

重要事項説明書

記入年月日	令和2年 3月 1日
記入者名	長東 浩孝
所属・職名	総務部 部長

1. 事業者の概要

種類	個人 / <input 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 スマリンフィルケア株式会社		
主たる事務所の所在地	〒101-0047	東京都新宿区西新宿二丁目3番1号	
連絡先	電話番号	03-5909-8750	
	FAX番号	03-3340-8120	
	ホームページアドレス	https://www.fillcare.co.jp	
代表者	氏名	間庭 和夫	
	職名	代表取締役	
設立年月日	昭和 / <input type="checkbox"/> 平成 16年 5月 6日		
主な実施事業	有料老人ホームの企画、設計、施工、経営、運営 デイサービス事業所の運営 ※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) ぐらんふおれすところべみかげ グランフォレスト神戸御影		
所在地	〒658-0064	兵庫県神戸市東灘区鴨子ヶ原3-2-43	
主な利用交通手段	最寄駅	阪急神戸線「御影」駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	阪急神戸線「御影」駅から徒歩20分 阪急神戸線「御影」駅からバス9分 「鴨子ヶ原2丁目」下車 徒歩2分(160m)	
連絡先	電話番号	078-806-8871	
	FAX番号	078-806-8872	
	ホームページアドレス	https://www.fillcare.co.jp/facilities/kobemikage/	
	メールアドレス		
管理者	氏名	山澤 洋子	
	職名	支配人	
建物の竣工日	平成29年12月20日		
有料老人ホーム事業の開始日	平成30年 2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】

<input checked="" type="checkbox"/> 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	2870103237
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	平成 30年 2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	4,115.57 m ² (<input checked="" type="checkbox"/> 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 (年 月 日 ~ 年 月 日) / 無		
契約の自動更新	有 / 無		
建 物	規模	地上3階建 1棟	
		延床面積	全体 2,370.65 m ²
			うち、有料老人ホーム部分 2,370.65 m ²
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		2 鉄骨造	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造	
		4 その他 ()	
	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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> (平成30年1月1日~令和29年12月31日) / 無	
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> / 無		

居室の状況	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 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	人部屋		最大	人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	
	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	18.84 m ²	57 室	
	タイプ2	<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 ²		
	タイプ3	<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 ²		
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 ²			
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 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	3 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		3 か所		
	共用浴室	2 か所	個室		1 か所		
			大浴場		1 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					<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 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 ラウンジ・リハビリコーナー・地域交流スペース・相談室・外来者宿泊室 2階 食堂・健康管理室 3階 食堂						

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	本当の家族のようにご入居者に寄り添ったサービスを提供できるようにいたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	
介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅱ)		有 / 無	
介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)		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			2.5 : 1	

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<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）	
協力医療機関	1	名称	医療法人 光輪会 光輪クリニック
		住所	兵庫県西宮市甲子園口 3-21-15 御代開 19
		診療科目	内科
		協力内容	<ul style="list-style-type: none"> 施設への定期的な訪問による診療、居宅療養管理指導を行なう 対応体制を24時間整え、対象施設からの緊急な相談に対応し、必要に応じ、経過観察の指示、救急搬送の指示、看護師訪問、臨時往診を行う 信頼する病院・診療所を紹介し、入居者が適切な治療や入院加療が受けられるように協力する
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
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"> 歯科診療の提供と口腔衛生指導 緊急時の協力 	

(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

<p>入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可</p>	<p>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 ()</p>	
<p>判断基準の内容</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。 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。 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。 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>手続きの内容</p>	<p>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。</p>	
<p>追加的費用の有無</p>	<p>有 / <input type="checkbox"/> 無</p>	
<p>居室利用権の取扱い</p>	<p>変更ございません</p>	
<p>前払金償却の調整の有無</p>	<p>有 / <input type="checkbox"/> 無</p>	
<p>従前の居室との仕様の変更</p>	<p>面積の増減</p>	<p>有 / <input type="checkbox"/> 無</p>
	<p>便所の変更</p>	<p>有 / <input type="checkbox"/> 無</p>
	<p>浴室の変更</p>	<p>有 / <input type="checkbox"/> 無</p>
	<p>洗面所の変更</p>	<p>有 / <input type="checkbox"/> 無</p>
	<p>台所の変更</p>	<p>有 / <input type="checkbox"/> 無</p>
	<p>その他の変更</p>	<p>有 / <input type="checkbox"/> 無 ※ 有の場合、 変更内容</p>

(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="checkbox"/> 1 自立している者 <input checked="" type="checkbox"/> 2 要支援の者 <input checked="" 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	180日(月払いプランの場合は90日)
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 体験入居(最長7泊8日)1泊13,200円(うち消費税1,200円) ショート入居(最長30泊31日)1泊16,500円(うち消費税1,500円)	
入居定員	57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	常勤	非常勤	
管理者	1人	1人		1.0人
生活相談員	1人	1人		1.0人
直接処遇職員	24人	13人	11人	13.0人
うち介護職員	21人	10人	11人	10.0人
うち看護職員	3人	3人		3.0人
機能訓練指導員	3人		3人	
計画作成担当者	1人	1人		1.0人
栄養士				
調理員				
事務員	2人		2人	
その他職員	1人		1人	
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	12人	7人	5人
実務者研修の修了者	1人	1人	
初任者研修の修了者	7人	2人	5人
介護支援専門員	3人	3人	

(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	3人	3人	
理学療法士	3人		3人
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		20時～ 7時
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2人	1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※	1	1.5 : 1 以上
	【表示事項】	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)	1.8 : 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 / <input type="checkbox"/> 無	
	業務に係る資格等									<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	※ 有の場合、資格等の名称						介護福祉士、介護支援専門員				
	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人		8人					1人	1人		
前年度1年間の退職者数			1人	1人				1人		1人	
人数 業務に従事した経験年数に応じた職員の	1年未満	2人		8人	1人	2人			1人	1人	
	1年以上 3年未満	1人									
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満			1人							
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況									<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		

基本プラン (入居一時金一部前払い方式)		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歳以上	
居室の状況※2		Aタイプ	Aタイプ	Aタイプ	Aタイプ	
床面積		18.84㎡	18.84㎡	18.84㎡	18.84㎡	
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		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
台所		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入居時点で必 要な費用	前払金	10,800,000円	13,500,000円	18,900,000円	21,600,000円	
	敷金	0円	0円	0円	0円	
月額費用の合計		235,500円	235,500円	235,500円	235,500円	
家賃		65,000円	65,000円	65,000円	65,000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
	介 護 保 険 外	食費	82,500円	82,500円	82,500円	82,500円
		管理費※3	88,000円	88,000円	88,000円	88,000円
		介護費用	0円	0円	0円	0円
		光熱水費	0円	0円	0円	0円
		その他	0円	0円	0円	0円
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	

月払いプラン (入居一時金の支払いが無い方式)		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		Aタイプ			
床面積		18.84㎡			
便所		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input 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	0円			
	敷金(預り保証金)	1,000,000円			
月額費用の合計		460,500円			
家賃		290,000円			
サ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者生活介護等 の費用		円		
	保 険 費	介護	82,500円		
		管理費※3	88,000円		

	介護費用	0円		
	光熱水費	0円		
	その他	0円		
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〕 入居前払金充当 225,000円 月払 65,000円 〔特別プラン〕 入居前払金充当 290,000円 月払 0円 〔月払プラン〕 月払 290,000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	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費	88,000円(税込)：うち消費税8,000円 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	82,500円(税込 30日間の金額)：うち消費税：7,500円 うち 42,870円を厨房維持費として頂戴いたします。厨房維持費は喫食に係わらず厨房の維持・運営の費用として充当します。 欠食は前々日までにお申し出ください。朝食264円、昼食594円、夕食463円を返金いたします。(おやつ代は昼食代に含みます)
光熱水費	0円：(管理費に含む) 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。
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"> ・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 ・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。 ・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。 ・生活サポート費(自立対象) 要支援・要介護者以外の入居者に対する日常生活支援・サービス提供(週1回の居室清掃・リネン交換、週2回の洗濯、ケアコール含む)のための人件費として月額77,000円(うち消費税7,000円)を負担いただきます。

(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	30日あたり	1割負担額	2割負担額
	要介護1	16,949円	33,897円
	要介護2	19,036円	38,071円
	要介護3	21,217円	42,434円
	要介護4	23,241円	46,482円
	要介護5	25,423円	50,845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%になるところから算出 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	2,160,000円	2,784,000円
	80～89歳	2,700,000円	3,480,000円
	70～79歳	3,780,000円	4,872,000円
	65歳以上	4,320,000円	5,568,000円
初期償却率	20%		
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〕 (前払金 ÷ 償却期間 (月数)) ÷ 30	
	入居後3月を越えた契約終了	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。 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 初期償却額は入居後3月を経過した以降は返金されません。	

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	不動産信用保証株式会社
	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	31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	7人	85歳以上	33人
要介護度別	自立	0人	要支援1	1人
	要支援2	5人	要介護1	9人
	要介護2	10人	要介護3	7人
	要介護4	8人	要介護5	2人
入居期間別	6か月未満	9人	6か月以上1年未満	13人
	1年以上5年未満	20人	5年以上10年未満	0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	87.6歳
入居者数の合計	42人
入居率※	73.7%
※ 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	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	(解約事由の例)		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 神戸御影 支配人 山澤 洋子	スマリンフィルケア 株式会社 管理本部	神戸市保健福祉局 高齢福祉部 介護指導課
電話番号		078-806-8871	03-5909-8750	078-322-6326
対応している時間	平日	9:00~18:00	9:15~17:30	8:45~12:00 13:00~17:30
	土曜	9:00~18:00	休	休
	日曜・祝日	9:00~18:00	日曜、祝日は休	休
定休日		シフトによる	土、日曜日及び 年末年始	土日祝祭日及び 年末年始

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	公益社団法人 全国 有料老人ホーム協会	神戸市消費生活 センター
電話番号		078-332-5617	03-3548-1077	078-371-1221
対応している時間	平日	8:45~17:15	10:00~16:00	8:45~17:30
	土曜	休	休	休
	日曜・祝日	休	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	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	<input type="checkbox"/> 1 加入済み <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり) <input type="checkbox"/> 2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 取組あり <input type="checkbox"/> 2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	平成 30年 8月 (予定)
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり () <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 実施済み <input type="checkbox"/> 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 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 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

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 type="checkbox"/> 1 移行あり (提携ホーム名 :) <input checked="" 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 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 checked="" 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 令和 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	グランフォレスト 神戸六甲	兵庫県神戸市灘区中郷町 3-3-7
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	グランフォレスト 神戸六甲	兵庫県神戸市灘区中郷町 3-3-7
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 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無				
ご来訪者食事	有 / <input type="checkbox"/> 無	有		○	朝食 713円 昼食 1,018円 夕食 866円	ご家族・ご友人の方がご来訪の際に、ご入居者様と一緒にお食事をされる際の金額 特別食は別料金となります。
排泄介助・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	無				
おむつ代		有		○	実費（廃棄料込）	種類により価格が異なるため詳細は料金表をご覧ください。
おむつ廃棄料		有		○	110円/枚	持込のおむつについては廃棄料をご負担ください。
入浴（一般浴）介助・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有		○	2,750円/回	週3回目からは左記金額をご負担ください。
特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有		○	2,750円/回	週3回目からは左記金額をご負担ください。
身辺介助（移動・着替え等）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	無				
機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	無				ケアプランに基づきます
通院介助（提携医療機関）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 （月1回まで）	有		○	1,100円/回 交通費は別途実費	月2回目からは左記金額をご負担ください。 提携医療機関／甲南病院・六甲アイランド病院その他ホームのDrが指示した場合
通院介助（提携医療機関以外）	有 / <input type="checkbox"/> 無	有		○		初回分から左記金額をご負担ください。
ホームの車両による移送	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 （月1回まで）	有		○	1,100円/回～	詳細は料金表をご覧ください。 提携医療機関への月に1回の移送は無料

						となります。
職員の付添いによりによる外出	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有		○	1,100円 / 回	
生活サービス						
居室清掃	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有		○	550円 / 回	週2回目からは左記金額をご負担ください。
リネン交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有		○	550円 / 回	週2回目からは左記金額をご負担ください。
寝具レンタル	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有		○	3,850円 / 月	寝具セットの内容 シーツ2枚 枕カバー2枚 包布2枚 季節の布団1組 ベッドパッド1枚
日常の洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有		○	手洗い 1,018円 / 回 ドライ クリー ニング 実費	週2回、洗濯機で洗濯出来るもの限り介護保険のサービス内で対応。手洗い、ドライクリーニングについては左記の価格をご負担ください。
居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有		○	220円 / 回	感染症などによりホーム側の指示による場合は介護保険内サービスで対応とし、それ以外の場合は左記金額をご負担ください。
入居者の嗜好に応じた特別な食事		有		○	実費	
おやつ		有	○		食費に含みませ	
理美容師による理美容サービス		有		○	実費	
買い物代行 (指定店舗)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有		○	550円 / 回	商品代、消費税は実費負担 週2回目からは左記金額をご負担ください。
買い物代行 (指定店舗以外)	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有		○	1,100円 / 回	ホームが指定する店舗以外での買い物代行 商品代、消費税は実費負担
役所手続き代行	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有		○	550円 / 回	
外来者宿泊室 (ファミリールーム) 利用	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有		○	6,600円 / 人・泊	利用に関しては管理規定別表2参照
金銭・貯金管理		無				

健康管理サービス						
定期健康診断	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無				1年に2回
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無				
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無				
服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無				
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無				
睡眠専門医による 健康アドバイス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有		○	1,527円 /月	睡眠データの記録等 は無料（介護保険の サービス内に含む） 睡眠等の記録を提携 クリニックに提出 し、睡眠専門医によ る健康アドバイスを ご希望される場合は 左記1,527円/月をご 負担ください。
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 (月1回まで)	有		○	1,100 円 / 回 ～	詳細は料金表をご 覧ください。 提携医療機関への月 に1回の移送は無料 となります。
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無				提携医療機関に限り ます
入院中の洗濯物交 換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	無				
入院中の見舞い訪 問	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 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、月額サービスの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。

追加添付資料①

ホームの車両による同行料金、入退院時・入院中の同行

ホームを拠点として半径5km 1,018円

ホームを拠点として半径5km～10km 2,037円

以降、1km毎100円加算 ※但し提携医療機関は月1回無料