)、第 35 条 (契約の終了) の内容に準じる。		
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 33 条	
	解約予告期間	90 日以上	
入居者からの解約予告期間	14 日前		
体験入居	有 / <input type="checkbox"/> 無 (内容 :)		
入居定員	49 人		
その他 ※			

※ 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	1	1		
直接処遇職員	31		31	
うち介護職員	15		15	
うち看護職員	16		16	

機能訓練指導員	5		5	
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2	2		
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				40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	12		12
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	2		2
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	16		16
理学療法士	3		3
作業療法士	1		1
言語聴覚士	1		1
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		17時～9時	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	1人		1人
介護職員	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
		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										<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
	業務に係る資格等										有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	※ 有の場合、資格等の名称											
	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	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		16		15				5			
	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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 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 type="checkbox"/> 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / <input 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 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	消費者物価指数及び人件費等を勘案
	手続き	運営懇談会の意見を聴いて入居者または身元引受人の同意を得たうえで行う。

(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	要介護3	要介護5				
	年齢	77歳	87歳				
居室の状況※2		タイプ	タイプ	タイプ	タイプ	タイプ	
床面積		18.29 m ²	19.37 m ²	m ²	m ²	m ²	
便所		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
浴室		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	円	円	円	
	敷金	100,000円	100,000円	円	円	円	
月額費用の合計		130,400円	130,400円	円	円	円	
家賃		35,760円	35,760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	23,760円	23,760円	円	円	円
		厨房管理費	33,480円	33,480円	円	円	円
		光熱費	15,400円	15,400円	円	円	円
		管理費	22,000円	22,000円	円	円	円
その他		円	円	円	円	円	
都度払いとなるサービス		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input 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 「用途」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	近傍家賃相場を勘案して算出
敷金	家賃の 2.7 か月分
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	共用部において、介護保険を利用しない介護サービス（見守り、移動介助、排泄介助、食事介助、生活支援など）に係る費用。
食費	食材費及び食事提供の管理に係る人件費
厨房管理費	厨房に係る維持管理費・人件費
光熱水費	居室と共用部の水道光熱費
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	NHK 受信料については、入居者が個々で契約し負担してください。

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

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
<p>※ 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。</p>	

(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	(解約事由の例)		人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)		人

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		PD ハウス神戸深江本町	金沢本社
電話番号		078-453-6380	076-272-8982
対応している 時間	平日	9:00～17:00	9:00～17:00
	土曜	9:00～17:00	
	日曜・祝日	9:00～17:00	
定休日		なし	土日祝・年末年始

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	

(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 ※加入予定 <input type="checkbox"/> 2 未加入		
	※1の場 合	加入する保険会社の名称	東京海上日動火災保険会社
		加入する保険の名称	超ビジネス保険
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) ※マニュアルあり <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 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	<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	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	1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	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	<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）	
	※ 1の場合、開催頻度	年 1 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） 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。

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	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 無	PDハウス神戸深江本町ヘルパーステーション	兵庫県神戸市東灘区深江本町2丁目1番13号
訪問入浴介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 無	PDハウス神戸深江本町訪問看護ステーション	兵庫県神戸市東灘区深江本町2丁目1番13号
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	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 無	PDハウス神戸深江本町訪問看護ステーション	兵庫県神戸市東灘区深江本町2丁目1番13号
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	有 / 無	有 / 無	○			
排泄介助・おむつ 交換		有 / 無	○			
おむつ代		有 / 無		○	実費	
入浴（一般浴）介 助・清拭		有 / 無	○			
特浴介助		有 / 無	○			
身辺介助（移動・着 替え等）		有 / 無	○			
機能訓練		有 / 無	○			
通院介助		有 / 無		○	2,200円	※入居者のご家族が対応できない 場合に限る（料金は 30分当たり、税込み）
生活サービス						
居室清掃		有 / 無	○			
リネン交換		有 / 無	○			
日常の洗濯		有 / 無	○			
居室配膳・下膳		有 / 無	○			
入居者の嗜好に応 じた特別な食事		有 / 無	○			
おやつ		有 / 無	○			
理美容師による理 美容サービス		有 / 無	○	○	自費	別途料金表による（1,300円～ 6,500円）
買い物代行		有 / 無				
役所手続き代行		有 / 無				
金銭・貯金管理		有 / 無				
健康管理サービス						
定期健康診断		有 / 無		○	自費	年1回程度の機会を提供するよう 努める
健康相談		有 / 無	○			
生活指導・栄養指 導		有 / 無	○			
服薬支援		有 / 無	○			
生活リズムの記録 （排便・睡眠等）		有 / 無	○			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス		有 / 無				
入退院時の同行		有 / 無		○	2,200円	※入居者のご家族が対応できない 場合に限る（料金は 30分当たり、税込み）
入院中の洗濯物交 換・買い物		有 / 無				
入院中の見舞い訪 問		有 / 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。