

## 重要事項説明書

記入年月日	平成 30 年 7 月 1 日
記入者名	三谷 利嘉子
所属・職名	グランフォレスト神戸六甲 支配人

## 1. 事業者の概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) すみりんふいるけあかぶしきがいしゃ スミリンフィルケア株式会社		
主たる事務所の所在地	〒101-0047	東京都千代田区内神田一丁目2番2号 小川ビル5階	
連絡先	電話番号	03-3518-8588	
	FAX番号	03-3233-8812	
	ホームページアドレス	<a href="http://www.fillcare.co.jp">http://www.fillcare.co.jp</a>	
代表者	氏名	間庭 和夫	
	職名	代表取締役	
設立年月日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成 16年5月6日		
主な実施事業	介護付有料老人ホームの運営、有料老人ホームの企画、設計、施工、経営、有料老人ホームの運営 ※別添1 (別の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) 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		
所在地	〒657-0032	神戸市灘区中郷町3-3-7	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 東海道線「六甲道」駅 阪神電鉄本線「石屋川」駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	J R 東海道線「六甲道」駅から徒歩8分 (640m)	
		阪神電鉄本線「石屋川」駅から徒歩9分 (720m)	
連絡先	電話番号	078-846-1366	
	FAX番号	078-846-1367	
	ホームページアドレス	<a href="http://www.fillcare.co.jp">http://www.fillcare.co.jp</a>	
	メールアドレス	fc_soudan@sfc.co.jp	
管理者	氏名	三谷 利嘉子	
	職名	支配人	
建物の竣工日	平成22年3月9日		
有料老人ホーム事業の開始日	平成22年4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	昭和 / 平成 年 月 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	第2870201718号
	指定した自治体名	兵庫県
	事業所の指定日	平成22年4月1日
	指定の更新日(直近)	平成34年4月1日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	1358.83 m <sup>2</sup> (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	有 (平成22年4月1日～平成52年3月31日) / 無			
契約の自動更新	有 / 無			
建 物	規模	6階建		
		延床面積	全体	1棟 3801.86 m <sup>2</sup>
			うち、有料老人ホーム部分	3801.86 m <sup>2</sup>
	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 (平成22年4月1日～平成52年3月31日) / 無		
契約の自動更新	有 / 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	20.02 m <sup>2</sup>	40 室	介護居室個室	
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	※別紙参照	19 室	一般居室個室	
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.24 m <sup>2</sup>	1 室	一時介護室		
タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>				
タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>				
※「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	8 か所	うち男女別の対応が可能な便房		2 か所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房		6 か所			
	共用浴室	4 か所	個室		2 か所			
			大浴場		2 か所			
	共用浴室に設 置された介助 浴槽	1 か所	チェアー浴		1 か所			
			リフト浴		か所			
			ストレッチャー浴		か所			
その他 ( )			1 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		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無						
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) 1 基 <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 1 基 <input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) 基 <input type="checkbox"/> 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	各居室の設備 (一般居室) エアコン・TV 回線・電話回線・ケアコール 他 (介護居室) エアコン・TV 回線・電話回線・ケアコール・電動ベッド 他 館内バリアフリー 共用部 1 階 シアタールーム・理美容室・多目的ホール・機能訓練室・健康管理室・相談室 一般浴室 (大浴室)・機械浴室 2、3 階 ダイニングルーム・介護カウンター・一般浴室 (個浴)							

4階	ダイニングルーム・屋上庭園・介護カウンター
5階	介護カウンター
6階	ルーフテラス・介護カウンター

#### 4 サービスの内容

(全体の方針)

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。
サービスの提供内容に関する特色	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。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> 3 サービスの提供なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input checked="" type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> 3 サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> 3 サービスの提供なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> 3 サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> 3 サービスの提供なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> 2 サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> 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 / <input type="checkbox"/> 無	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(Ⅱ)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) イ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
(Ⅰ) ロ		有 / <input type="checkbox"/> 無	

	(Ⅱ)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	(Ⅲ)	有 / <input type="checkbox"/> 無
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	※有の場合、介護・看護職員の配置率	2.5 : 1

(医療連携の内容)

医療支援	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保等）		
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 うめがき診療所
		住所	兵庫県神戸市東灘区青木 6-6-11 井上ビル 1 階
		診療科目	内科
		協力内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者に対し、健康指導・訪問診療・健康診断についての協力</li> <li>・入院が必要な場合、入院治療先の紹介</li> <li>・医師・看護師と 24 時間連絡がとれる体制</li> <li>・看取りが必要な場合、協力と対応</li> </ul>
	2	名称	細井整形外科
		住所	兵庫県神戸市東灘区青木 6-6-11 井上ビル 2 階
		診療科目	整形外科
		協力内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者に対し、健康指導・訪問診療・健康診断についての協力</li> <li>・入院が必要な場合、入院治療先の紹介</li> <li>・医師・看護師と 24 時間連絡がとれる体制</li> <li>・看取りが必要な場合、協力と対応</li> </ul>
協力歯科医療機関	名称	仲井歯科クリニック	
	住所	兵庫県神戸市灘区桜口町 3-3-21	
	協力内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科診療の提供と口腔衛生指導</li> <li>・緊急時の協力</li> </ul>	

(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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )
※複数選択可	
判断基準の内容	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。
手続きの内容	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	有 / <input type="checkbox"/> 無

居室利用権の取扱い	変更ございません	
前払金償却の調整の有無	有 / <input type="checkbox"/> 無	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 有 / 無
	便所の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 有 / 無
	洗面所の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 有 / 無
	その他の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無 ※ 有の場合、 変更内容
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 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )	
判断基準の内容	<p>「介護居室→他の介護居室へ住み替えの場合」</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>居室の利用権は当初の居室から新しい居室に変更になります。また、居室の変更による契約プランの変更はいたしません。</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。</p> <p>「一般居室→他の介護居室へ住み替えの場合」</p> <p>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。</p>	

	<p>この場合の住み替え後の居室の契約においてお支払い頂く前払金は（以下「住み替え後前払金」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前払金の初期償却後の償却残額とします。この住み替え後前払金は、現居室における前払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前払金から不足する場合でもその不足額をお支払い頂く必要はございません。</p> <p>また、充当する額が住み替え後前払金を超える場合は、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人分の住み替え後前払金に関しては、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前払金金額とし、2人入居追加料金の償却残額を住み替え後前払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前払金から不足する場合は、その不足額を追加でお支払い頂きます。また充当する額が住み替え後前払金を超える場合は、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い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い頂きます。</p>	
手続きの内容	<p>①、事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>②、入居者の意思を確認する</p> <p>③、入居者の身元引受人の意見を聴く</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>⑥、入居者の同意を得る。</p>	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
居室利用権の取扱い	利用していた居室から新しい居室に変更になります	
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	便所の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	洗面所の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	その他の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 自立している者 <input type="checkbox"/> 2 要支援の者 <input type="checkbox"/> 3 要介護の者	
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	
契約の解除の内容	〔事業者からの契約解除事由〕 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより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。	
設置者から解約を求める場合	解約条項	(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) 入居契約書第3条(目的施設の終身利用契約)第4項の規定に違反したとき (4) 入居契約書第20条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき (5) 入居者の行動が、他の入居者又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
	解約予告期間	6か月(月払いプランの場合は3ヶ月)
入居者からの解約予告期間	1か月	
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 体験入居(最長7泊8日) 1泊12,000円(別途消費税) ショート入居(最長30泊31日) 1泊15,000円(別途消費税)	
入居定員	介護居室40室・40名定員 一般居室19室・38名定員	
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。	

※ 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	常勤	非常勤	
管理者	1人	1人		0.5人
生活相談員	2人	2人		1.0人
直接処遇職員	22人	17人	5人	17.5人
うち介護職員	18人	14人	4人	14.4人
うち看護職員	4人	3人	1人	3.1人
機能訓練指導員	1人		1人	0.1人
計画作成担当者	1人	1人		0.5人
栄養士				
調理員				
事務員	5人	1人	4人	3.0人
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			
介護福祉士	14人	11人	3人
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	3人	2人	1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		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士	1人		1人
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		20時～ 7時	
		平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人	0人
介護職員	2人	2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)	2.2 : 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		<input checked="" type="checkbox"/> / 無							
	業務に係る資格等		有 / 無							
	※ 有の場合、資格等の名称									
	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			10	3						
前年度1年間の退職者数			4	1						
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		4	2						
	1年以上 3年未満	3	7	1						
	3年以上 5年未満					0.5			0.5	
	5年以上 10年未満		1	3	1	0.5		1		
	10年以上									
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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 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	入居者の同意を得たうえで改定
	手続き	消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定します。

(利用料金のプラン)

(1)特別プラン(前払金全部前払い方式)

(税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	
入居者の状況※1	要介護度					
	年齢	90歳以上	80歳～89歳	70歳～79歳	65歳～69歳	
居室の状況※2		タイプ	タイプA	タイプA	タイプA	
床面積		20.02㎡	20.02㎡	20.02㎡	20.02㎡	
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	
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	
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	
入居時点で必要な費用	前払金	11,520,000円	14,400,000円	15,840,000円	17,280,000円	
	敷金	0円	0円	0円	0円	
月額費用の合計		145,800円	145,800円	145,800円	145,800円	
家賃		0円	0円	0円	0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
	介護保険外	食費	64,800円	64,800円	64,800円	64,800円
		管理費※3	59,400円	59,400円	59,400円	59,400円
		介護費用	円	円	円	円
		光熱水費	21,600円	21,600円	21,600円	21,600円
その他		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	

## (2)基本プラン(前払金一部前払い方式)

(税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	
入居者の状況※1	要介護度					
	年齢	90歳以上	80歳～89歳	70歳～79歳	65歳～69歳	
居室の状況※2		タイプA	タイプA	タイプA	タイプA	
床面積		20.02㎡	20.02㎡	20.02㎡	20.02㎡	
便所		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
浴室		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
台所		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
入居時点で必要な費用	前払金	7,920,000円	9,900,000円	10,890,000円	11,880,000円	
	敷金	0円	0円	0円	0円	
月額費用の合計		220,800円	220,800円	220,800円	220,800円	
家賃		75,000円	75,000円	75,000円	75,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用					
	介護保険外	食費	64,800円	64,800円	64,800円	64,800円
		管理費※3	59,400円	59,400円	59,400円	59,400円
		介護費用	円	円	円	円
		光熱水費	21,600円	21,600円	21,600円	21,600円
その他						
都度払いとなるサービス		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	

## (3)一般居室プラン(前払金一部前払い方式)

(税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4
入居者の状況※1	要介護度				
	年齢	全年齢共通			
居室の状況※2		Iプラン	IIプラン	Iプラン(2人入居追加時)	IIプラン(2人入居追加時)
床面積		※別紙参照			
便所		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
浴室		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
台所		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
入居時点で必要な費用	前払金	※別紙参照			
	敷金	0円	0円	0円	0円
月額費用の合計		171,400円	126,400円	230,200円	191,200円
家賃		85,000円	40,000円	85,000円	40,000円

サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用					
	介護保険外	食費	※別紙、プラン別一覧表参照			
		管理費※3	54,000円	54,000円	108,000円	108,000円
		介護費用				
		光熱水費	32,400円	32,400円	43,200円	43,200円
	その他					
都度払いとなるサービス		<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	

## (4)月払いプラン

(税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4
入居者の状況※1	要介護度				
	年齢	全年齢共通			
居室の状況※2		タイプA			
床面積		20.02㎡			
便所		<input checked="" type="checkbox"/> / 無			
浴室		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無			
台所		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無			
入居時点で必要な費用	前払金				
	敷金				
月額費用の合計		385,800円			
家賃					
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用				
	介護保険外	食費	64,800円		
		管理費※3	59,400円		
		介護費用	円		
		光熱水費	21,600円		
	その他				
都度払いとなるサービス		<input checked="" type="checkbox"/> / 無			

## (利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	〔基本プラン〕 入居一時金充当 132,000円 月払 75,000円 〔特別プラン〕 入居一時金充当 192,000円 月払 0円 〔月払プラン〕 月払 240,000円 近傍同種家賃を参照し算出。なお、プランによって一部または全額を前払金充当
敷金	1,000,000円 (月払いプランのみ保証金)

介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない なし
管理費	共用施設等の維持管理費、事務管理部門の人件費。事務費
食費	(介護居室) 64,800 円 (税込) 外泊・入院等で欠食し、前々日までに届出があった場合には、厨房維持管理費を除き、朝食 205 円・昼食 308 円・夕食 308 円を返金致します。また、ソフト食、ムース食については別途食材費 (実費) が必要になります。 (一般居室) プラン別料金表に従い、月単位でご選択いただけます。プランの変更については、当月末までにお申し付け下さい。翌月分より適用します。
光熱水費	21,600 円 (税込み) 入居者が居住する居室内及び共用部分の光熱水費として。(居室内の電話代、NHK受信料・衛星放送受信料等は別途実施負担)
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室内の電話代、NHK受信料・衛星放送受信料等は別途実施負担</li> <li>・食費のうち、ソフト食、ムース食については別途食材費 (実費) が必要になります。</li> <li>・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。</li> </ul>

(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		
	30 日あたり	1 割負担額	2 割負担額
特定施設入居者生活介護等に対する自己負担	要介護 1	16,885 円	33,770 円
	要介護 2	18,941 円	37,881 円
	要介護 3	21,123 円	42,245 円
	要介護 4	23,146 円	46,292 円
	要介護 5	25,296 円	50,592 円
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)	あり		

(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		前払金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡(平成24年3月16日付)で示された算式に基づき算定します。別添	
想定居住期間(償却年月数)		当社既存施設を元に統計的に算定し、居住継続率が概ね50%になることから算出 90歳以上 48ヶ月 80歳~89歳 60ヶ月 70歳~79歳 84ヶ月 65歳未満 96ヶ月	
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)	年齢	基本プラン	特別プラン
	90歳以上	1,584,000円	2,304,000円
	80~89歳	1,980,000円	2,880,000円
	70~79歳	2,178,000円	3,168,000円
	65歳以上	2,376,000円	3,456,000円
	年齢	一般居室Ⅰプラン	一般居室Ⅱプラン
	全年齢共通	※別紙参照	
	年齢	一般居室Ⅰプラン (2人入居追加時)	一般居室Ⅱプラン (2人入居追加時)
	全年齢共通	※別紙参照	
	初期償却率		介護居室 20% 一般居室 15%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居した日の翌日から3月以内に解約の申出を行った場合は前払金全額を返還します。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 [一日あたりの利用料] (介護居室)前払金 ÷ 想定居住期間の月数 ÷ 30 (一般居室)前払金 ÷ 想定居住期間の月数 ÷ 30	
	入居後3月を越えた契約終了	(介護居室) 前払金 × 80% ÷ 償却期間の日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの日数 (一般居室) 前払金 × 85% ÷ 償却期間の日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの日数  前払金のうち契約終了時に返還される額は下記により計算します。初期償却額は入居後3ヶ月を経過した以降は返金されません。	
1 連帯保証を行う銀行等の名称			

前払金の保全先	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（不動産信用保証株式会社と前払金保証委託契約。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、保証金が入居者に支払われる。）	

※ 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	14人	女性	48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	16人	85歳以上	44人
要介護度別	自立	16人	要支援1	9人
	要支援2	6人	要介護1	14人
	要介護2	6人	要介護3	3人
	要介護4	6人	要介護5	2人
入居期間別	6か月未満	5人	6か月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	26人	5年以上10年未満	30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	87.5	歳
入居者数の合計	62	人
入居率※	79.5	%
<p>※ 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。</p>		

(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	6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	(解約事由の例)	環境の変化に順応できず、在宅介護へ切り替え	1人



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		グランフォレスト神戸六甲 支配人：三谷 利嘉子	神戸市生活情報センター	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		078-846-1366	078-371-1221	078-332-5617
対応している時間	平日	9:00-18:00	8:45-17:30	8:45~17:15
	土曜	9:00-18:00	休	休
	日曜・祝日	9:00-18:00	休	休
定休日		シフトによる	土日祝祭日及び年末年始	土日祝祭日及び年末年始
窓口の名称		神戸市保健福祉局 介護指導課	公益社団法人 全国有料老人ホーム協会	
電話番号		078-322-6326 (代表)	03-3548-1077	
対応している時間	平日	8:45-12:00,13:00-17:30	10:00-16:00	
	土曜	休	休	
	日曜・祝日	休	休	
定休日		土日祝祭日及び年末年始	土日祝祭日及び年末年始	

(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	三井住友海上火災保険会社
		加入する保険の名称	福祉事業者総合賠償責任保険
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	平成 30 年 6 月 1 日
		結果の開示	1 あり (運営懇談会にて) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<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	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運 営 懇 談 会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 設置済み <input type="checkbox"/> 2 未設置（代替措置あり） <input type="checkbox"/> 3 未設置（代替措置なし）	
	※ 1の場合、開催頻度	年 2回
	※ 2の場合、代替措置の内容	
提携ホームへの移行【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 移行あり（提携ホーム名：エスペランサ南小岩 他9施設） <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 届出あり <input type="checkbox"/> 2 届出なし <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 不適合事項あり（代替措置を実施済み）	
	<input type="checkbox"/> 2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み）	
	<input type="checkbox"/> 3 不適合事項あり（1又は2以外）	
	<input type="checkbox"/> 4 不適合事項なし	
	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が18㎡未満（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に） <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 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5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	有 / <input type="checkbox"/> 無		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 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		
＜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	有 / <input type="checkbox"/> 無		
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
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 / 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		
＜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 / <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	有 / <input type="checkbox"/> 無		
<介護福祉施設>			
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	
介護サービス						
食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無		無		
排泄介助・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無		無		
おむつ代		無		有		
入浴（一般浴）介助・清拭	週3回	無		有	4回目以降は1回 2,160円	
特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無		無		
身辺介助（移動・着替え等）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無		無		
機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無		無	サービス計画に基づき、実施	
通院介助	必要に応じ週1回	無		有	2回目以降、30分につき 540円	
生活サービス						
居室清掃	週1回（ゴミ回収及び簡易な清掃は毎日）	無		有	2回目以降は、1回540円	週1回（ゴミ回収及び簡易な清掃は毎日）
リネン交換	週1回	無		有	左記以外は1回540円	週1回
日常の洗濯	週3回	無				週3回
居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無			1回108円	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無

入居者の嗜好に応じた特別な食事		無		有	実費負担	
おやつ		有			食事料金に含みます	
理美容師による理美容サービス		無		有	実費負担	
買い物代行	週1回	無				週1回
役所手続き代行	月1回指定日	有				月1回指定日
金銭・貯金管理		無				
健康管理サービス						
定期健康診断		無			1年に2回	
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	無				
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	無				
服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	無				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	無				
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	無			提携医療機関以外30分につき540円	
入退院時の同行	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	無				
入院中の洗濯物交換・買い物	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	無				
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	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、月額の利用者負担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。