

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	2021年 7 月 1日
記入者名	江上 裕幸
所属・職名	トラストグレイス御影 介護棟 管理者

1. 事業者の概要

種類	個人 <input checked="" type="radio"/> 法人 <input type="radio"/>	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) とらすとがーでん かぶしきがいしゃ トラストガーデン株式会社		
主たる事務所の所在地	〒151-0053	東京都渋谷区代々木4丁目36番19号	
連絡先	電話番号	03-5354-6081	
	FAX番号	03-5354-6085	
	ホームページアドレス	https://www.trustgarden.jp	
代表者	氏名	伏見 有貴	
	職名	代表取締役	
設立年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 19 年 8 月 6 日		
主な実施事業	サービス付き高齢者向け住宅事業、介護付有料老人ホーム事業、介護保険事業 ※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) とらすとぐれいすみかげ かいごとう トラストグレイス御影 介護棟		
所在地	〒657-0022	神戸市灘区土山町16-2	
主な利用交通手段	最寄駅	阪急電鉄神戸本線 御影 駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	徒歩約19分 (80m/分として換算)、タクシー利用の場合約5分、巡回シャトルバス利用の場合約10分	
連絡先	電話番号	078-856-3375	
	FAX番号	078-856-9556	
	ホームページアドレス	https://trustgrace.jp/	
	メールアドレス		
管理者	氏名	江上 裕幸	
	職名	管理者	
建物の竣工日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 20 年 3 月 29 日		
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 20 年 8 月 1 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	2870202849
	指定した自治体名	兵庫県神戸市
	事業所の指定日	平成 31 年 1 月 1 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	22,265.90 m ² (公簿・実測) (「トラストグレイス御影一般居室棟」含む)		
	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	有 (年 月 日 ~ 年 月 日) / 無		
契約の自動更新	有 / 無			
建 物	規模	地下1階 地上2階建 (有料老人ホーム部分のみ)		
		延床面積	全体	31,097.46 m ²
			うち、有料老人ホーム部分	3,449.98 m ²
	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	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	<input checked="" type="radio"/> 1 全室個室 <input type="radio"/> 2 相部屋あり					
	【表示事項】	※ 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="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	25.09 m ²	2	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	25.73 m ²	53	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	27.47 m ²	8	介護居室個室
タイプ4	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	25.73 m ²	1	外来者用室	
タイプ5	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 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	7 か所	うち男女別の対応が可能な便房	0 か所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	7 か所			
	共用浴室	9 か所	個室	5 か所			
			大浴場	か所			
	共用浴室に設置された介助浴槽	4 か所	チェアー浴	2 か所			
			リフト浴	か所			
			ストレッチャー浴	2 か所			
その他 ()			か所				
食堂			<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無				
入居者や家族が利用できる調理設備			<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無				
エレベーター	<input checked="" type="radio"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 1 基 <input type="radio"/> 1 あり (車椅子対応) 基 <input type="radio"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) 基 <input type="radio"/> 4 なし						
消防用設備等	消火器			<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無			
	自動火災報知設備			<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無			
	火災通報設備			<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無			
	スプリンクラー			<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無			
	防火管理者			<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無			
	防災計画			<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無			
その他	※ テレビ、電話回線、緊急通報措置や談話室、機能訓練室等の状況、バリアフリーの対応状況を記載すること。 共用廊下に手すり設置、全フロア一段差なし。						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	快適で安全な空間とホスピタリティ溢れる暮らしをお約束します。
サービスの提供内容に関する特色	情報交換を密にしながら、お医者様とも連携を欠かさず、質の高い、心温まるサービスを心がけています。
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

(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 I		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 II		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)	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			1.5 : 1

(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	1	名称	財団法人 甲南医療センター
		住所	神戸市東灘区鴨子ヶ原1丁目5-16
		診療科目	内科、外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、リハビリテーション科
		協力内容	緊急時の受診・入院受付、入院の受入
	2	名称	医療法人(財団) 春日野会 春日野会病院
		住所	神戸市中央区野崎通4丁目1-2
		診療科目	内科、外科、整形外科、リハビリテーション部
		協力内容	健康相談、往診対応、緊急時の受診・入院受付、入院の受入、リハビリテーション協力
	3	名称	国家公務員共済組合連合会 六甲病院
		住所	神戸市灘区土山町5-1
		診療科目	内科、外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、婦人科、緩和ケア
		協力内容	緊急時の受診・入院受付、入院の受入
	4	名称	独立行政法人労働者安全機構 神戸労災病院
		住所	兵庫県神戸市中央区籠池通4丁目1番23号
		診療科目	総合内科、呼吸器内科、糖尿病・内分泌内科、神経内科、精神科・心療内科、循環器内科、消化器内科、外科、整形外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科 病理診断科、腎臓内科、リウマチ内科
		協力内容	緊急時の受診・入院受付、入院の受入
協力歯科医療機関	名称	田中歯科医院	
	住所	尼崎市塚口町4丁目12-9	
	協力内容	月2回以上の往診、口腔ケア	

(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	介護の頻度や医療行為の有無、即応性を考慮し、居室の変更をお願いすることがあります。	

手続きの内容	ご入居者のご家族の承諾を得て行います。	
追加的費用の有無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	
居室利用権の取扱い	一時金（賃料）が高くなる場合には追加費用は発生しません。低くなる場合は一時金については減額精算し、賃料の場合は減額します。	
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 / <input checked="" type="radio"/> 無
	便所の変更	有 / <input checked="" type="radio"/> 無
	浴室の変更	有 / <input checked="" type="radio"/> 無
	洗面所の変更	有 / <input checked="" type="radio"/> 無
	台所の変更	有 / <input checked="" type="radio"/> 無
	その他の変更	有 / <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 自立している者 <input checked="" type="radio"/> 2 要支援の者 <input checked="" type="radio"/> 3 要介護の者	
留意事項		
契約の解除の内容	入居契約書第 20 条 21 条 22 条による。	
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合、等
	解約予告期間	6 か月
入居者からの解約予告期間	1 か月	
体験入居	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無 一泊二日食事込 7,700円 (内消費税700円)	
入居定員	63 人	
その他 ※		

※ 住宅型有料老人ホームにあつては、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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	45	33	12	41.2
うち介護職員	34	27	7	32.9
うち看護職員	11	6	5	8.3
機能訓練指導員	3	1	2	1.4
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1	1		1
調理員	6	3	3	5.1
事務員	2	1	1	1.5
その他職員	3		3	1.8
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	23	5	28
実務者研修の修了者	3	1	4
初任者研修の修了者	1	1	2
介護支援専門員	3	1	4

(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	1	2	3
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
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		20時～7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	3人	2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)	1.33 : 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 / ①無	
	業務に係る資格等									②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	4	2	2	1			1		1		
前年度1年間の退職者数	2	0	4	1					1		
員の人数 業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満						1				
	1年以上			1		1					
	3年未満			1	1				1		
	3年以上			1	1			1		1	
	5年未満			12	3						
	5年以上	6	6	13	4			1		1	
従業者の健康診断の実施状況									③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 介護保険負担割合が1割適用の場合の、介護保険料の基本報酬のみの料金です。
- ※4 「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	
敷金	家賃の 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 人員を基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付による収入でカバーできない額に充当するもの
管理費	共用部分・居室等の光熱水費、維持管理費、事務費、事務管理費、事務管理部門の人件費、レストランの設備維持費
食費	3食 30日喫食した場合の費用 (朝 600円 + 昼 733円 + 夕 1,223円) × 30日
光熱水費	管理費に含む。
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。 館内でのイベント・行事・レクリエーションは内容により一部実費負担

(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	要介護度に応じて介護報酬および前掲の加算のご入居者負担分を徴収します。
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)	(前掲)

(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	地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出		
想定居住期間 (償却年月数)	48 か月～96 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)	0 円		
初期償却率	0%		
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	入居一時金－日額利用料×入居日から解約終了日までの日数－実費負担費用－入居契約書第 23 条に定める現状回復費用 ※日額利用料：15,086 円 (税込み)	
	入居後 3 月を越えた契約終了	入居一時金÷入居金償却期間の月数×契約終了日から入居金償却期間満了日までの日数 ※入居起算日及び契約終了日が属する月はそれぞれ日割計算致します。	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	株式会社池田泉州銀行	
	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	11 人	女性	42 人
年齢別	65 歳未満	1 人	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	10 人	85 歳以上	42 人
要介護度別	自立	0 人	要支援 1	1 人
	要支援 2	1 人	要介護 1	7 人
	要介護 2	12 人	要介護 3	9 人
	要介護 4	14 人	要介護 5	9 人
入居期間別	6 か月未満	3 人	6 か月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	33 人	5 年以上 10 年未満	16 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	89.2 歳
入居者数の合計	53 人
入居率※	84.1%
※ 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	1 人	社会福祉施設	1 人
	医療機関	0 人	死亡者	8 人
	その他	1 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	3 人		
(解約事由の例)		<ul style="list-style-type: none"> ・ 夫婦で暮らしたい ・ 療養型施設で治療に専念したい ・ 症状が軽快したため自宅へ戻りたい 		

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	兵庫県国民健康保険団体連合会	神戸市高齢福祉部 介護指導課	神戸市消費生活センター (平日・土)
電話番号	078-332-5617	078-322-6326	078-371-1221
対応している時間	平日	8:45~12:00 13:00~17:30	8:45~17:30
	土曜	—	—
	日曜 祝日	—	—
定休日	土日祝祭日	土日祝祭日	土日祝祭日

(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	① 加入済み 2 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
		加入する保険の名称	介護事業者向け賠償責任保険
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	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	令和 2 年 1 月 11 日
		結果の開示	① あり (運営懇談会にて発表) 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
		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

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記載し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。

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 / <input type="checkbox"/> 無	トラスト訪問介護センター御影	神戸市灘区土山町16-1
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	TRUSTデイサービス	神戸市灘区土山町16-1
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	トラストグレイス御影介護棟	神戸市灘区土山町16-2
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	トラストグレイス御影ケアプランセンター	神戸市灘区土山町16-1
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	トラスト訪問介護センター御影	神戸市灘区土山町16-1
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	トラストグレイス御影介護棟	神戸市灘区土山町16-2
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		
<介護予防・日常生活支援総合事業>			
訪問型サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	トラスト訪問介護センター御影	神戸市灘区土山町16-1
通所型サービス	有 / <input type="checkbox"/> 無		
一般介護予防事業	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 / (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※4
		（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	○		(月額に含む)	保険給付でできない部分を介助（1日3回）＋上乗せ介護サービス費で要支援の方の介助（体調不良時）
排泄介助・おむつ交換	(有) / 無	有 / (無)				保険給付で必要時随時
おむつ代		(有) / 無		○	商品毎に設定	実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	(有) / 無	(有) / 無	○		(月額に含む)	週2回まで保険給付で提供＋上乗せ介護サービス費で週1回提供
特浴介助	(有) / 無	(有) / 無	○		(月額に含む)	同上
身辺介助（移動・着替え等）	(有) / 無	(有) / 無	○		(月額に含む)	保険給付で必要時随時＋上乗せ介護サービス費で要支援の方の必要時随時介助
機能訓練	(有) / 無	(有) / 無	○		(月額に含む)	必要時随時 外部医療機関等による個別機能訓練も可能(実費負担)
通院介助	(有) / 無	(有) / 無	○		550円 (税込) /15分	①協力医療機関：保険給付で必要時随時医療費は実費負担 ②協力医療機関以外：対応可能時・半径5km以内の医療機関に限り550円（税込み）/15分 医療費・交通費は実費負担

生活サービス						
居室清掃	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input type="radio"/> ○		(月額に含む)	週2回まで保険給付で提供+上乗せ介護サービス費で必要時随時
リネン交換	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input type="radio"/> ○		(月額に含む)	同上
日常の洗濯	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input type="radio"/> ○		(月額に含む)	同上
居室配膳・下膳	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input type="radio"/> ○		(月額に含む)	同上
入居者の嗜好に応じた特別な食事		<input checked="" type="radio"/> 有 / 無		<input type="radio"/> ○	個別設定	必要に応じて管理栄養士による個別相談対応
おやつ		<input checked="" type="radio"/> 有 / 無		<input type="radio"/> ○	毎日提供、月額3,240円(税込)	外泊分は返金:但し外泊当日・帰館当日は返金対象には含まない 返金料金:108円(税込)/日
理美容師による理美容サービス		<input checked="" type="radio"/> 有 / 無		<input type="radio"/> ○	業者により異なる	外部からの訪問理美容(実費負担)
買い物代行	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無		<input type="radio"/> ○	550円(税込)/15分	上乗せ介護サービス費で週1回まで対応(対応は指定日) 対応可能時に限り 550円(税込み) /15分
役所手続き代行	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無		<input type="radio"/> ○	550円(税込)/15分	上乗せ介護サービス費で週1回まで対応(対応は指定日) 対応可能時に限り 550円(税込み) /15分
金銭・貯金管理		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				医療費等必要に応じて立替にて支払い、月締め集計後、翌月個別に立替金として請求
健康管理サービス						
定期健康診断		<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input type="radio"/> ○		(月額に含む)	上乗せ介護サービス費で年2回施設指定の医療機関にて実施
健康相談	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input type="radio"/> ○		(月額に含む)	保険給付で看護師による必要時随時相談+上乗せ介護サービス費で嘱託医による週1回の相談
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input type="radio"/> ○		(月額に含む)	看護師・生活相談員・管理栄養士:必要時随時
服薬支援	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input type="radio"/> ○		(月額に含む)	必要時随時
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input type="radio"/> ○		(月額に含む)	必要時随時

入退院時・入院中のサービス

移送サービス	有 / (無)	(有) / 無		○	550 円 (税込) /15分	①協力医療機関：上乗せ介護サービス費で必要時随時 ②協力医療機関以外：対応可能時・半径5km以内の医療機関に限り550円（税込み）/15分 交通費は実費負担
入退院時の同行	有 / (無)	(有) / 無		○	550 円 (税込) /15分	①協力医療機関：上乗せ介護サービス費で必要時随時 ②協力医療機関以外：対応可能時・半径5km以内の医療機関に限り550円（税込み）/15分 交通費は実費負担
入院中の洗濯物交換・買い物	有 / (無)	(有) / 無		○	550 円 (税込) /15分	①協力医療機関：上乗せ介護サービス費で必要時随時 ②協力医療機関以外：対応可能時・半径5km以内の医療機関に限り550円（税込み）/15分 交通費は実費負担
入院中の見舞訪問	有 / (無)	(有) / 無		○	550 円 (税込) /15分	①協力医療機関：上乗せ介護サービス費で週1回訪問+対応可能時に限り550円（税込み）/15分で週1回を超えて訪問 ②協力医療機関以外：対応可能時・半径5km以内の医療機関に限り550円（税込み）/15分 交通費は実費負担