

トラスト介護ホーム飾西  
重要事項説明書

居室 \_\_\_\_\_ 号室

\_\_\_\_\_  
様

## (別表6)

## 有料老人ホーム重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和5年6月30日 |
| 記入者名  | 西村 翔太     |
| 所属・職名 | 介護・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                                  | 株式会社                      |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃとらすとかいごぐるーぷ<br>株式会社トラスト介護グループ |                           |
| 主たる事務所の所在地 | 〒671-2217 姫路市町田 133 番地 1                     |                           |
| 連絡先        | 電話番号   | 079-267-2244              |
|            | F A X 番号                                     | 079-267-6633              |
|            | ホームページアドレス                                   | http://www.t-kaigo.co.jp/ |
| 代表者        | 氏名   | 片田 由美                     |
|            | 職名   | 代表取締役                     |
| 設立年月日      | 昭和・平成 23年 4月 5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) とらすとかいごほーむしきさい<br>トラスト介護ホーム飾西 |   |
| 所在地           | 〒671-2244 姫路市実法寺 765 番地              |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                  | JR 姫新線 余部駅  |
|               | 交通手段と所要時間                            | ① バス利用の場合<br>・神姫バスで乗車3分、<br>実法寺停留所で下車徒歩1分<br>②自動車利用の場合<br>・乗車3分 |
| 連絡先           | 電話番号                                 | 079-267-7772  |
|               | F A X 番号                             | 079-267-7772  |
|               | ホームページアドレス                           | http://www.t-kaigo.co.jp/                                       |
| 管理者           | 氏名                                   | 西村 翔太   |
|               | 職名                                   | 管理者   |
| 建物の竣工日        | 昭和・平成 29年 6月 30日                     |   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成 29年 7月 7日                      |   |

(類型)

|   |
|---|
| 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）              |
| 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 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    |  |
|                | 指定の更新日（直近） |  |

3. 建物概要

|              |         |  |   |
|--------------|---------|--|---|
| 土地           | 敷地面積    | m <sup>2</sup>                                     |   |
|              | 所有関係    | <input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地 |   |
|              |         | 2 事業者が賃借する土地                                       |   |
|              |         | 抵当権の有無   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 契約期間         |         | 1 あり<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |   |
|              | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし      |   |
| 建物           | 延床面積    | 全体   | 989.81 m <sup>2</sup>                         |
|              |         | うち、老人ホーム   | 989.81 m <sup>2</sup>                         |
|              | 耐火構造    | 1 耐火建築物  |   |
|              |         | <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物       |   |
|              |         | 3 その他（ ）   |   |
|              | 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（ ）   |   |
|              | 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 |         |  |   |
| 抵当権の設定       |         | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし      |   |
| 契約期間         |         | 1 あり<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |   |
| 契約の自動更新      |         | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし      |   |
| 居室の状況        | 居室区分    | <input checked="" 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  | 有/無 | 有/無 | 18.24 | 27    | 一般居室個室 |
| 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       | 1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 | 1ヶ所           |    |
|        | 共用浴室             | 3ヶ所             | 個室              | 3ヶ所           |    |
|        |                  |                 | 大浴場             | 0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            | 0ヶ所           |    |
|        |                  |                 | ストレッチャー浴        | 0ヶ所           |    |
|        |                  |                 | その他（ ）          | ヶ所            |    |
|        | 食堂               | 1               | あり              | 2             | なし |
|        | 入居者や家族が利用できる調理施設 | 1               | あり              | 2             | なし |
| エレベーター | 1                | あり（車椅子対応）       | 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              | 1               | あり              | 2             | なし |
|        | 自動火災報知設備         | 1               | あり              | 2             | なし |
|        | 火災報知設備           | 1               | あり              | 2             | なし |
|        | スプリンクラー          | 1               | あり              | 2             | なし |
|        | 防火管理者            | 1               | あり              | 2             | なし |
|        | 防災計画             | 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        | 姫路市の定める運営指針を遵守します。                         |      |  |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者様に必要なサービスを適切に提供します。                     |      |  |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施                                     | 2 委託 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 食事の提供           | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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                                     |

#### (医療連携の内容)

|                |                                       |               |                       |
|----------------|---------------------------------------|---------------|-----------------------|
| 医療支援<br>※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（訪問診療医の確保） |                       |
| 協力医療機関         | 1                                     | 名称            | 医療法人佑健会木村病院           |
|                |                                       | 住所            | 姫路市南八代町 5-3           |
|                |                                       | 診療科目          | 内科                    |
|                |                                       | 協力内容          | 訪問診療、救急受入れ（費用は入居者負担）  |
| 協力歯科医療機関       |                                       | 名称            | つだ歯科                  |
|                |                                       | 住所            | 姫路市飾磨区英賀清水町1丁目25番地    |
|                |                                       | 協力内容          | 歯科往診、訪問歯科健診（費用は入居者負担） |

#### (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<br>※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                              | <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（別の一般個室へ移る場合） |
| 判断基準の内容                  | 入居者の心身状態の変化、入居者からの依頼 |  |  |
| 手続きの内容                   | 入居者・身元引受人の同意を求める     |  |  |
| 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                | 1 あり                 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 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<br>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) |
|  |        | 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   | 2 なし |
|                | 要支援の者  | 1 あり   | 2 なし |
|                | 要介護の者  | 1 あり   | 2 なし |
| 留意事項           | なし   |  |      |
| 契約の解除の内容       | ①入居者が死亡した場合<br>②入居者又は事業者から解約した場合<br>③天災等により物件が滅失した場合 |  |      |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解除要項   | ①入居者が利用料等の支払いを、催告後も滞納する場合<br>②入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合等 |      |
|                | 解除予告期間   | 1 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：空室がある場合、1泊食事付 4,540円 税込)<br>2 なし            |  |      |
| 入居定員           | 27名  |  |      |
| その他            | 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<br>※1※2 |
|---------|------------|----|------------|----------------|
|         | 合計         | 常勤 | 非常勤        |                |
|         | 33名        |    |            |                |
| 管理者     | 1          |    | 1          |                |
| 生活相談員   |            |    |            |                |
| 直接処遇職員  | 30         |    | 30         |                |
| 介護職員    | 26         |    | 26         |                |
| 看護職員    | 4          |    | 4          |                |
| 機能訓練指導員 | 1 (看護職員兼務) |    | 1 (看護職員兼務) |                |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 計画作成担当者  |   |  |   |
| 栄養士  |   |  |   |
| 調理員  | 2 |  | 2 |
| 事務員  |   |  |   |
| 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   |   |  |   |
| ※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（複数資格者は資格ごとに計上） |    |     |
|-----------|-------------------|----|-----|
|           | 26名               | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士     |                   |    |     |
| 介護福祉士     | 18                |    | 18  |
| 実務者研修の修了者 | 1                 |    | 1   |
| 初任者研修の修了者 | 7                 |    | 7   |
| 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 |    |     |
|-------------|----|----|-----|
|             | 5名 | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   | 4  |    | 4   |
| 理学療法士       | 1  |    | 1   |
| 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 |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜間帯の設定時間（18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             | 1人   | 1人             |

(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    | 介護福祉士 |
|     | 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    |         |     |      | 6       |       |     |
| 前年度1年間の退職者数    |         |     |      | 2       |       |     |
| 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       |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |         |     |      | 2       |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |         |     |      | 5       |       |     |
| 10年以上の者の人数     |         | 4   |      | 16      |       |     |
|                | 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     |         |     |      |         |       |     |
| 従業者健康診断の実施状況   | 1       |     | あり   | 2       |       | なし  |

## 6. 利用料金

|                            |  |  |
|----------------------------|--|--|
| 居住の権利形態                    | 1 利用権方式<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式<br>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<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式            |  |
|                            | 4 選択方式<br>※該当する方式を<br>全て選択   | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>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   | 物価の変動、人件費上昇等により改定する場合がある                 |
|                            | 手続き  | 入居者への事前通達を行う                             |



(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3      |         |
|            | 年齢               | 80歳          | 85歳       |         |
| 居室の状況      | 床面積              | 18.24㎡       | 18.24㎡    |         |
|            | 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               | 0円           | 0円        |         |
| 退去時点で必要な費用 | 退去時清掃費           | 30,000円      | 30,000円   |         |
|            |                  | 税抜           | 税抜        |         |
| 月額費用の合計    |                  | 119,800円     | 119,800円  |         |
| 家賃         |                  | 50,000円      | 50,000円   |         |
| サービス費用     | 特定施設入居者生活介護の費用※1 | 円            | 円         |         |
|            | 介護保険外※2          | 食費           | 42,000円   | 42,000円 |
|            |                  | 管理費          | 10,900円   | 10,900円 |
|            |                  | 介護費用         | 0円        | 0円      |
|            |                  | 光熱水費 (居室電気代) | 使用分       | 使用分     |
|            |                  | その他 (共益費)    | 16,900円   | 16,900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    | 建物・土地の賃借料、設備備品費等を基礎として、1室あたりの賃料を算出した  |
| 敷金    | なし  |
| 管理費   | 共用施設の維持管理・修繕費、生活支援サービスの人件費、事務費  |
| 食費    | 厨房維持費、人件費、及び1日3食を提供するための費用<br>個食対応の場合は1食あたり、朝食480円昼食680円夕食880円の計算となる            |
| 光熱水費等 | 各居室電気メーターにて毎月検針し、額を算定 (実費)<br>NHK受信料及び自治会費等の負担なし。ただし入居者が設置したテレビに係るNHK等の受信料は自己負担 |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 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（共益費）     | 共用部の電気代・ガス代・水道代・清掃費 |

## 7. 入居者の状況（記入日現在）

### （入居者の人数）

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 性別    | 男性            | 4 人  |
|       | 女性            | 16 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 1 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 1 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 11 人 |
|       | 85 歳以上        | 7 人  |
| 要介護度別 | 自立            | 0 人  |
|       | 要支援 1         | 1 人  |
|       | 要支援 2         | 2 人  |
|       | 要介護 1         | 4 人  |
|       | 要介護 2         | 4 人  |
|       | 要介護 3         | 4 人  |
|       | 要介護 4         | 4 人  |
|       | 要介護 5         | 1 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 2 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 6 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 9 人  |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 3 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    | 82.6 歳 |
| 入居者数の合計 | 20 人   |
| 入居率※    | 74.1%  |

※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 | 7 人 |
|         | 医療機関   | 4 人 |
|         | 死亡者    | 2 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 | 13人                        |
|         |          | (解約事由の例)<br>特別養護老人ホーム等への転居 |

## 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    | 苦情相談窓口 (法人)  |            |
| 電話番号     | 079-267-2244 |            |
| 対応している時間 | 平日           | 9:00~17:00 |
|          | 土日祝          |            |
| 定休日      | 土・日・祝日       |            |

(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) 業務中に発生した損害の賠償          |
|                               | <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) 事故対応マニュアルに基づく          |
|                               | <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 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  | 毎年10月  |
|                                  |  | 結果の開示  | <input checked="" 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"/> 2 なし            |  |  |
|                                  | <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 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<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布<br><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<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布<br><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<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

|         |   |
|---------|---|
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に配布<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に配布<br><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 1 回                                  |
|   | 2 なし   |
|   | 1 代替措置 (内容) 施設来訪時に個別に懇談あり  |
|   | 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: )<br><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        | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |
| 姫路市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」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                           | ①自家発電設備無し<br>②集会室 (談話室) 無し   |
| 第 6 章 1 「既存建物等の活用の取り扱い」への適合性              | 1 適合している (代替措置)<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)<br>3 適合していない |
| 姫路市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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。

## 別添 1

## 事業主体が姫路市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 | なし | ①訪問介護ヘルパートラスト<br>②訪問介護Tプラス | ①姫路市町田133番地1<br>②姫路市町田133番地1 |
| 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 | 福祉用具0909                   | 姫路市町田133番地1                  |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし | 福祉用具0909                   | 姫路市町田133番地1                  |
| <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 |  |  |

## 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   |    | 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) |      |      | 備考 |       |                    |
|                                  |                                   |    | 包含※2                       | 都度※2 | 料金※3 |    |       |                    |
| 介護サービス                           |                                   |    |                            |      |      |    |       |                    |
| 食事介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり   |      |    |       |                    |
| 排泄介助・おむつ交換                       |                                   |    | なし                         | あり   |      |    |       |                    |
| おむつ代                             | なし                                | あり | なし                         | あり   |      | ○  | 実費    | 1ヵ月分（暦月）の利用料を翌月支払い |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり | なし                         | あり   |      |    |       |                    |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり   |      |    |       |                    |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                                | あり | なし                         | あり   | ○    |    |       | 介護保険サービス外の施設サービス部分 |
| 機能訓練                             | なし                                | あり | なし                         | あり   |      |    |       |                    |
| 通院介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり   |      |    |       |                    |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |      |      |    |       |                    |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり   |      |    |       |                    |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり   |      |    |       |                    |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり   |      |    |       |                    |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり | なし                         | あり   | ○    |    |       | 希望者に提供（食費に包含）      |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   |    | なし                         | あり   |      | ○  | 実費    | 必要に応じて別途都度払い       |
| おやつ                              |                                   |    | なし                         | あり   |      | ○  | 実費    | 必要に応じて別途都度払い       |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |    | なし                         | あり   |      | ○  | 1,700 | 月一回の訪問美容（他社）による    |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり   |      |    |       |                    |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり   | ○    |    |       | 希望者に提供（管理費に包含）     |

|                  |    |    |    |    |   |   |    |                |
|------------------|----|----|----|----|---|---|----|----------------|
| 金銭・貯金管理          | なし | あり | なし | あり | ○ |   |    | 希望者に提供（管理費に包含） |
| 健康管理サービス         |    |    |    |    |   |   |    |                |
| 定期健康診断           |    |    | なし | あり |   | ○ | 実費 | 希望者は全額実費にて受診可能 |
| 健康相談             | なし | あり | なし | あり | ○ |   |    | 希望者に提供（管理費に包含） |
| 生活指導・栄養指導        | なし | あり | なし | あり | ○ |   |    | 希望者に提供（管理費に包含） |
| 服薬支援             | なし | あり | なし | あり |   |   |    |                |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | ○ |   |    | 希望者に提供（管理費に包含） |
| 入退院時・入院中のサービス    |    |    |    |    |   |   |    |                |
| 移送サービス           | なし | あり | なし | あり |   |   |    |                |
| 入退院時の同行          | なし | あり | なし | あり |   |   |    |                |
| 入院中の洗濯物交換・買い物    | なし | あり | なし | あり |   |   |    |                |
| 入院中の見舞い訪問        | なし | あり | 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割または2割または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包含される場合と、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。