

## 別紙様式

## 重要事項説明書

記入年月日	令和6年2月1日
記入者名	藤尾 亜也子
所属・職名	施設長（管理者）

## 1. 事業者の概要

種類	個人 / 法人	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん ほうえきかい 社会福祉法人 豊益会		
主たる事務所の所在地	〒650-0023	神戸市中央区栄町通6丁目1番10号	
連絡先	電話番号	078-382-0031	
	FAX番号	078-382-0033	
	ホームページアドレス	<a href="https://yutakaen-hoiku.com/information/628/">https://yutakaen-hoiku.com/information/628/</a>	
代表者	氏名	藤尾 益也	
	職名	理事長	
設立年月日	平成31年4月1日		
主な実施事業	保育事業 ※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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ こうべえいしんかん 住宅型有料老人ホーム「神戸永神館」		
所在地	〒650-0023	神戸市中央区栄町通6丁目1番8号	
主な利用交通手段	最寄駅	阪神本線神戸高速鉄道「西元町」駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	徒歩約4分	
連絡先	電話番号	078-341-0777	
	FAX番号	078-341-0776	
	ホームページアドレス	kobe-eishinkan.or.jp	
	メールアドレス	info@kobe-eishinkan.or.jp	
管理者	氏名	藤尾 亜也子	
	職名	施設長	
建物の竣工日	令和4年2月17日		
有料老人ホーム事業の開始日	令和4年4月15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	—		

(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	令和 年 月 日
	指定の更新日（直近）	令和 年 月 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	331.08 m <sup>2</sup> （公簿・ <input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		
建 物	規模	地上6階建 1棟		
		延床面積	全 体	1365.86 m <sup>2</sup>
			うち、有料老人ホーム部分	984.83 m <sup>2</sup>
	構造	1 鉄筋コンクリート造		
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造		
耐火構造	3 木造			
	4 その他（ ）			
所有関係	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	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		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		
所有関係	※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	1 全室個室					2 相部屋あり	
	【表示事項】	※2に該当する場合						
		最小	1人部屋		最大	2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㎡	32	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	27㎡	2	一般居室相部屋	
	タイプ3	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ4	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	㎡				
タイプ5	有 / <input type="checkbox"/> 無	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」のいずれかを記入。								
共用施設	共用便所における便房	3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		1か所			
	共用浴室	2か所	個室		2か所			
			大浴場		か所			
	共用浴室に設置された介助浴槽	1か所	チェアー浴		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	2 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"/> 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	【その他の共用施設】 玄関ロビー、ダイニング、談話ルーム、相談室、洗濯室 【バリアフリー対応状況】 居室及び共用スペースは、すべてバリアフリー							

4 サービスの内容  
(全体の方針)

運営に関する方針	高齢者及び障害者が安全で快適に、且つ自由な生活環境を維持できるように配慮した運営を行う。生活に当たっては、個人の尊厳が確保できるように、また、サポートが必要になった場合は訪問介護サービスを受けることができる体制を支援する。
サービスの提供内容に関する特色	24時間、365日見守りを行う。また、訪問介護サービス事業所と訪問看護事業所と連携して、24時間介護・看護を行う。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） 2 サービスの提供あり（委託） 3 サービスの提供なし ※原則介護保険サービスで対応
食事の提供	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） 2 サービスの提供あり（委託） 3 サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） 2 サービスの提供あり（委託） 3 サービスの提供なし ※原則介護保険サービスで対応
健康管理の供与	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） 2 サービスの提供あり（委託）※一部設置者が対応 3 サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） 2 サービスの提供あり（委託） 3 サービスの提供なし
生活相談サービス	1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） 2 サービスの提供あり（委託） 3 サービスの提供なし

(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)	有 / 無
		(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		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 救急車の手配</div> 2 入退院の付き添い 3 通院介助 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4 その他（訪問診療医の確保等）</div>		
協力医療機関		1	名称	島谷内科医院
			住所	神戸市中央区花隈19-9
診療科目	内科、訪問診療			
協力内容	24時間連絡体制、訪問診療			
		2	名称	神戸百年記念病院
			住所	神戸市兵庫区御崎町1-9-1
			診療科目	内科、外科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科等
			協力内容	救急対応、外来・入院診療
協力歯科医療機関		名称	神谷歯科医院	
		住所	神戸市中央区山手通4丁目1-11	
		協力内容	歯科検診、定期往診治療	

(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		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 ( )	
※複数選択可			
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	1 自立している者 2 要支援の者 3 要介護の者				
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公的な介護保険に加入されている方</li> <li>・ 公的な医療保険に加入されている方</li> <li>・ 保証人、身元引受人を定められる方</li> <li>・ 自傷、他傷の恐れがなく共同生活が円満にできる方</li> <li>・ 他の入居者に伝染する疾患がない方</li> </ul>				
契約の解除の内容	※下記の解約条項を参照				
設置者から解約を求める場合	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">                     解約条項                 </td> <td style="padding: 5px;">                     入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に本契約を解除する事があります。                      ①入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居したとき                      ②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき、又は3ヶ月以上滞納したとき                      ③不在期間が3ヶ月を超える場合、健康上の理由等で戻ることができないとき                      ④入居契約書第18条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき                      ⑤入居者の行動が、他の入居者若しく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、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき                      ⑥共同生活の秩序を乱す行為があったとき                 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                     解約予告期間                 </td> <td style="padding: 5px;">                     1～3か月                 </td> </tr> </table>	解約条項	入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に本契約を解除する事があります。 ①入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居したとき ②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき、又は3ヶ月以上滞納したとき ③不在期間が3ヶ月を超える場合、健康上の理由等で戻ることができないとき ④入居契約書第18条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき ⑤入居者の行動が、他の入居者若しく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、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき ⑥共同生活の秩序を乱す行為があったとき	解約予告期間	1～3か月
解約条項	入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に本契約を解除する事があります。 ①入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居したとき ②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき、又は3ヶ月以上滞納したとき ③不在期間が3ヶ月を超える場合、健康上の理由等で戻ることができないとき ④入居契約書第18条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき ⑤入居者の行動が、他の入居者若しく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、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき ⑥共同生活の秩序を乱す行為があったとき				
解約予告期間	1～3か月				
入居者からの解約予告期間	①入居者は、事業者に対して、30日前に解除の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。 ②入居者が前項の解約届を提出しないで退去した場合には、事業者は退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとします。				
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 1泊 9,000円（税別）（1泊3食付、最大利用1週間）				
入居定員	36人				
その他 ※	入居者は介護保険サービス提供事業所を自由に選択することができます。その際、複数のサービス提供事業所をご紹介します。				

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名	1名		1.0
生活相談員				
直接処遇職員	14名		14名	8.5
うち介護職員	14名		14名	8.5
うち看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	※委託			
調理員	※委託			
事務員	1名		1名	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				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	1名	1名	
介護福祉士	7名	3名	4名
実務者研修の修了者	2名	名	2名
初任者研修の修了者	5名	名	5名
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			
理学療法士			
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		17時～9時	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	名	名	
介護職員	1名	1名	

(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									<input checked="" type="checkbox"/> / 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												
前年度1年間の退職者数												
の 業 務 に 従 事 し た 経 験 年 数 に 応 じ た 職 員 の 人 数	1年未満											
	1年以上 3年未満				2名							
	3年以上 5年未満											
	5年以上 10年未満				2名							
	10年以上			3名	7名							
	従業者の健康診断の実施状況										<input checked="" type="checkbox"/> / 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】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式	
	※4の場合 複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日を超える場合に限り、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)

(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						
	年齢						
居室の状況※2		個室 (5・6階)	個室 (4階)	個室 (2・3階)	2人用居室 (1人入居プラン)	2人用居室 (2人入居プラン)	
床面積		18㎡	18㎡	18㎡	27㎡	27㎡	
便所		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
浴室		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
台所		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	0円	0円	0円	
	敷金	360,000円	360,000円	360,000円	510,000円	510,000円	
月額費用の合計		264,830円	254,830円	249,830円	332,330円	392,160円	
家賃		120,000円	110,000円	105,000円	150,000円	150,000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	円	
	介護保険外	食費	59,830円	59,830円	59,830円	59,830円	119,660円
		管理費※3	55,000円	55,000円	55,000円	82,500円	82,500円
		介護費用	円	円	円	円	円
		光熱水費等	30,000円	30,000円	30,000円	40,000円	40,000円
その他	円	円	円	円	円		
都度払いとなるサービス		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	

## (利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	居室及び共用施設等の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定
敷金	家賃の約3か月分相当額
介護費用	※介護サービスは実施しない
管理費	生活相談、安否確認、状況把握、健康管理 等
食費	1日 1,930円 朝食：400円 昼食：750円 夕食：780円 ※1,930円/日×31日=59,830円(税込) ※各食とも、3日前の18時までキャンセル可能
光熱水費	共益費(30,000円～40,000円)のなかで対応
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	介護サービス、生活サービス、健康管理サービス、入退院時・入院中のサービス ※別添2参照
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	8人	女性	9人
年齢別	65歳未満	1人	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	3人	85歳以上	10人
要介護度別	自立	人	要支援1	人
	要支援2	2人	要介護1	4人
	要介護2	4人	要介護3	2人
	要介護4	3人	要介護5	2人
入居期間別	6か月未満	13人	6か月以上1年未満	4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	81歳
入居者数の合計	17人
入居率※	47%

(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			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		社会福祉法人 豊益会	住宅型有料老人ホーム 神戸永神館
電話番号		078-382-0031	078-341-0777
対応している 時間	平日	9:00~18:00	9:00~18:00
	土曜		9:00~18:00
	日曜・祝日		9:00~18:00
定休日		土日祝日、12/29~1/3	無し

窓口の名称		神戸市福祉局監査指導部 法人・施設指導担当	神戸市消費生活センター
電話番号		078-322-6242	078-371-1221
対応している 時間	平日	8:45~12:00 13:00~17:30	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

(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	1 加入済み		
	2 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	加入検討中
	合	加入する保険の名称	
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	1 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり)		
	2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし)		
	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	1 取組あり		
	2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	平成4年5月23日
	合	結果の開示	1 あり (※方法は検討中) 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 実施済み		
	2 未実施		
	※1の場合	実施日	平成 年 月 日
	合	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	2 入居希望者に交付	3 公開していない
管理規定	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	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	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	3 公開していない



## 11. 虐待防止に関する事項

事業者は利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) すべての従業者に対する利用者の人権の擁護及び障害者虐待の防止に係る研修の実施  
(年1回以上)
- (5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について従業者への周知

## 12. 身体拘束等の禁止

1 事業者は、指定訪問介護のサービス提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下、「身体拘束等」といいます）を行わないものとする。

2 事業者は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録する。

3 事業者は身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について従業者への周知
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針の整備
- (3) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施

## 13. 感染症対策の強化

事業者は感染症対策強化等のため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

## 14. 業務継続に向けた取組の強化

事業者は業務継続に向けた取組強化等のため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（それぞれ年2回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

事業者	社会福祉法人 豊益会
代表者	理事長 藤尾 益也
事業所名	住宅型有料老人ホーム「神戸永神館」
住所	神戸市中央区栄町通6丁目1番8号

上記内容の説明を事業者から確かに受けました

入居者 住所	
入居者 氏名	印
代理人 住所	
代理人 氏名	印 続柄( )



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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	永神館ヘルパー ステーション	神戸市中央区栄町通 6丁目1番8号
訪問入浴介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
訪問看護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	※開設予定	—
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	永神館ヘルパー ステーション	神戸市中央区栄町通 6丁目1番8号
介護予防訪問入浴介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防訪問看護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	※開設予定	—
<b>&lt;介護福祉施設&gt;</b>			
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	
<b>介護サービス</b>						
食事介助	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		
排泄介助・おむつ 交換	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		
おむつ代		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○	外部サービス	
入浴（一般浴）介 助・清拭	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		
特浴介助	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		
身辺介助（移動・着 替え等）	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		
機能訓練	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		
通院介助	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		
<b>生活サービス</b>						
居室清掃	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		
リネン交換	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○			
日常の洗濯	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		
居室配膳・下膳	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 / <input type="checkbox"/> 無		○		
おやつ		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	○			
理美容師による理 美容サービス		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○		
買い物代行	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○	2,000円/時	
役所手続き代行	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○	2,000円/時	
金銭・貯金管理		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○	3,000円/月	
<b>健康管理サービス</b>						
定期健康診断		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○	外部サービス	
健康相談	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○	○	外部サービス も併用	
生活指導・栄養指 導	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○	○	外部サービス も併用	
服薬支援	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○		管理費に含む	
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	○		管理費に含む	
<b>入退院時・入院中のサービス</b>						
移送サービス	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○	2,000円/時	
入退院時の同行	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○	2,000円/時	
入院中の洗濯物交 換・買い物	有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		○	2,000円/時	
入院中の見舞い訪 問	有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 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。