

重要事項説明書（パールビュー馬場通）

記入年月日 令和 3 年 7 月 1 日

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) かぶしきがいしゃりえぞん 株式会社 リエゾン		
主たる事務所の所在地	〒655-0032	神戸市垂水区星が丘1丁目1-31	
連絡先	電話番号	078-706-0040	
	FAX番号	078-706-0041	
代表者	氏名	大下 学	
	職名	代表取締役	
設立年月日	昭和 / 平成 5 年 4 月 30 日		
主な実施事業	住宅型有料老人ホーム サービス付き高齢向け住宅 居宅介護支援事業 訪問介護事業 介護予防訪問介護事業 通所介護事業 介護予防通所介護事業 福祉用具貸与事業 調剤薬局 ※別添1（別々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 ぱーるびゅーばぼどおり 住宅型有料老人ホーム パールビュー馬場通		
所在地	〒655-0021	神戸市垂水区馬場通8-13	
主な利用交通手段	最寄駅	JR垂水 ・ 山陽垂水 駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	徒歩10分	
連絡先	電話番号	078-742-8866	
	FAX番号	078-746-8866	
管理者	氏名	山田 妙子	
	職名	施設長	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 / 平成 25 年 7 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	なし		

(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	
	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)	令和 年 月 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	300.31㎡ (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	
		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	③ (2013年6月29日～2043年6月28日) / 無		
契約の自動更新	③ / 無		
建 物	規模	3階建 1棟	
		延床面積	全体 575.88㎡
	うち、有料老人ホーム部分		
	構造	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	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	③ / 無	
	※2に該当する場合		
契約期間	③ (2013年6月29日～2043年6月28日) / 無		
契約の自動更新	③ / 無		

居室の状況	居室区分 【表示事項】	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	有/無	有/無	有/無	10 m ²	24	一般居室個室	
※「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	5 か所	うち男女別の対応が可能な便房	か所				
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5 か所				
	共用浴室	1 か所	個室	1 か所				
			大浴場	か所				
	共用浴室に設 置された介助 浴槽	か所	チェアー浴	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			有 / 無					
入居者や家族が利用できる調理設備			有 / 無					
エレベーター	① あり (車椅子対応) 1 基 2 あり (ストレッチャー対応) 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			有 / 無				
	自動火災報知設備			有 / 無				
	火災通報設備			有 / 無				
	スプリンクラー			有 / 無				
	防火管理者			有 / 無				
	防災計画			有 / 無				
その他	※ テレビ・緊急通報措置・ナースコール設置、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	“安心” “安全” “快適”を提供し、出来る限り自分で出来ることは継続し、出来ない事が出来るようにソフトハード共に支援し、見守りが最大のサービスになることを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	定期的な巡回や配茶サービス等での見守りによる体調確認を行い喫茶・イベントによる楽しみを提供します。
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
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
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） 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

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	① 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 ④ その他（訪問診療医の確保等）	
協力医療機関	名称	医療法人社団 一高会 野村海浜病院
	住所	神戸市須磨区須磨浦通2丁目1番41号
	診療科目	内科、外科、整形外科、泌尿器科、循環器科 皮膚科、肛門科、放射線科、消化器科
	協力内容	通院、入院、訪問診療
協力歯科医療機関	名称	みなとデンタルクリニック
	住所	明石市大明石町2丁目3番22号 三伸ビル1階
	協力内容	一般歯科・義歯(入れ歯)・訪問診療・定期検診

(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			
契約の解除の内容	1ヶ月前に書面にて提示		
設置者から解約を求める場合	解約条項	賃貸等支払い義務を怠った場合 暴言・暴力等があった場合等契約書に準ずる	
	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	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
入居定員	24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 11人	常勤	非常勤	
管理者	1人		1人	0.5人
生活相談員	6人		6人	3人
直接処遇職員				
うち介護職員				
うち看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	4人		4人	2人
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				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。				

(職員が有している資格の総数)

	合計 6人		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	3人		3人
実務者研修の修了者	1人		1人
初任者研修の修了者	2人		2人
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 0人		
		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・職員の数)

夜勤帯の設定時間		17時00分～ 09時00分	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)	
	看護職員	人	人
職員	1人	1人	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		① / 無								
	業務に係る資格等		① / 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						2					
前年度1年間の						2					

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					1				
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上						1				
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満						4				
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】	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 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 / 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / 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	
	手続き	

支払方法 (該当する□に チェック)	<input type="checkbox"/> 振込方式 振込先金融機関名：ゆうちょ銀行 預金： <u>普通</u> ・ 当座 記号：14340 番号：59471201 □口座名義人：株式会社リエゾン 代表取締役 大下 学 振込手数料負担者：貸主・ <u>借主</u>
	<input type="checkbox"/> 口座自動振替方式
	<input type="checkbox"/> 支払委託方式(収納会社名：)

	□ 持参方式（持参先： _____)
--	---------------------

(利用料金)

費 目	内 容	利用料
家賃	入居前にはお部屋の整備・清掃を行います。月途中での入居に関しては費用を日割り計算致します。	1ヶ月 45,000円
敷金	賃貸借契約に係るすべての責務の担保といたします。 (家賃 4.5 か月分)	200,000円
共益費	共用施設等の維持費、各フロア共用部分の光熱費も費用に含みます。	1ヶ月 16,000円
生活支援費	日常生活全般において、介護保険制度以外の入居者の健康管理、生活相談や質問に対する助言等に対応致します。	1ヶ月 10,000円
食費	普通食からきざみ食までご要望にお応え致します。	1日 1,450円 (朝食 350円、昼・夕食各 550円×実食分の請求)
日用消耗品費	トイレトーパー、ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉、洗剤類、お茶、コーヒー、他、消耗した場合提供致します。	1日 100円 (100円×住宅在籍日数分の請求)
居室電気代	エアコン、照明その他、居室で使用される電気代として	1日 80円
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2	
その他の費用	修繕費	入居者の故意または過失により必要となった修繕に要する費用、また居室内における破損品の交換や軽微な破損個所の修繕に要する費用は入居者が負担するものとします。事業者はあらかじめその旨を入居者に通知します。
	その他	医療治療費、薬代、介護保険利用料金等その他のサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であつて、入居者に負担して頂く事が適当と認められる費用は、入居者の負担となります。

*家賃、共益費、生活支援費については前月支払い、食材費、日用生活消耗品費及びその他費用については翌月支払いとなります。

7. 入居者の状況

(入居者の人数) (2021.7.1 時点)

性別	男性	6人	女性	15人
----	----	----	----	-----

年齢別	65歳未満	0人	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	4人	85歳以上	15人
要介護度別	自立	0人	要支援1	0人
	要支援2	0人	要介護1	3人
	要介護2	5人	要介護3	7人
	要介護4	5人	要介護5	1人
入居期間別	6か月未満	2人	6か月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	10人	5年以上10年未満	8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歳
入居者数の合計	21人
入居率※	87.5%

※ 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	1人
	医療機関	3人	死亡者	1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	5人		
(解約事由の例)		入院等		

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)

窓口の名称		株式会社リエゾン	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		078-706-0040	078-322-6242	078-371-1221
対応している時間	平日	9:00~18:00	8:45~12:00 13:00~17:30	平日 9:00~17:00
	土曜	9:00~18:00		
	日曜・祝日			
定休日			土日祝・年末年始	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	① 加入済み 2 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	東京海上日動火災日動火災
	合	加入する保険の名称	対人・対物
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 意見箱設置 2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	令和 年 月 日
	合	結果の開示	1 あり () 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	令和 年 月 日
		評価機関名称	
	合	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

10. その他

運 営 懇 談 会	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 2 回（4月・10月）
	※ 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： ） 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	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) 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 checked="" type="checkbox"/> 一般居室の 1 人当たり床面積が 18㎡未満 (<input checked="" type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input checked="" type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない (中廊下の幅 1.25m である為、設置基準 1.8m 以上を満たしていない) <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)

(料金について)

◆入居時費用を入居日までに指定口座にお振込み頂きます。

(入居月の家賃・共益費・生活支援費の日割り分と、次月の家賃・共益費・生活支援費と敷金、火災保険が必要となります。)

◆入居時費用は、入居月は日割り計算になりますが、退去時はひと月分の費用となります。

◆毎月 10 日過ぎに利用料金に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求致します。ゆうちょ銀行自動払い込みまたは、20 日までに「6 利用料金」(利用料金の支払

い方法)に記載の口座に振り込み送金してお支払いください。銀行の振込通知書は領収書として保管ください。振込手数料は利用者様負担でお願い致します。

◆共益費は、共用スペースの維持管理及び水光熱費、共有スペースの掃除費用等に充当されます。

(各居室の掃除等は各自若しくは保険サービスをご利用下さい)

◆生活支援費は次のサービスを提供します。

夜間巡回・見守り。緊急時のご家族への連絡、救急車の手配。

24時間365日1名以上の職員を配置します。

日中は食事や外出等の機会を利用して、毎日少なくとも1回はご本人の安否確認を行います。

夜間は各住宅部分に緊急通報装置(ナースコール)が設置されており、通報があった際には、できるだけ速やかに駆けつけます。

生活相談サービス。

※緊急時等ご家族様のご協力が必要になる場合があります。ご協力をお願いします。

◆敷金は原則として退去時に全額返済と致しますが、賃料の滞納、原状回復に要する費用の未払い、残置物の処分費用の未払い、その他の責務の不履行が存在する場合は、当該責務の額を敷金から差し引き返済致します。

(ご入居についての制限)

◆連帯保証人様及び身元引受人様各1名、合計2名の方が必要です。本人確認の為、運転免許証などのコピーを提出して下さい。契約時、身元保証人様の印鑑証明と実印が必要となります。

連帯保証人様は、入居者様と同様の債務を負い、原則20歳から70歳の方で原則三親等の方をお願いします。

身元引受人は、入居者様の入退院・通院等外出時の送迎、死亡時の諸手続き対応などの責務を負います。

◆自傷・他害のない方

他のご入居者様にご迷惑をかけず、共同生活を営める方。

他のご入居者様又は介護スタッフに暴力行為を行わないこと。

◆感染症のある方は事前ご相談下さい。なお、入居申込後に診断書を提出して頂き、その内容によっては、対応できない場合があります入居をお断りする場合があります。

◆認知症等からなる問題行動により、他の入居者様との共同生活の秩序を乱す行為又はご本人様の安全を確保できない状況がある場合は、ご入居できません。

(ご退室についての制限)

(1) 契約者様からの賃貸借契約の解除

◆契約者様からの契約解除は、1ヶ月以上の予告期間をもって文書による通知若しくは、1ヶ月分の賃料等をお支払い頂き解除できます。

◆入院中に解約又はお亡くなりになった場合は、契約解除通知後1ヶ月分の賃料等をお支払頂き解除できます。

(2) 弊社から賃貸借契約を解除させていただく場合

◆建物内での事故・事件などに当事者として重大な過失が認められた場合。

◆「賃貸借契約書」及び「重要事項説明書」の各規定を守って頂けない場合。

◆暴力など迷惑行為によって、居住者やスタッフに迷惑を及ぼした場合。

(3) ご入居者様、ご契約者様との合意により解除させて頂く場合

◆認知症等の病状が進み、居室における訪問介護サービスの限界を超え、常時付き添いが必要となると判断される場合。また、医療処置の対応が、毎日頻繁に必要となったときにはご相談の上解除させて頂く場合があります。

◆入院若しくは長期外泊などで、実態として住まわれなくなって2ヶ月を経過した場合には相談の上解除させて頂く場合があります。

(4) ご退室時のお願い

◆当該建物内で万が一お亡くなりになった場合には、身元引受人及び連帯保証人は、速やかにご遺体の搬出をお願い致します。

又、ご遺体の病院等からの搬入並びに当該建物内での葬儀は、ご遠慮願います。

◆お荷物・掲示物などは全てお持ち帰り下さい。粗大ごみなどはご家族様にて手配をお願い致します。

◆故意に破損、紛失若しくは現状を変更された場合の修繕費用は別に、ご請求申し上げますのでご了承下さい。

通常の使用による自然磨耗に対しては、修繕費用は請求しません。

(居室の移動等について)

◆ご入居後のご本人様又は他のご入居者様の心身状況によっては、ご相談によりお部屋を移動させて頂く場合がございます。予めご了承下さい。

◆ご本人様の心身状況の変化により、共同生活が無理であると判断させて頂いた場合には他施設等、責任を持ってご紹介させていただきます。

(居室の立ち入り)

◆事業者は、住宅の保全・衛生管理・防犯・防災・その他管理上特に必要がある時は、あらかじめ入居者の承諾を得て、居室内への立ち入りまたは必要な措置を行う事が出来ます。この場合、入居者は正当な理由がある場合は、事業者の立ち入りを拒否する事が出来ます。

◆事業者は、火災・災害・その他により入居者または第三者の生命や財産に重要な支障をきたす緊急の恐れがある場合には、あらかじめ入居者の承諾を得ることなく、居室内に立ち入る事が出来るものとします。この場合に、事業者は入居者の不在時に居室内に立ち入った時は、立ち入り後その理由と経過を入居者に通知させていただきます。

(その他)

◆喫煙所以外では禁煙とさせていただきます。居室内へのライター・マッチ等の火気類及びタバコは持ち込めません。事務所に管理させていただきます。

◆金銭の持ち込みはかまいませんが、多額の現金はお避け下さい。紛失に関しては自己責任となります。

◆居室への電話線引き込み工事はできません。公衆電話の利用や携帯電話を利用下さい。

- ◆来訪者は、事前にご連絡ください。(特に夜間帯)
- ◆外出・外食・外泊は自由ですが、事前に行き先・帰宅時間等を事務所に届け出てください。
- ◆居室内で使用する家具・電化製品・バケツなどの備品は全てお客様でご用意下さい。
- ◆居室内でのペット飼育は出来ません。
- ◆住宅内で他のご入居者様に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ◆騒音等、他のご入居者様、近隣の方の迷惑になる行為はご遠慮願います。
- ◆食事の無料キャンセルは4日前にご連絡下さい。それ以降は有料キャンセルとなります。
- ◆こちらで提供させていただくお食事を居室に持ち帰ることは、いかなる理由があろうとも禁止とさせていただきます。

入居者名 _____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____印

入居者または身元保証人署名 _____印

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"/> 有 / 無	株式会社リエゾン	神戸市垂水区星が丘1丁目1-31
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	リエゾン薬局	神戸市垂水区名谷町字中坊60-10
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	株式会社リエゾン	2箇所
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	株式会社リエゾン	神戸市垂水区星が丘1丁目1-31
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	株式会社リエゾン	神戸市垂水区星が丘1丁目1-31
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	株式会社リエゾン	神戸市垂水区星が丘1丁目1-31
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	株式会社リエゾン	2箇所
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	株式会社リエゾン	神戸市垂水区星が丘1丁目1-31
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	有 / (無)					
おむつ代							
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)					
生活サービス							
居室清掃	有 / 無	有 / (無)					
リネン交換	有 / 無	有 / (無)					
日常の洗濯	有 / 無	有 / (無)					
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							
おやつ							
理美容師による理美容サービス							
買い物代行	有 / 無	有 / (無)					
役所手続き代行	有 / 無	有 / (無)					
金銭・貯金管理							
健康管理サービス							
定期健康診断							
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				
入退院時の同行	有 / 無	有 / 無				
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。