

有料老人ホーム グランフォレスト神戸六甲 重要事項説明書

| | | | |
|------|--------|-------|-----------|
| | | 記入年月日 | 平成24年4月1日 |
| 記入者名 | 三谷 利嘉子 | 所属・職名 | 支配人 |

1. 事業主体概要

| | | | |
|-------------------------------------|-----------|--|-------------------------------------|
| (1) 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
| ①事業主体の名称 | 法人等の種類 | なし | <input checked="" type="radio"/> あり |
| | 名称 | 営利法人 (ふりがな) かぶしきがいしゃ ふいるけあ 株式会社フィルケア | |
| ②事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒226-0011 | 横浜市緑区中山町219番地 | |
| | | | |
| ③事業主体の連絡先 | 電話番号 | 045-937-1205 | |
| | FAX番号 | 045-929-3779 | |
| | ホームページ | なし | |
| | アドレス | <input checked="" type="radio"/> あり: http://www.fillcare.co.jp | |
| (2) 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 中澤 俊勝 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| (3) 事業主体の設立年月日 | 平成16年5月6日 | | |

(4) 事業主体が兵庫県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 | あり | なし | |
| 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 | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 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 | |
| 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 | |

| (別業) 事業主体が兵庫県外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 | あり | なし | | |
| 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 | エスペランサ登戸 ふじロマンス エスペランサ南小岩 エスペランサ川崎 エスペランサ武蔵小杉 エスペランサ相模原 グランフォレストしずおか葵の森 グランフォレスト氷川台 グランフォレスト目白 | 川崎市多摩区登戸3262番地 神奈川県小田原市多古712番地 江戸川区南小岩4-17-6 川崎市川崎区榎町2-2 川崎市中原区下沼部1894-2 神奈川県相模原市南区下溝343-1 静岡市葵区柳町185-2 練馬区氷川台4-46-12 豊島区南長崎2-19-7 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 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 | | |
| 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 | エスペランサ登戸 ふじロマンス エスペランサ南小岩 エスペランサ川崎 エスペランサ武蔵小杉 エスペランサ相模原 グランフォレストしずおか葵の森 | 川崎市多摩区登戸3262番地 神奈川県小田原市多古712番地 江戸川区南小岩4-17-6 川崎市川崎区榎町2-2 川崎市中原区下沼部1894-2 神奈川県相模原市南区下溝343-1 静岡市葵区柳町185-2 |
| 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 | | |

2. 施設概要

| | |
|---|---|
| (1) 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | |
| ①施設の名称 | (ふりがな) ぐらんふおれすところべろっこう グランフォレスト神戸六甲 |
| ②施設の所在地 | 〒657-0032 兵庫県神戸市灘区中郷町3丁目3-7 |
| ③施設の連絡先 | 電話番号 078-846-1366 |
| | FAX番号 078-846-1367 |
| | ホームページ なし |
| | アドレス あり: http://www.fillcare.co.jp |
| (2) 施設の開設年月日 平成22年4月1日 | |
| (3) 施設の管理者の 氏名及び職名 | 氏名 三谷 利嘉子 |
| | 職名 支配人(施設管理者) |
| (4) 施設までの主な利用交通手段 | |
| JR六甲道駅(徒歩9分:720m)・阪神石屋川駅(徒歩7分:560m) 阪急六甲駅(徒歩14分:1,120m) | |
| (5) 施設の類型 及び表示事項 | 類型: 介護付有料老人ホーム(一般型・特定施設入居者生活介護) 居住の権利形態: 利用権方式 利用料の支払い方式: 選択方式 入居時の要件: 入居時自立・要支援・要介護 介護保険: 兵庫県指定介護保険特定施設(一般型特定施設) 兵庫県指定介護予防特定施設 介護居室区分: 全室個室 介護に係わる職員体制: 2.5:1以上 |
| (6) 介護保険 事業所番号 | 兵庫県 第2870201718号 |
| (7) 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた 指定年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日) | |
| ①事業の開始 (予定)年月日 | 平成22年4月1日 |
| ②指定の年月日 | 平成22年4月1日 |
| ③指定の更新年月日 | |

3. 従業者に関する事項

(平成24年4月1日現在)

(1) 職種別の従業者の人数及びその勤務形態

① 有料老人ホームの人数及びその勤務形態

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 |
|------------|----|-----|-----|-----|----|------------|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 支配人(施設管理者) | | 1 | | | 1 | 0.5人 |
| 生活相談員 | 3 | | | | 3 | 3.0人 |
| 看護職員 | 1 | | 2 | | 3 | 1.8人 |
| 介護職員 | 9 | | 3 | | 12 | 10.1人 |
| 機能訓練指導員 | | | 1 | | 1 | 0.1人 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | | 2 | 1.5人 |
| 栄養士 | | | | | 0 | 厨房会社 委託 |
| 調理員 | | | | | 0 | |
| 事務員 | 1 | | | | 1 | 1.0人 |
| その他従業者 | 2 | | | | 2 | 2.0人 |

② 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。

③ 従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|----------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | | | | |
| 介護福祉士 | 3 | | 1 | |
| 介護職員基礎研修 | | | | |
| 訪問介護員1級 | 1 | | | |
| 2級 | 5 | | 2 | |
| 3級 | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | |

④ 従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|-------------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | | 1 | |
| 作業療法士 | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | |
| 看護師及び准看護師 | | | | |
| 柔道整復士 | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | |

⑤ 夜勤を行う看護職員

最少時の人数(宿直の従事者を除いた人数)

1

及び介護職員の数

平均時の人数

1

夜勤職員の人員配置について

入居者の介護度等を勘案し、20名まで夜勤職員1名体制とします。但し、緊急時においてはオンコール等他の職員と連携し、2名以上の体制を確保します。

| ⑥特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
|---|----|-----|-------------------|-----|----|------------|
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 生活相談員 | 3 | | | | 3 | 3.0人 |
| 看護職員 | 1 | | 2 | | 3 | 1.8人 |
| 介護職員 | 9 | | 3 | | 12 | 10.1人 |
| 機能訓練指導員 | | | 1 | | 1 | 0.1人 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | | 2 | 1.5人 |
| その他従業者 | 2 | | | | 2 | 2.0人 |
| 一般型特定施設入居者生活介護（介護居室）に相当する職員体制ですが、4階以上に居住される一般居室の方が、介護を必要とされる場合は、同職員が対応いたします。この場合においても、一般型特定施設における職員体制（2.5:1以上）は遵守いたします。 | | | | | | |
| ⑦1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、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | | | |
| ⑧従業者である介護職員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 社会福祉士 | | | | | | |
| 介護福祉士 | 3 | | 1 | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | | | |
| 訪問介護員1級 | 1 | | | | | |
| 2級 | 5 | | 2 | | | |
| 3級 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | |
| ⑨従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 理学療法士 | | | 1 | | | |
| 作業療法士 | | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | | |
| 看護師及び准看護師 | | | | | | |
| 柔道整復士 | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | |
| ⑩管理者の他の職務との兼務の有無 | | | なし | あり | | |
| 管理者が有している 当該業務に係る 資格等 | なし | あり | 資格等の名称 介護支援専門員 | | | |
| ⑪特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員 及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 | | | 2.5:1以上 | | | |

| (2) 従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等 | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------|-----|---------|-----|------------|-----|--|--|
| | 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 | | 1 | 6 | 3 | 1 | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 1 | 4 | 1 | | | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | 1 | 1 | 1 | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | 1 | | 2 | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 1 | | | 1 | | | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | 6 | | | | | |
| 10年以上の者の人数 | | 2 | 1 | 1 | | | | |
| | 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 | | 1 | 1 | | | | | |
| 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 | | | 1 | | | | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | 1 | | | | | |
| 10年以上の者の人数 | | 1 | | | | | | |
| (3) 従業者の健康診断の実施状況 | | | なし | | あり (年1回以上) | | | |

4. サービスの内容

| | | |
|---|--|----|
| (1) 施設の運営に関する方針 | | |
| 神戸という魅力溢れる町で、「木のぬくもり」を感じられる自宅のようなホーム作りを目指していきます。入居された方が、その人らしく生きていくことができるよう援助していきます。 | | |
| (2) 介護サービスの内容、利用定員等 | | |
| ①個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| ②夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| ③人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | なし | あり |
| ④利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況 | 別紙 | |
| ⑤協力医療機関の名称 | 名 称 医療法人社団 うめがき診療所 所在地 神戸市東灘区青木6丁目6-11 井上ビル1階 | |
| (協力の内容) 受診・治療等の協力 | (診療科目) 内科 | |
| | 名 称 細井整形外科 所在地 神戸市東灘区青木6丁目6-11 井上ビル2階 | |
| (協力の内容) | (診療科目) | |
| | 名 称 所在地 | |
| (協力の内容) | (診療科目) | |
| ⑥協力歯科医療機関 | なし | あり |
| | 名称 仲井歯科クリニック 所在地 神戸市灘区深田町3丁目1番15号 ライオンズマンション六甲道第3-201号 | |
| (協力の内容) 受診・治療等の協力 | (診療科目) 歯科診療 ・ 口腔外科 | |
| ⑦要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | |
| (ア) 要介護時に介護を行う場所 | | |
| 介護居室に入居されている方は、原則として居室内にて介護を提供します。 また、一般居室に入居中で介護が必要になった場合は、本人・身元引受人の同意を得た後、一般居室で介護サービスを提供します。この場合、特定施設入居者生活介護利用契約を締結していただきます。 | | |

(イ) 入居後に居室を住み替える場合

(i) 一時介護室へ移る場合 (一般居室→一時介護室の場合)

判断基準・手続について

(その内容)

一般居室に入居されている方で、夫婦等の一方が介護が必要になった場合は、医師の意見を聴き、本人の同意を得るとともに身元引受人の意見を聴いた後、一時介護室に移っていただくことがあります。

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

一時介護室への移行の場合は、一般居室利用権は存続し、消滅しません。

入居一時金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室からの面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の有無

なし

あり

台所の変更の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

(ii) 介護居室へ移る場合 (介護居室又は一般居室→他の介護居室の場合)

判断基準・手続について

(その内容)

「介護居室→他の介護居室へ住み替えの場合」

1. 事業者からの申出による住み替えの場合

事業者は、入居者に対してより適切な介護を提供するために必要と判断する場合には、本契約に基づくサービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。この場合、事業者は居室の住み替え等により、入居者の権利や利用料金等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、次の各号の手続きを行います。

①事業者の指定する医師の意見を聴く

②入居者の意思を確認する

③入居者の身元引受人の意見を聴く

④緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける

⑤住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、占有面積の変更に伴う費用負担の増減等について入居者及び身元引受人に説明を行う。

⑥入居者の同意を得る。

居室の利用権は当初の居室から新しい居室に変更となります。

この場合、居室の清掃費及び原状回復費はございません。

入居一時金の精算については、現居室の償却残額を、同じ期間入居した場合の住み替え後居室の償却残額に合わせるものとします。現居室の償却残額より、住み替え後居室の償却残額のほうが少ない場合は、その差額をお支払いします。ただし、現居室の償却残額より、住み替え後居室の償却残額のほうが多い場合は、その差額は頂きません。

2. 入居者からの申出による住み替えの場合
 事業者は、入居者から目的施設内におけるサービス提供の場所の変更の申出があった場合、その申出が施設運営上、支障が出る場合を除き、入居者の申出を認め、サービス提供場所の変更を行う場合があります。なお、入居者からの申出は指定の書式にて行うものとします。
 居室の利用権は当初の居室から新しい居室に変更となります。
 また、居室の変更による契約プランの変更は致しません。
 この場合、入居者は、居室の清掃費及び原状回復費を負担しなければなりません。入居一時金の精算については、現居室の入居一時金償却残額を、同じ期間入居した場合の住み替え後居室の入居一時金償却残額に合わせるものとします。現居室の入居一時金償却残額より、住み替え後居室の入居一時金償却残額のほうが少ない場合は、その差額をお支払いします。また、現居室の入居一時金償却残額より、住み替え後居室の入居一時金償却残額のほうが多い場合は、その差額を徴収差額としてお支払い頂きます。

「一般居室→他の介護居室へ住み替えの場合」

1. 入居者からの申出による住み替えの場合

入居者からの申出により、一般居室（以下「現居室」という）から介護居室（以下「住み替え後居室」という）へ住み替える場合、入居者は、現居室における入居契約を解約し、住み替え時の年齢を基にした、住み替え後居室における基本プランでの入居契約を新規に締結して頂きます。居室の利用権は現居室から住み替え後居室に変更となります。
 この場合の住み替え後居室の契約においてお支払頂く入居一時金は（以下「住み替え後入居一時金」という）、住み替え時の年齢を基にした住み替え後居室における基本プランでの入居一時金の初期償却後の償却残額とします。この住み替え後入居一時金は、現居室における入居一時金償却残額を充当するものとします。この充当する額が住み替え後入居一時金から不足する場合でもその不足額をお支払頂く必要はございません。
 また、充当する額が住み替え後入居一時金を超える場合は、その超えた額を返金致します。ただし、現居室において2人入居している場合で、どちらか1人が住み替える場合または2人同時に住み替える場合の1人分の住み替え後入居一時金に関しては、住み替え時の年齢を基にした住み替え後居室における基本プランでの入居一時金全額とし、2人入居追加料金の償却残額を住み替え後入居一時金に充当するものとします。この充当する額が住み替え後入居一時金から不足する場合は、その不足額を追加でお支払頂きます。また、充当する額が住み替え後入居一時金を越える場合は、その超えた額を返金致します。なお、いずれの場合も、住み替え後居室においてお支払頂く月額利用料等は、住み替え後居室における入居契約に基づきお支払頂きます。

| | | |
|--|----|----|
| 追加的費用の有無 | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い (その内容) 利用していた居室の原状回復をし、居室利用権は住み替え後の居室に移行します。 | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| 台所の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 (その内容) | なし | あり |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|----|------------|----|----|----------|----|----|-----------|----|----|-------|---------------------------------------|----|-----------|----|----|--------|-------------------------------------|--|
| (iii) その他 (施設間住み替え) | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 判断基準・手続について (その内容) | <p>事業者は、入居者から事業者が運営する他の施設へのサービス提供の場所の変更の申出があった場合、その申出が施設運営上、支障が出る場合を除き、入居者の申出を認め、事業者が運営する他の施設へのサービス提供場所の変更を行う場合があります。なお、入居者からの申出は指定の書式にて行うものとします。</p> <p>変更にあたっては、目的施設における全ての契約を解約し、変更を希望される施設での新たな契約を締結して頂く事で、居室の利用権は現施設における居室から、新しい施設における居室に変更となります。</p> <p>この場合、入居者は、居室の清掃費及び原状回復費を負担しなければなりません。入居一時金の精算については、現施設における居室の入居一時金償却残額を、同じ期間入居した場合の住み替え後施設における居室の入居一時金償却残額に合わせるものとします。現施設における居室の入居一時金償却残額より、住み替え後施設における居室の入居一時金償却残額のほうが少ない場合は、その差額をお支払いします。また、現施設における居室の入居一時金償却残額より、住み替え後施設における居室の入居一時金償却残額のほうが多い場合は、その差額を徴収差額としてお支払い頂きます。償却年数については、住み替え後施設における居室の償却年数に合わせるものとし、住み替え後施設における居室の償却年数から、現施設における居室での居住年数(契約締結時年齢)を差し引いた年数を、住み替え後施設における居室の償却年数とします。ただし、この申出が、申出時に先に定める償却期間を超えている場合、住み替え変更の申出はお受けできません。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 追加的費用の有無 | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居室利用権の取扱い (その内容) | <p>利用していた居室の原状回復をし、居室利用権は住み替え後の施設に移行します。</p> <p>変更先との入居一時金に差額がある場合は精算し、返還あるいは徴収する事になります。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従前居室との仕様の変更 | <table border="1"> <tr> <td>便所の変更の有無</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>浴室の変更の有無</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>洗面所の変更の有無</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>台所の有無</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>その他の変更の有無</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>(その内容)</td> <td colspan="2"> <p>管理費等の月額利用料は移り住み先の料金へ変更になります。</p> </td> </tr> </table> | | 便所の変更の有無 | なし | あり | 浴室の変更の有無 | なし | あり | 洗面所の変更の有無 | なし | あり | 台所の有無 | なし | あり | その他の変更の有無 | なし | あり | (その内容) | <p>管理費等の月額利用料は移り住み先の料金へ変更になります。</p> | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 台所の有無 | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の変更の有無 | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (その内容) | <p>管理費等の月額利用料は移り住み先の料金へ変更になります。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧施設の入居に関する要件 | <table border="1"> <tr> <td>自立している者を対象</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>要支援の者を対象</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>要介護の者を対象</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>留意事項</td> <td colspan="2">概ね65歳以上の方で、かつ日常生活において恒常的に医療行為を必要としない方</td> </tr> </table> | | 自立している者を対象 | なし | あり | 要支援の者を対象 | なし | あり | 要介護の者を対象 | なし | あり | 留意事項 | 概ね65歳以上の方で、かつ日常生活において恒常的に医療行為を必要としない方 | | | | | | | |
| 自立している者を対象 | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援の者を対象 | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護の者を対象 | なし | あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 留意事項 | 概ね65歳以上の方で、かつ日常生活において恒常的に医療行為を必要としない方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

〔事業者の契約解除事由〕

1. 事業者は、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ことがあります。

- (1) 入居契約書に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。
- (2) 月払いの利用料、その他の支払いを正当な理由がなく、しばしば遅滞するとき。
- (3) 第20条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき。
- (4) 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、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。
- (5) 入居者又は身元引受人が自ら又は第三者を利用して他の入居者、事業者に対して暴力的行為、詐術、脅迫的言辞等の行為をしたとき、並びに入居者又は身元引受人が暴力団等の反社会的勢力であることが判明したときは、事業者は入居者に対し何ら通知することなく、直ちに本契約を解除することができる

2. 前項1号から4号の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号の手続きによって行います。

- (1) 契約解除の通告について、180日(入居一時金0円プランにおいては90日)の予告期間をおく。
- (2) 前号の通告に先立ち、入居者、及び身元引受人等に弁明の機会を設ける。
- (3) 解除通告に伴う予告期間中に入居者の移転先がの有無について確認し、移転先が無い場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。

3. 第1項4号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第1号及び第2号に掲げる手続きを行います。

- (1) 医師の意見を聞く。
- (2) 一定の観察期間を置く。

参考：入居契約書第20条(禁止又は制限される行為)

入居者は、目的施設の利用にあたり、目的施設又はその敷地内において、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。

- (1) 銃砲刀剣類、爆発物、発火物、有毒物等の危険な物品等を搬入・使用・保管する
- (2) 所定場所以外における喫煙
- (3) 大型の金庫、その他重量の大きな物品等を搬入し、又は備え付ける
- (4) 排水管その他を腐食させるおそれのある液体等を流す
- (5) テレビ・ステレオ等の操作、楽器の演奏その他により、大音量等で近隣に著しい迷惑をあたえる
- (6) 猛獣・毒蛇等の明らかに近隣に迷惑をかける動植物を飼育する

2. 入居者は、目的施設の利用にあたり、事業者の承諾を得ることなく、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。また、事業者は、他の入居者からの苦情その他の場合に、その承諾を取り消すことがあります。

- (1) 観賞用の小鳥、魚等であって、明らかに近隣に迷惑をかける恐れのない動物以外の犬、猫等の動物や植物を目的施設又はその敷地内で飼育する
- (2) 居室及びあらかじめ管理規程に定められた場所以外の共用施設又は敷地内に物品を置く
- (3) 目的施設内において、営利その他の目的による勧誘・販売・宣伝・広告等の活動を行う
- (4) 目的施設の増築・改築・移転・改造・模様替え、居室の造作の改造等を伴う模様替え、敷地内における工作物を設置する
- (5) 管理規程等において、事業者がその承諾を必要と定めるその他の行為を行う

⑨契約の解除の内容

| | |
|----------|--|
| | <p>3. 入居者は目的施設の利用にあたり、次に掲げる事項については、あらかじめ事業者と協議を行うこととします。事業者は、この場合の基本的な考え方を管理規程等に定めることとします。</p> <p>(1) 入居者が1ヵ月以上居室を不在にする場合の、居室の保全、連絡方法、各種費用の支払いとその負担方法 (2) 入居者が第三者を付添・介助・看護等の目的で居室内に居住させる場合の各種の費用の支払いとその負担方法 (3) 事業者が入居者との事前協議を必要と定めるその他の事項</p> <p>4. 入居者が、第1項から第3項の規定に違反若しくは従わず、事業者又は他の入居者等の第三者に損害を与えた場合は、事業者又は当該の第三者に対して損害賠償責任が生ずることがあります。</p> <p>〔入居者からの解約〕 (1) 事業者対し、少なくとも30日前に解約の申し入れを行う。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する。 (2) 前号解約届を提出しないで居室を退去した場合は、事業者が入居者の退去の事実を知った翌日から起算し30日目をもって本契約は解約されたものとみなします。</p> |
| ⑩体験入居の内容 | <p>体験入居（最長7泊8日）1泊12,600円 ショート入居（最長30泊31日）1泊15,750円 両方とも、介護保険適用外となります</p> |
| ⑪入居定員 | <p>介護居室40室・40名定員 一般居室19室・38名定員</p> |
| ⑫その他 | <p>入居者は、身元引受人を定めるものとします。ただし、身元引受人を定めることができない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。身元引受人は本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者と協議し、必要な時は入居者の身柄を引き取るものとします。身元引受人は、入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き取りを行うものとします。</p> |

(3) 入居者の状況

| ①入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日） | | | | | | |
|----------------------------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| 65歳未満 | | | | | | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | 0 |
| 75歳以上85歳未満 | 1 | 1 | | | | 2 |
| 85歳以上 | 1 | 1 | 1 | 4 | | 7 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 65歳未満 | | | | | | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 3 | | | | | 3 |
| 75歳以上85歳未満 | 5 | 1 | | | | 6 |
| 85歳以上 | | 2 | 2 | | | 4 |
| ②入居者の平均年齢 | | | | | | 82.8歳 |
| ③入居者の男女別人数 | 男性 | 9 | | 女性 | 13 | |
| ④入居率（一時的に不在となっている者を含む） | | | | | | 28.2% |
| ⑤前年度退居した者の人数 | | | | | | |
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| 自宅等 | | | | | | 0 |
| 社会福祉施設 | | | | | | 0 |
| 医療機関 | | | | | | 0 |
| 死亡者 | | | | | | 0 |
| その他 | | | | | | 0 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 自宅等 | | | | | | 0 |
| 社会福祉施設 | | | | | | 0 |
| 医療機関 | | | | | | 0 |
| 死亡者 | | | | | | 0 |
| その他 | | | | | | 0 |
| ⑥入居者の入居期間 | | | | | | |
| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上 1年未満 | 1年以上 5年未満 | 5年以上 10年未満 | 10年以上 15年未満 | 15年以上 |
| 入居者数 | 8 | 2 | 12 | | | |

(4) 施設、設備等の状況

| | | | | | | |
|---|--|----|---|-----------|---------------------|---------------------|
| ①建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | | | なし | あり |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | | なし | あり |
| ②居室の状況 | 区分 | | | 室数 | 人数 | 居室の床面積 |
| | 一般居室個室 | あり | なし | 2室 | 2人 | 26.59m ² |
| | | | | 2室 | 2人 | 31.74m ² |
| | | | | 2室 | 2人 | 39.14m ² |
| | | | | 1室 | 2人 | 39.33m ² |
| | | | | 1室 | 2人 | 40.37m ² |
| | | | | 1室 | 2人 | 40.40m ² |
| | | | | 1室 | 2人 | 40.59m ² |
| | | | | 1室 | 2人 | 41.69m ² |
| | | | | 1室 | 2人 | 42.28m ² |
| | | | | 1室 | 2人 | 44.70m ² |
| | | | | 3室 | 2人 | 46.69m ² |
| | | | | 1室 | 2人 | 52.48m ² |
| | 2室 | 2人 | 56.54m ² | | | |
| 一般居室相部屋 | あり | なし | 室 | | m ² | |
| 介護居室個室(特定施設) | あり | なし | 20室 | 20人 | 20.02m ² | |
| 介護居室個室 | あり | なし | 20室 | 20人 | 20.02m ² | |
| 介護居室相部屋 | あり | なし | 室 | | m ² | |
| 一時介護室 | あり | なし | 1室 | 1人 | 13.24m ² | |
| ③共用便所の設置数 | 9 | | うち男女別の対応が可能な数 | | 2 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 6 | |
| ④個室の便所の設置数 | 59 | | 個室における便所の設置割合 | | 100% | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 59 | |
| ⑤浴室の設備状況 | 浴室の数 | | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 |
| | 4 | | 2 | 1 | 1 | 0 |
| その他、浴室の設備に関する事項 全ての一般居室に浴室が設置されています。 | | | | | | |
| ⑥食堂の設備状況 | 2・3階に介護居室入居者専用の食堂 4階に一般居室で食事提供を希望する方の食堂 | | | | | |
| | 入居者等が調理を行う設備状況 | | なし | | あり | |
| ⑦その他、共用施設の設備状況 | なし | あり | (その内容) 健康管理室、機能訓練室、屋上庭園、シアタールーム、理美容室、多目的ホール、相談室 | | | |
| ⑧バリアフリーの対応状況 | (その内容) バリアフリー新法、条令等法令遵守(居室内・廊下に手摺り設置)。 | | | | | |
| ⑨緊急通報装置の設置状況 | なし | | 一部あり | | 各居室内にあり | |
| ⑩外線電話回線の設置状況 | なし | | 一部あり | | 各居室内にあり | |
| ⑪テレビ回線の設置状況 | なし | | 一部あり | | 各居室内にあり | |
| ⑫施設の敷地に関する事項 | 敷地の面積 1,358.83m ² | | | | | |
| | 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | | あり |
| | 抵当権の設定 | | なし | | あり | |
| | 貸借(借地) | | | | | |
| | なし | あり | 契約期間 | 始 | 終 | |
| | | | 契約の自動更新 | | なし | あり |
| ⑬施設の建物に関する事項 | 建物の延床面積 3,801.86m ² | | | | | |
| | 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | | あり |
| | 抵当権の設定 | | なし | | あり | |
| | 貸借(借家) | | | | | |
| | なし | あり | 契約期間 | 始 平成22年4月 | | 終 平成52年3月 |
| | | | 契約の自動更新 | | なし | あり |

(5) 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

①事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

| | | |
|----------|-------------------|------------|
| 窓口の名称 | 支配人（施設管理者） 三谷 利嘉子 | |
| 電話番号 | TEL 078-846-1366 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～18:00 |
| | 土曜 | 9:00～18:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00～18:00 |
| 定休日等 | | |

②上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

| | | |
|----------|------------------|------------|
| 窓口の名称 | 神戸市生活情報センター | |
| 電話番号 | TEL 078-371-1221 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | 休 |
| | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日等 | | |

| | | |
|----------|-----------------------------|------------|
| 窓口の名称 | 兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 | |
| 電話番号 | TEL 078-332-5617 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:15 |
| | 土曜 | 休 |
| | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日等 | | |

| | | |
|----------|----------------------|------------|
| 窓口の名称 | 神戸市保健福祉局高齢福祉部高齢福祉課 | |
| 電話番号 | TEL 078-331-8181（代表） | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | 休 |
| | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日等 | | |

| | | |
|----------|----------------------|------------|
| 窓口の名称 | 兵庫県神戸県民局 | |
| 電話番号 | TEL 078-361-8627（代表） | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | 休 |
| | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日等 | | |

| | | |
|----------|------------------|-------------|
| 窓口の名称 | 社団法人 全国有料老人ホーム協会 | |
| 電話番号 | TEL 03-3548-1077 | |
| 対応している時間 | 平日 | 10:00～16:00 |
| | 土曜 | 休 |
| | 日曜・祝日 | 休 |
| 定休日等 | | |

(6) 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損害賠償責任保険の加入状況 | |
| なし <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> (その内容) 福祉事業者総合賠償責任保険 (引き受け保険会社：三井住友海上火災保険会社) 適用される普通保険約款：賠償責任保険普通保険約款 適用される特別約款：施設所有(管理)者特別約款、生産物特別約款 施設や設備、生産物に起因する事故 1事故限度額3億円 内容：施設補償・業務遂行補償・生産物補償・仕事の結果補償 |

| | |
|---|---|
| ②その他、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に関する事 | |
| なし <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> (その内容) 介護サービスの提供にあたり、万一、事故が発生し入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。 |

| | |
|--|--|
| (7) サービスの提供内容に関する特色等 | |
| (その内容) ユニットケア方式を導入し、ハード面・ソフト面でも落ち着いたケアを提供していきます。 | |

(8) 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

| | | | |
|-----------------------------------|--|-------------|------------|
| ①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 | | | |
| なし <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> 実施した年月日 | ご意見箱設置 | |
| | 予定 | 当該結果の開示状況 | なし あり |
| ②第三者による評価の実施状況 | | | |
| なし <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> あり | 実施した年月日 | |
| | | 実施した評価機関の名称 | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし あり |

5. 利用料金

| | | | | |
|---|----------|--|------------------|--|
| (1) 年齢により一時金の料金が異なる場合 | | なし | | あり |
| (2) 一時金に関する費用 | | | | |
| ①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額の一部に充当されるもの） | | なし | | あり |
| 名称 | | | | |
| 介護居室 | 1人の入居の場合 | 入居一時金0円プラン 全年齢共通 | | |
| | | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 |
| | | 0円 | 0円 | |
| | | 最低の額(90歳以上基本プラン) | 最高の額(65歳以上特別プラン) | 最多価格帯 |
| | | 7,920,000円 | 17,280,000円 | |
| 一般居室 | 1人の入居の場合 | 最低の額(4階B1タイプ) 最高の額(4階Fタイプ) 最多価格帯 | | |
| | | 14,600,000円 | 33,100,000円 | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | | |
| 償却開始 | | 入居をした月 | なし | あり |
| | | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | 介護居室 20%、一般居室 15% | | |
| 償却年月数 | | 介護居室 65歳以上 72ヵ月 70歳以上 66ヵ月 | | |
| | | 80歳以上 60ヵ月 90歳以上 48ヵ月 | | |
| | | 一般居室 120ヵ月 | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | <p>「入居一時金」入居一時金のうち解約時に返還される額は下記により計算します。</p> <p>介護居室・一般居室（基本プラン・特別プラン共）</p> <p>※ (入居一時金－初期償却額) × (想定居住月数－入居月数) ÷ (想定居住月数)</p> <p>ただし、表題部記載の起算日及び契約終了日が属する月は、1月の費用を30で除した1日当たりの費用を基にそれぞれ日割計算し、返還金は無利息とします。</p> <p>(注)</p> <p>1 入居一時金の20%（介護居室）または15%（一般居室）は入居期間にかかわらず返還されません。</p> <p>2 償却期間経過後は、返還金が無くなります。</p> <p>3 専用居室の原状回復のための実費を差し引かれます。</p> | | |
| 保全措置の実施状況 | | なし | あり | (その内容) (社) 全国有料老人ホーム協会の入居者基金制度に加入。当社が個別入居者について基金に拠出金を支払うことにより、万一倒産等に至り、入居者すべてが退去せざるを得なくなり、かつ入居者から入居契約が解約された場合に、償却期間終了後においても保証金として500万円が入居者に支払われる。 |

| | | | |
|--|--|-------------------|----|
| ②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス) | なし | あり | |
| 〔「あり」の場合、その内容及び利用料〕 | | | |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | | | |
| | なし | あり | |
| 名称 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | あり |
| | サービス提供を開始した月 | なし | あり |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | | |
| 償却年月数 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の実施状況 | | | |
| なし | あり | (「あり」の場合その内容) | |
| ③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 | なし | あり | |
| 〔「あり」の場合、その内容及び利用料〕 | | | |
| 名称 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | あり |
| | サービス提供を開始した月 | なし | あり |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | | |
| 償却年月数 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の実施状況 | | | |
| なし | あり | (「あり」の場合その内容) | |
| ④その他に要する一時金 | なし | あり | |
| 〔「あり」の場合、その内容及び利用料〕 | | | |
| 入居一時金0円プランの場合、入居者の月額利用料その他事業者に対する支払いが滞った場合に発生する入居者の債務に備えるため保証金として1,000,000円お支払い頂きます。この保証金は無利息とします。 | | | |
| 名称 | 保証金 | | |
| 解約時返還金の算定方法 | 原則、全額返還するものとします。但し、本契約終了時において入居者の月額利用料その他の未払い等により、事業者に対する債務がある場合、保証金からその債務の相当額を相殺するものとし、相殺後の保証金の残額について返還金として返還するものとします。返還金は、契約終了日の翌日から起算して90日以内に返還します。 | | |
| 保全措置の実施状況 | | | |
| なし | あり | (「あり」の場合その内容) | |
| ⑤一時金に対する留意事項等 | なし | あり (「あり」の場合、その内容) | |
| ⑥3ヶ月以内の契約解除による返還金について | | | |
| 入居一時金償却期間の起算日から3ヶ月以内に解約の申出を行った場合は入居一時金全額を返還しますが、但しこの場合、一日当たりの利用料、原状回復費は徴収いたします。 | | | |
| *入居一時金の1日当たりの利用料 「(入居一時金-初期償却額) ÷ 償却月数 ÷ 30」 | | | |

(3) 介護保険給付以外のサービスに要する費用

①月額の場合の利用料の額 (税込み) *30日利用の場合

| | | | | |
|-----|----|----|------------------|-----------|
| 管理費 | なし | あり | 介護居室 | 57,750 円 |
| | | | 一般居室 (1人入居の場合/室) | 52,500 円 |
| | | | 一般居室 (2人入居の場合/室) | 105,000 円 |

(「あり」の場合、その用途)
共用施設等の維持管理費、事務管理部門の人件費

| | | | | |
|----|----|----|--|----------|
| 食費 | なし | あり | | 63,000 円 |
|----|----|----|--|----------|

(「あり」の場合、その内容)
別紙、プラン別料金一覧表参照

| | | | | |
|------|----|----|------------------|----------|
| 光熱水費 | なし | あり | 介護居室 | 21,000 円 |
| | | | 一般居室 (1人入居の場合/室) | 31,500 円 |
| | | | 一般居室 (2人入居の場合/室) | 42,000 円 |

利用者の個別的な選択による介護サービス利用料

| | | |
|-------------------|----|----|
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス | なし | あり |
|-------------------|----|----|

(「あり」の場合、その内容及び利用料)
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に
充当するものとしての合理的な積算根拠。

| | |
|----|----|
| なし | あり |
|----|----|

| | | |
|-----------------|----|----|
| 個別的な選択による介護サービス | なし | あり |
|-----------------|----|----|

(「あり」の場合、その内容及び利用料)
別紙、「介護サービス等の一覧表」参照。

| | | | | | |
|-------|----|----|------|------------------------------|-----------|
| 家賃相当額 | なし | あり | 介護居室 | 基本プランで契約された方 | 75,000 円 |
| | | | | 特別プランで契約された方 (入居一時金に含みます) | 0 円 |
| | | | | 入居一時金0円プランで 契約された方 | 240,000 円 |
| | | | 一般居室 | | 85,000 円 |

| | | |
|--------------|----|----|
| その他に必要な月額利用料 | なし | あり |
|--------------|----|----|

(「あり」の場合、その内容及び利用料)
駐車場使用料：18,000円

| | | |
|------------------------|----|----|
| ②その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料 | なし | あり |
|------------------------|----|----|

(「あり」の場合、その内容及び利用料)
介護保険の本人負担分、医療費、薬代、オムツ代、新聞代、理美容代等 及びサービス一覧表に
記載の「別途利用料を徴収した上で実施するサービス」費用。

添付書類： 「介護サービス等の一覧表」
「プラン別食事料金一覧表」
「年齢別入居一時金一覧」

* _____ 様

説明年月日 平成 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

介護サービス等の一覧表(介護居室)

| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス | | 特定施設入居者生活介護費、各種一時金月額の利用料等で、実施するサービス | | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | | 備考 |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | |
| 巡回 ・昼間 9時～19時 ・夜間 19時～ 9時 食事介助 排泄介助・おむつ交換 おむつ代 入浴(一般浴)介助・清拭 特浴介助 身辺介助(移動・着替え等) 機能訓練 通院介助(提携医療機関) 通院介助(提携医療機関以外) | なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし | あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり | なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし | あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり | なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし | あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり | 実費負担 週3回。週4回目以降は1回1,050円 サービス計画に基づき実施 週2回目以降30分につき、525円 灘・東灘・中央区は週2回目以降、灘・東灘・中央区以外は30分につき、525円 |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 リネン交換 日常の洗濯 居室配膳・下膳 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(通常の利用区域) 買い物代行(上記以外) 役所手続き代行 金銭・貯金管理 レクリエーション等 | なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし | あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり | なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし | あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり | なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし | あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり | 週1回。週2回目以降は1回525円 週1回。左記以外は1回525円 週3回 本人希望の場合は、1回105円 実費負担 実費負担 週1回指定日 1回につき525円 月1回指定日 原則、本人管理 実費負担 |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 健康相談 生活指導・栄養指導 服薬支援 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし なし なし なし なし | あり あり あり あり あり | なし なし なし なし なし | あり あり あり あり あり | なし なし なし なし なし | あり あり あり あり あり | 1年に2回 |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
| 移送サービス 入退院時の同行(提携医療機関) 入退院時の同行(提携医療機関以外) 入院中の洗濯物交換・買い物 入院中の見舞い訪問 | なし なし なし なし | あり あり あり あり | なし なし なし なし | あり あり あり あり | なし なし なし なし | あり あり あり あり | 提携医療機関以外30分につき、525円 週2回目以降30分につき、525円 灘・東灘・中央区は週2回目以降、灘・東灘・中央区以外は30分につき、525円 1回につき、525円 |

介護サービス等の一覧表(一般居室)

| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス | | 特定施設入居者生活介護費、各種一時金月額の利用料等で、実施するサービス | | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | | 備考 |
|-------------------|------------------------|----|-------------------------------------|----|-----------------------|----|--|
| 介護サービス | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 週2回目以降30分につき525円 |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| おむつ代 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 特浴介助 | なし | あり | 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 | なし | あり | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 通院介助(提携医療機関) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 通院介助(提携医療機関以外) | なし | あり | 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 | なし | あり | 希望により週1回簡単な床・トイレ清掃。台所浴室は除く |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 希望に応じて対応 実費負担 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| おやつ | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 実費負担 週1回指定日 1回につき525円 |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 買い物代行(通常の利用区域) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 原則、本人管理 実費負担 |
| 買い物代行(上記以外) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| レクリエーション等 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 1年に2回 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 服薬支援 | なし | あり | 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 | なし | あり | |
| 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 | なし | あり | 提携医療機関以外30分につき、525円 週2回目以降30分につき、525円 |
| 入退院時の同行(提携医療機関) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 灘・東灘・中央区は週2回目以降、灘・東灘・中央区以外は30分につき、525円 1回につき、525円 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | 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 | なし | あり | |

一般居室に入居の方が、要支援・要介護認定を受け弊社と利用契約を締結した場合は、契約に基づき介護サービスを提供いたします。

プラン別食事料金一覧表

| | プラン名 | プランに含む食事 | | | 食費 | | 厨房維持管理費相当額 | 返金対象となる金額 | | |
|------|---------|----------|----|----|-------------|----------|------------|-----------|-------|-------|
| | | 朝食 | 昼食 | 夕食 | 上段/日額、下段/月額 | 日額 | | 朝食 | 昼食 | 夕食 |
| 介護居室 | | ◎ | ◎ | ◎ | 日額 | 2,100 円 | 1,300 円 | 200 円 | 300 円 | 300 円 |
| | | | | | 月額 | 63,000 円 | 39,000 円 | - | - | - |
| 一般居室 | aプラン | ◎ | ◎ | ◎ | 日額 | 2,100 円 | 1,300 円 | 200 円 | 300 円 | 300 円 |
| | | | | | 月額 | 63,000 円 | 39,000 円 | - | - | - |
| | bプラン | ◎ | | | 日額 | 500 円 | 300 円 | 200 円 | 円 | 円 |
| | | | | | 月額 | 15,000 円 | 9,000 円 | - | - | - |
| | cプラン | | ◎ | | 日額 | 800 円 | 500 円 | 円 | 300 円 | 円 |
| | | | | | 月額 | 24,000 円 | 15,000 円 | - | - | - |
| | dプラン | | | ◎ | 日額 | 800 円 | 500 円 | 円 | 円 | 300 円 |
| | | | | | 月額 | 24,000 円 | 15,000 円 | - | - | - |
| | eプラン | ◎ | ◎ | | 日額 | 1,300 円 | 800 円 | 200 円 | 300 円 | 円 |
| | | | | | 月額 | 39,000 円 | 24,000 円 | - | - | - |
| | fプラン | ◎ | | ◎ | 日額 | 1,300 円 | 800 円 | 200 円 | 円 | 300 円 |
| | | | | | 月額 | 39,000 円 | 24,000 円 | - | - | - |
| | gプラン | | ◎ | ◎ | 日額 | 1,600 円 | 1,000 円 | 円 | 300 円 | 300 円 |
| | | | | | 月額 | 48,000 円 | 30,000 円 | - | - | - |
| 来訪者 | 追加食事プラン | ◎ | | | | 500 円 | | | | |
| | | | ◎ | | 日額 | 800 円 | | | | |
| | | | | ◎ | | 800 円 | | | | |

注

厨房維持管理費とは、食事提供業務を維持管理するための委託費用を基準に算出したものです。

喫食実績にかかわらず、月次にて選択いただいたプランに従いご負担いただく金額です。一般居室に入居の方で、月次にて選択いただいたプランに追加してお食事の手配を承ります。

追加手配の場合、前日までにフロントまでお申し付け下さい。設定金額は、以下の通りです。(追加食事料金:朝食500円、昼食800円、夕食800円)

月額費用は、30日利用の場合における目安金額です。

お食事のキャンセルは前日までにフロントにお申し付け下さい。

この場合、返金対象となる金額にて精算させていただきます。

当日お申し出の場合は、お食事の準備・食材の仕込み等が済んでいる為返金できかねます。

入居一時金一覧

グランフォレスト神戸六甲

1.介護居室

| 年齢 | 契約プラン名 | 償却期間 | 入居一時金(非課税) |
|-------|--------|-------|--------------|
| 65歳以上 | 基本プラン | 72 ヶ月 | 11,880,000 円 |
| | 特別プラン | | 17,280,000 円 |
| 70歳以上 | 基本プラン | 66 ヶ月 | 10,890,000 円 |
| | 特別プラン | | 15,840,000 円 |
| 80歳以上 | 基本プラン | 60 ヶ月 | 9,900,000 円 |
| | 特別プラン | | 14,400,000 円 |
| 90歳以上 | 基本プラン | 48 ヶ月 | 7,920,000 円 |
| | 特別プラン | | 11,520,000 円 |

2.一般居室

| フロアー | 契約室タイプ | 償却期間 | 入居一時金(非課税) |
|----------|--------|--------|--------------|
| 4階 | B1タイプ | 120 ヶ月 | 14,600,000 円 |
| | B2タイプ | | 17,500,000 円 |
| | C1タイプ | | 21,500,000 円 |
| | C2タイプ | | 22,200,000 円 |
| | C3タイプ | | 22,200,000 円 |
| | C4タイプ | | 21,500,000 円 |
| | Eタイプ* | | 27,700,000 円 |
| | Fタイプ* | | 33,100,000 円 |
| 5階 | B1タイプ | 120 ヶ月 | 14,600,000 円 |
| | B2タイプ | | 17,500,000 円 |
| | C1タイプ | | 21,500,000 円 |
| | C2タイプ | | 22,300,000 円 |
| | Dタイプ | | 23,300,000 円 |
| | Eタイプ | | 25,700,000 円 |
| | Fタイプ | | 31,100,000 円 |
| 6階 | Eタイプ | 120 ヶ月 | 25,700,000 円 |
| | Gタイプ | | 22,900,000 円 |
| | Hタイプ | | 28,900,000 円 |
| | Iタイプ | | 24,600,000 円 |
| 2名入居追加料金 | | | 7,200,000 円 |

* 印のお部屋は専用バルコニー付きになります