

特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護
及び有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	2025年 11月 16日
記入者名	谷 麻衣
所属・職名	さわやかこうべにし館 施設長

1. 事業者の概要

種類	個人／法人	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやさわやかくらぶ 株式会社さわやか俱楽部		
主たる事務所の所在地	〒802-0044	福岡県北九州市小倉北区熊本2丁目10番10号	
連絡先	電話番号	093-551-5555	
	FAX番号	093-513-3222	
	ホームページアドレス	https://www.sawayakaclub.jp/	
代表者	氏名	山本 武博	
	職名	代表取締役	
設立年月日	平成16年（2004年） 12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	(ふりがな) さわやかこうべにしかん さわやかこうべにし館	
所在地	〒651-2125	兵庫県神戸市西区玉津町新方549
主な利用交通手段	最寄駅	JR神戸線 明石駅
	最寄駅からの交通手段と所要時間	・バスで9分 降車後、徒歩2分 ・車で7分
連絡先	電話番号	078-915-0477
	FAX番号	078-915-0488
	ホームページアドレス	https://www.sawayakaclub.jp/kobenishikan
	メールアドレス	<u>kobenishi@sawayakaclub.jp</u>
管理者	氏名	谷 麻衣
	職名	施設長
建物の竣工日	2020年（令和2年） 3月 26日	
有料老人ホーム事業の開始日	2020年（令和2年） 5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）		
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	2875204881
	指定した自治体名	兵庫県神戸市
	事業所の指定日	2020年 5月 1日
	指定の更新日（直近）	2026年 4月 30日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	2181.72 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
	建 物	※ 2 又は 3 に該当する場合		
		契約期間	有 (2024年8月21日～2054年8月20日) / 無	
		契約の自動更新		有 / 無
	規模	5 階建 1 棟		
		延床面積	全体	4119.33 m ²
			うち、有料老人ホーム部分	4119.33 m ²
		構造		
	耐火構造	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 ()		
		1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()		
		所有関係		
	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 (2024年8月21日～2054年8月20日) / 無	
		契約の自動更新		有 / 無

<p>※ 「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。</p>											
共用施設	共用便所における便房		8 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		5 か所					
	共用浴室		11 か所	個室		8 か所					
				大浴場		3 か所					
	共用浴室に設置された介助浴槽		3 か所	チェア一浴		0 か所					
				リフト浴		2 か所					
				ストレッチャー浴		1 か所					
				その他 ()		0 か所					
	食堂				<input checked="" type="checkbox"/> / 無						
	入居者や家族が利用できる調理設備				<input checked="" type="checkbox"/> / 無						
	エレベーター				1 あり (車椅子対応) 基						
					<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> / 無				
	自動火災報知設備						<input checked="" type="checkbox"/> / 無				
	火災通報設備						<input checked="" type="checkbox"/> / 無				
	スプリンクラー						<input checked="" type="checkbox"/> / 無				
	防火管理者						<input checked="" type="checkbox"/> / 無				
	防災計画						<input checked="" type="checkbox"/> / 無				
その他	テレビ回線あり、緊急通報装置あり、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	当施設の運営については、特定施設入居者生活介護「さわやかこうべにし館」が居宅であることを踏まえつつ、高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供し、入居者が心豊かに、明るく生活できるよう配慮致します。
サービスの提供内容に関する特色	入居者様の人格を尊重し、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え各個人に応じた適切なサービスに努めます。
入浴、排せつ又は食事の介護	<p><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> ① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> ① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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><input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> / 無
	夜間看護体制加算(II)	<input checked="" type="checkbox"/> / 無
	協力医療機関連携加算 (I) (II)	<input checked="" type="checkbox"/> / 無
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> / 無
	退去時情報提供加算	<input checked="" type="checkbox"/> / 無
	高齢者施設等感染対策向上加算 (I) (II)	<input checked="" type="checkbox"/> / 無
	新興感染症等施設療養費	<input checked="" type="checkbox"/> / 無
	生産性向上推進体制加算 (II)	<input checked="" type="checkbox"/> / 無
	認知症専門ケア加算	(I) <input checked="" type="checkbox"/> / 無
		(II) <input checked="" type="checkbox"/> / 無
	サービス提供体制強化加算	(I) イ <input checked="" type="checkbox"/> / 無
		(I) ロ <input checked="" type="checkbox"/> / 無
		(II) <input checked="" type="checkbox"/> / 無

	(III)	有 / 無
介護職員処遇改善加算	(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"/> 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 医療法人社団 倫生会 みどり病院 住所 神戸市西区枝吉1丁目16番地 診療科目 内科、循環器内科、人工透析内科、整形外科 協力内容 訪問診療・夜間緊急時の対応等
協力医療機関	2	名称 医療法人社団 奉志会 西神戸ホームケアクリニック 住所 神戸市西区学園東町6丁目7-7 診療科目 内科、精神科 協力内容 訪問診療・夜間緊急時の対応等
協力歯科医療機関		名称 医療法人社団 津川歯科診療所 住所 明石市大久保町大窪945番地の1 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 ※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	自立及び介護保険法における、要支援 1 から要介護 5 までの認定を受けた 65 歳以上の高齢者及び第 2 号被保険者。
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・以下のいずれかに該当する場合に、契約は終了するものとします。 1、特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書第 16 条の契約の終了事由に該当した場合 2、入居者からの契約解除に基づき解除をおこなった場合 3、事業者からの契約解除に基づき解除を通告し、予告期間が満了した場合 ・入居者は以下に該当した時は 30 日以上前に規定様式の解約届を事業者に提出し、契約を解除することができます。 1、入居者及び身元引受人が退去を希望する場合。 2、事業者若しくはサービス従事者が正当な理由なく特定施設サービスを実施しない場合。 3、事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反したとき。 4、事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失により入居者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為その他重大な事情が認められる場合。 5、他の入居者が入居者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。 ・事業者は以下に該当した時は、30 日以上の予告期間をもって契約を解除することができます。 1、他の入居者の生活、又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがある時。 2、利用料等の支払いを 3 ヶ月以上滞納したとき。 3、入居時の提出書類で虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。 4、入院、外出等で 3 ヶ月以上居室を利用できなくなったとき。 5、利用者又は利用者の家族等からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は

	再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき。 6、その他、利用契約の条項に反したとき。	
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第29条
	解約予告期間	1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"/> / 無 (内容: 2泊3日無料体験)	
入居定員	80人	
その他 ※	生活のご様子を弊社のブログや広報誌に掲載する事があります。	

※ 住宅型有料老人ホームにあっては、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)

職種	職員数(実人数)			常勤換算人数※	
	合計		常勤		
	常勤	非常勤			
管理者	1	1	0	0.5	
生活相談員	2	2	0	1.5	
直接処遇職員	34	16	18	27.3	
うち介護職員	31	15	16	24.4	
うち看護職員	3	1	2	2.9	
機能訓練指導員	1	1	0	1.0	
計画作成担当者	1	1	0	1.0	
栄養士	0	0	0	0	
調理員	0	0	0	0	
事務員	2	2	0	2.0	
その他職員	0	0	0	0	
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)

資格	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	12	4	8
実務者研修の修了者	5	2	3
初任者研修の修了者	9	4	5

介護支援専門員	0	0	0
---------	---	---	---

(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	0	0	0
理学療法士	1	1	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	17時～翌9時	
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	4人	4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)	2.4 : 1

※ 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		3	0	5	6	1	0	0	0	0		
前年度1年間の退職者数		3	0	5	7	1	0	0	0	0		
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	0	8	10	1	0	0	0	0		
	1年以上 3年未満	1	0	8	2	1	0	1	0	0		
	3年以上 5年未満	0	0	3	1	0	0	0	0	1		
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
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 checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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 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 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	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する。
	手続き	運営懇談会において入居者もしくは身元引受人に説明する。

(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	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 5
	年齢	80 歳				
居室の状況※ 2		タイプ 4	タイプ 4	タイプ 7	タイプ 7	タイプ 7
	床面積	18.71 m ²	18.71 m ²	18.57 m ²	18.57 m ²	18.57 m ²
	便所	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	浴室	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無				
	台所	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無				
入居時点での必要な費用	前払金	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円
	敷金	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円
月額費用の合計		207,189 円	211,299 円	218,559 円	220,659 円	227,109 円
家賃		70,000 円				
サービス費用 介護保険外	特定施設入居者生活介護等の費用	5,790 円	9,900 円	17,160 円	19,260 円	25,710 円
	食費	62,280 円				
	管理費※ 3	57,045 円				
	介護費用	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円
	光熱水費	(実費) 12,074 円				
	その他	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円
都度払いとなるサービス		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 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	当該地域における不動産賃料相場等をもとに算出。
敷金	なし
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	施設の維持管理業務費及び共用部の水光熱費・消耗品費として 80床施設の供用部分管理にかかる月額費用の平均は (当社施設の平均) 共用部分の月額平均管理費用・・・平均 4,101,840 円 これを利用者で按分すると 4,101,840 円 ÷ 80 名 = 51,273 円 よって消費税を加えて月額 56,400 円(税込)としています。 共用部の水光熱を当該地域の前年度平均で算出し現料金 56,400 円に 645 円(税込)を上乗せした 57,045 円としています。
食費	月額 62,280 円・税込(1日3食提供、おやつ含む) (内訳：食材費 31,140 円 + 給食管理費 31,140 円) 1食あたり 692 円、うち食材費 346 円、給食管理費 346 円です。 (欠食した場合の返金額=食材費 346 円 × 欠食数) 入院や外出等で欠食された場合は、食材費のみの返金となり、給食管理費(厨房人件費)については必要となります。また、食事の提供を必要としない場合(経管栄養等)でも、給食管理費と衛生管理費(11,000 円・税込)の支払いが必要となる場合があります。
光熱水費	水光熱費は実費負担となります。 約 12,074 円と想定しています。
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	※ 日常生活費や日本放送協会等の放送受信料、電話代等の利用者の嗜好による経費を記載すること。 退去時におけるマットクリーニング 3,300 円(税込) 退去時における居室清掃・消毒にかかる費用 33,000 円(税込) 退去時における補修費 実費

(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	介護報酬の告示上の額
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（上乗せサービス）	なし

(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ヶ月以内の契約終了 入居後3ヶ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（ ）

※ 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	19人	女性	61人
年齢別	65歳未満	1人	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	13人	85歳以上	62人
要介護度別	自立	0人	要支援1	5人
	要支援2	8人	要介護1	16人
	要介護2	14人	要介護3	11人
	要介護4	17人	要介護5	9人
入居期間別	6か月未満	6人	6か月以上 1年未満	22人
	1年以上 5年未満	43人	5年以上 10年未満	9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	80 人
入居率※	100%
※ 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	0 人	社会福祉施設	6 人
	医療機関	6 人	死亡者	16 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	12 人		
		(解約事由の例)	長期入院の為・特養へ転居 自宅へ戻る	

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	さわやかこうべにし館	神戸市 福祉局監査指導部
電話番号	078-915-0477	078-322-6242
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日	なし	土日祝日、年末年始

窓口の名称	兵庫県国民健康保険団体連合会	神戸市消費生活センター
電話番号	078-332-5617	078-371-1221
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土日祝日、年末年始	土日祝日、年末年始

窓口の名称	虐待通報専用ダイヤル		—
電話番号	078-322-6774		—
対応している時間	平日	8:45~12:00、13:00~17:30	—
	土曜	—	—
	日曜・祝日	—	—
定休日	土日祝日、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"/> 加入済み <input type="checkbox"/> 未加入		
	※ 1 の場合	加入する保険会社の名称	東京海上日動
	合	加入する保険の名称	施設賠償責任保険
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 checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 取組あり <input type="checkbox"/> 取組なし		
	※ 1 の場合	実施日・開始日	2025年 3月 29日
	合	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 実施済み <input type="checkbox"/> 未実施		
	※ 1 の場合	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 公開していない

10. その他

	<p><input type="checkbox"/> 設置済み 2 未設置（代替措置あり） 3 未設置（代替措置なし）</p>
運営懇談会	<p>※ 1の場合、開催頻度 年 2回</p>
	<p>※ 2の場合、代替措置の内容</p>
提携ホームへの移行【表示事項】	<p>1 移行あり（提携ホーム名： ） <input type="checkbox"/> 移行なし</p>
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	<p>1 届出あり 2 届出なし <input type="checkbox"/> 届出なし（サービス付き高齢者向け住宅の登録済み ）</p>
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	<p>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） 4 不適合事項なし <input type="checkbox"/> 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備</p>
※ 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	<p><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18m²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）</p>
※ 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	<p><input type="checkbox"/> 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）</p>
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	<p>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</p>
※ 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4の記載内容を合わせ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。

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 / 無	
介護老人保健施設	有 / 無	
介護療養型医療施設	有 / 無	

別添1 設置者が神戸市内で実施する他の介護サービス

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※4	
		(利用者が全額負担)	包含※2	都度※2		
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	有 / 無				
おむつ代		有 / 無		○		実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	有 / 無	有 / 無				
特浴介助	有 / 無	有 / 無				
身辺介助（移動・着替え等）	有 / 無	有 / 無				
機能訓練	有 / 無	有 / 無				
通院介助	有 / 無	有 / 無		○	1,650円	協力医療機関以外は1,650円/時間
生活サービス						
居室清掃	有 / 無	有 / 無				週1回
リネン交換	有 / 無	有 / 無		○	87円/日	寝具リース料
日常の洗濯	有 / 無	有 / 無		○	3,814円	実費負担3,814円/月。
居室配膳・下膳	有 / 無	有 / 無				
入居者の嗜好に応じた特別な食事		有 / 無		○		実費負担。 相談して下さい。
おやつ		有 / 無	○			食費62,280円/月(税込)に含む。
理美容師による理美容サービス		有 / 無		○		実費負担
買い物代行	有 / 無	有 / 無		○	1,100円	施設外への買い物代行、趣味・嗜好品の場合1,100円/時間
役所手続き代行	有 / 無	有 / 無				
金銭・貯金管理		有 / 無		○	1,100円	預り金手数料 1,100円/月
健康管理サービス						
定期健康診断		有 / 無		○		医療費自己負担。 健康診断は年2回実施
健康相談	有 / 無	有 / 無				
生活指導・栄養指導	有 / 無	有 / 無				
服薬支援	有 / 無	有 / 無				
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	有 / 無	有 / 無				
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	有 / 無	有 / 無		○	1,650円	1,650円/時間
入退院時の同行	有 / 無	有 / 無		○	1,650円	協力医療機関以外は1,650円/時間
入院中の洗濯物交換・買い物	有 / 無	有 / 無				
入院中の見舞い訪問	有 / 無	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、月額の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。