

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 3年 7月 1日
記入者名	越智 皇輔
所属・職名	イリーゼ神戸六甲・ホーム長

## 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(株式会社)
名称	(ふりがな) ひとわけあさーびすかぶしきがいしゃ HITOWAケアサービス株式会社		
主たる事務所の所在地	〒106-0032	東京都港区六本木一丁目4番5号	
連絡先	電話番号	03-6632-7702	
	FAX番号	03-5562-7551	
	ホームページアドレス	http://www.irs.jp	
代表者	氏名	袴田 義輝	
	職名	代表取締役	
設立年月日	平成18年11月1日		
主な実施事業	※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) いりーぜこうべろっこう イリーゼ神戸六甲		
所在地	〒657-0067	兵庫県神戸市灘区篠原本町4丁目6番3号	
主な利用交通手段	最寄駅	阪急神戸線『六甲駅』	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	阪急神戸線『六甲駅』より徒歩10分(800m)	
連絡先	電話番号	078-881-1211	
	FAX番号	078-881-1222	
	ホームページアドレス	http://www.irs.jp	
	メールアドレス	koberokko@irs.jp	
管理者	氏名	越智 皇輔	
	職名	ホーム長	
建物の竣工日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成		29年 2月 1日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成		29年 3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	2870202922
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	令和 元年 8月 1日
	指定の更新日 (直近)	令和 年 月 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	1,142.68 m <sup>2</sup> (公簿・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> (平成29年2月1日～平成59年1月31日) / 無		
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> / 無				
建 物	規模	地上3階 地下1階建			
		延床面積	全体	2,330.18 m <sup>2</sup>	
			うち、有料老人ホーム部分	2,308.18 m <sup>2</sup>	
	構造	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 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29年2月1日～平成59年1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 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.43 m <sup>2</sup>	11	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.10 m <sup>2</sup>	42	介護居室個室
	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 <sup>2</sup>		
	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	5 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	5 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	1 か所			
			リフト浴	0 か所			
			ストレッチャー浴	0 か所			
		その他 ( )	0 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 type="checkbox"/> 有 / <input checked="" 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	食堂 (機能訓練室兼用) リビング ロビー トイレ 健康管理室 一般浴室 機械浴室 駐車場 相談室						

4 サービスの内容  
(全体の方針)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご本人のケア・ご家族のケア・街のケアを柱に、社会生活の向上を支援し、ホスピタリティにあふれる企業を目指すこと。</li> <li>・地域社会とのコミュニケーションを通じホスピタリティを創造し、福祉社会の実現に貢献すること。</li> <li>・お客様第一主義を念頭にお客様の要求を満たすこと</li> </ul>
サービスの提供内容に関する特色	<p>お一人お一人の個性や生活スタイルを重視し、サービスを受ける側の立場で考え、されたい介護で対応させて頂いております。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
食事の提供	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり （委託：HITOWAフードサービス株式会社）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
洗濯、掃除等の家事の供与	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
健康管理の供与	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
安否確認又は状況把握サービス	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
生活相談サービス	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>

(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 / <input type="checkbox"/> 無
	医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	看取り介護加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 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	有 / <input type="checkbox"/> 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			有 / <input type="checkbox"/> 無
※有の場合、介護・看護職員の配置率			: 1

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 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	医療法人社団顕鐘会 神戸百年記念病院
		住所	神戸市兵庫区御崎町 1-9-1 (ホームから 10.5 km)
		診療科目	内科、外科、整形外科、眼科、泌尿器科等
		協力内容	入院、外来診療、時間外の受診・治療、病状急変時の受け入れに関する事。また、これらに付随する医療行為に関する事
	2	名称	医療法人社団和啓会 メディクス芦屋クリニック
		住所	兵庫県芦屋市海洋町 12-1 (ホームから 10.9 km)
		診療科目	訪問内科
		協力内容	訪問診療、オンコール対応、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談(医療費その他の費用は入居者の自己負担)

	3	名称	医療法人愛和会 金沢病院
		住所	神戸市灘区神ノ木通 4-2-15 (ホームから 1.0 km)
		診療科目	内科、胃腸科、循環器科、放射線科、心療内科、 外科、整形外科、リハビリテーション科、脳神経 外科、眼科
		協力内容	入院・外来診療に関すること。時間外の受診・治 療に関すること。病状急変時の受け入れに関する こと。これらに付随する医療行為に関すること。
	4	名称	神戸百年記念病院附属 なだ訪問診療クリニック
		住所	神戸市灘区友田町 3-3-11 レジデンス屋島 1階 (ホームから 2.6 km)
		診療科目	訪問内科
協力歯科医療機関	名称	吉川歯科医院	
	住所	兵庫県神戸市東灘区北青木 4-17-3 摂津コーラルハイツ 206 号室 (ホームから 6.5 km)	
	協力内容	訪問診療(月 2 回)、定期健診、健康管理に関する 相談 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ( )	
判断基準の内容	適切なサービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で居室を変更していただくことがあります。入居者本人及び身元引受人の同意のもとでの住み替えになります。	
手続きの内容	入居者本人及び身元引受人の同意のもとでの住み替えになります。	
追加的費用の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
居室利用権の取扱い	利用権は旧居室から新居室へ移る	
前払金償却の調整の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 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	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	洗面所の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無

	台所の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	その他の変更	有 / <input 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 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 60 歳以上で自立・要支援・要介護の方		
契約の解除の内容	<p>① 入居者が逝去した場合</p> <p>② 入居者から契約解除が行われた場合</p> <p>③ 事業者から契約解除が行われた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入居申込に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時</li> <li>月払いの利用料その他支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時</li> <li>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事が出来ない時</li> </ul>		
設置者から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> <li>入居申込に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時</li> <li>月払いの利用料その他支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時</li> <li>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事が出来ない時</li> </ul>	
	解約予告期間	・解除通知に 90 日の予告期間をおく	
入居者からの解約予告期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>入居日からの経過日数が三月以内の場合は、事業者に対し書面で通知することにより、直ちに本契約を解約</li> <li>入居日から三月を経過した後は 30 日</li> </ul>		
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> (内容:7泊8日以内 1泊2日 11,000円〈税込〉) / 無		
入居定員	53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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	22 (うち1名兼務)	9	13	19.8
うち介護職員	16	7	9	14.2
うち看護職員	6	2	4	5.6 1名機能訓練指導員を兼務
機能訓練指導員	1		1	0.2 看護職員を兼務
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				(委託)
調理員				(委託)
事務員				
その他職員	1	1		1.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				39時間 35分
※ 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	5	3	2
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	7	3	4
介護支援専門員	0	0	0

(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	1		1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			

柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間		16時30分～9時30分	
	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	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※ 【表示事項】	1	1.5 : 1以上
		2	2 : 1以上
		3	2.5 : 1以上
		<input checked="" type="checkbox"/> 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)	3 : 1以上	

※ 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"/> 有 / 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	3	5	8	0	0	0	1	0	0
前年度1年間の退職者数	2	3	6	9	0	0	0	1	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	1	2	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	3	5	1	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	0

	10年 以上	2	5	2	1	0	0	0	1	1	0
従業者の健康診断の実施状況										有 / 無	

## 6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式                      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】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式	
	※4の場合 複数選択可	1 全額前払い方式 <input checked="" 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	有 / 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / 無	
入院等による不在等における利用料金(月払い)の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし    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	入居契約書 第26条
	手続き	運営懇談会の意見を聴き、同意を得て行う。

(利用料金のプラン)

(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	自立～要介護5	自立～要介護5	自立～要介護5	自立～要介護5	
	年齢	一時金あり 74歳以下	一時金あり 75歳～92歳以下	一時金あり 93歳以上	一時金なし	
居室の状況※2		タイプ	タイプ	タイプ	タイプ	
床面積		20.1～20.43㎡	20.1～20.43㎡	20.1～20.43㎡	20.1～20.43㎡	
便所		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
浴室		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で必要な費用	前払金	13,640,000円	7,940,000円	4,140,000円	0円	
	敷金	0円	0円	0円	0円	
月額費用の合計		219,000円	219,000円	219,000円	299,500円	
家賃		110,000円	110,000円	110,000円	190,500円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用	0円～	0円～	0円～	0円～	
	介護保険	食費※4	25,423円	25,423円	25,423円	25,423円
		管理費※3	54,000円	54,000円	54,000円	54,000円
		介護費用	55,000円	55,000円	55,000円	55,000円
		0円	0円	0円	0円	

	光熱水費	管理費に含むため不要	管理費に含むため不要	管理費に含むため不要	管理費に含むため不要
	その他	0円	0円	0円	0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
<p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※3 「用途」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。</p> <p>※4 軽減税率（8%）適用の場合</p>					

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	地代家賃、建築費、修繕費、借入利息等を基礎とし、近隣家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出。
敷金	
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	事務部門の人件費、事務費、共有施設等の維持管理費。
食費	<p>人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。1ヶ月を30日として月額54,000円（税込）を徴収。1日1,800円（税込）として算出。</p> <p>軽減税率（8%）の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。それ以外の飲食料品の提供及び1食あたり640円を超える特別な食事については軽減税率の対象となりません。</p> <p>軽減税率の対象となる入居者は、60歳以上または介護認定を受けている者となります。</p> <p>※毎食時経管栄養の方、または長期入院・外泊の方の場合、入居契約書記載の月額利用料の一部として、翌月分の食費をご請求いたしますが、次月ご請求（お引落）の際に前月分欠食返金として、ご返金いたします。</p>
光熱水費	管理費に含むため不要。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	<p>別添2参照</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力医療機関以外の病院付添い（550円（税込）／10分）</li> <li>・指定回数・範囲を超える買物代行（550円（税込）／10分）</li> <li>・その他：個別対応サービス（550円（税込）／10分）</li> <li>・介護用品・消耗品実費等は実費</li> <li>・排泄用品廃棄料（使用量に関わらず一律1,100円（税込）／月）</li> </ul>
その他のサービス利用料	<p>自立の場合、別途生活サポート費「生活サポート費」42,900円/月（税込）がかかります。</p> <p>内訳：昼夜問わず必要に応じ巡回等による安否確認、緊急時対応、健康相談 ケアコール対応（回数上限なし）</p>

(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	市区町村による要介護認定により介護保険負担割合証に準じた額
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）	非該当

(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	入居前払い金＝家賃相当額の一部(月額 80,500円)×想定居住期間(月数)(36ヶ月～144ヶ月) ＋想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額(前払金の15%～30%)
想定居住期間(償却年月数)	36ヶ月～144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)	[74歳以下] 2,048,000円 [75歳～92歳] 2,144,000円 [93歳以上] 1,242,000円
初期償却率	[74歳以下] 15% [75歳～92歳] 27% [93歳以上] 30%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 返還額＝一部前払金－(1日当たりの本物件の居室等利用料の額×入居日から起算して入居契約が終了した日までの日数) ※1,000円未満の端数が生じた場合はこれを切上げます。 ※1日当たりの本物件の居室等利用料の額は、1ヶ月を30日として算出します。 《算式》：1日当たりの本物件の居室等利用料の額＝1か月あたりの居室等利用料の額÷30日
	入居後3月を越えた契約終了 想定居住期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日の翌日から想定居住期間満了日までの額を返還します。 【返還金＝居室等利用料(月額190,500円)の一部(月額80,500円)×(契約終了日の翌日から想定居住期間満了日までの期間)】 ※入居契約終了日または入居者の想定居住期間満了日が属する月が1ヶ月に満たない場合は、1ヶ月を30日として日割計算した額とし、1,000

		円未満の端数が生じた場合にはこれを切上げます。
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	
	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 ）	

※ 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	16人	女性	37人
年齢別	65歳未満	2人	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	11人	85歳以上	37人
要介護度別	自立	1人	要支援1	1人
	要支援2	4人	要介護1	11人
	要介護2	12人	要介護3	6人
	要介護4	12人	要介護5	6人
入居期間別	6か月未満	14人	6か月以上1年未満	16人
	1年以上5年未満	23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	87.0歳
入居者数の合計	53人
入居率※	100.0%
※ 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	2人	死亡者	12人
	その他	0人		
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	0人	
	入居者側の申し出	(解約事由の例)	4人 ・介護老人保健施設で専門的にリハビリを受けたい為。	

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		イリーゼ神戸六甲
電話番号		078-881-1211
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		-
窓口の名称		HITOWA ケアサービス株式会社 お客様相談センター
電話番号		0120-765-600
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		12月31日~翌年1月3日
窓口の名称		神戸市福祉局監査指導部 施設指導担当
電話番号		078-322-6242
対応している 時間	平日	8:45~17:30
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口の名称		公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3272-3781
対応している 時間	平日	10:00~17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土曜・日曜・祝日・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	東京海上日動火災保険株式会社
	合	加入する保険の名称	介護賠償保険、看護賠償保険
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"/> 取組あり <input type="checkbox"/> 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	アンケート年1回
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり (運営懇談会にて開示) <input type="checkbox"/> なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 実施済み <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
管理規定	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運 営 懇 談 会	<input type="checkbox"/> 設置済み <input type="checkbox"/> 未設置 (代替措置あり) <input type="checkbox"/> 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"/> 移行あり (提携ホーム名：弊社運営の他有料老人ホーム) <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 届出あり <input type="checkbox"/> 届出なし <input type="checkbox"/> 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"/> 不適合事項あり (代替措置を実施済み) <input type="checkbox"/> 不適合事項あり (将来の改善計画策定済み) <input type="checkbox"/> 不適合事項あり (1又は2以外) <input type="checkbox"/> 不適合事項なし <input type="checkbox"/> 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） <input checked="" type="checkbox"/> 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「登録事項等についての説明」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、「登録事項等についての説明」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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
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	イリーゼ神戸六甲 イリーゼ神戸青木	神戸市灘区篠原本町4丁目6番3号 神戸市東灘区青木2丁目4番26号
福祉用具貸与	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定福祉用具販売	有 / <input type="checkbox"/> 無		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
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	イリーゼ神戸六甲 イリーゼ神戸青木	神戸市灘区篠原本町4丁目6番3号 神戸市東灘区青木2丁目4番26号
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 / 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 (イリーゼ神戸六甲)

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			料金※3	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		
介護サービス						
食事介助	有 / 無	有 / 無		○	10分 550円 (税込)	自立の場合※4
排泄介助・おむつ交換	有 / 無	有 / 無		○	10分 550円 (税込)	自立の場合※4
おむつ代		有 / 無		○	実費	実費負担
入浴 (一般浴) 介助・清拭	有 / 無	有 / 無		○	10分 550円 (税込) 1回 550円 (税込)	要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては※4 自立の場合は※5(但し介助を必要とする場合は※4)
特浴介助	有 / 無	有 / 無		○	10分 550円 (税込) 1回 550円 (税込)	要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては※4 自立の場合は※5(但し介助を必要とする場合は※4)
身辺介助 (移動・着替え等)	有 / 無	有 / 無		○	10分 550円 (税込)	自立の場合※4
機能訓練	有 / 無	有 / 無				
通院介助	有 / 無	有 / 無		○	10分 550円 (税込)	協力医療機関の付添は無料
生活サービス						
居室清掃	有 / 無	有 / 無		○	10分 550円 (税込)	要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては※4 自立の場合は※4
リネン交換	有 / 無	有 / 無		○	1回 550円 (税込)	週1回を超えるものについては※5
日常の洗濯	有 / 無	有 / 無		○	1回 550円 (税込)	外部クリーニング業者利用時は実費 要支援又は要介護者で週2回を超えるものについては※5 自立の場合は※5
居室配膳・下膳	有 / 無	有 / 無		○	1回 550円 (税込)	体調不良時は無料。 その他お客様の希望の場合
入居者の嗜好に応じた特別な食事		有 / 無		○		応相談
おやつ		有 / 無	○			食費に含まれ提供されるおやつ以外は実費
理美容師による理美容サービス		有 / 無		○	実費	指定日での対応、実費負担
買い物代行	有 / 無	有 / 無	○		10分 550円 (税込)	指定日、指定業者の代行は実費負担のみ。 指定日以外は別途個別対応サービス10分550円 (税込) と実費
役所手続き代行	有 / 無	有 / 無		○	10分 550円 (税込)	お客様の希望時
金銭・貯金管理		有 / 無				金銭のお預かりはしない

健康管理サービス						
定期健康診断		<input checked="" type="checkbox"/> / 無		○	実費	年2回実施の機会を提供 (費用は実費負担)
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			
服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無				
入退院時の同行	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無		○	10分 550円 (税込)	お客様の希望時 協力医療 機関は無料
入院中の洗濯物交 換・買い物	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無		○	10分 550円 (税込)	お客様の希望時
入院中の見舞い訪 問	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無		○	10分 550円 (税込)	お客様の希望時
その他のサービス						
個別対応サービス	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無			10分 550円 (税込)	お客様の希望時

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（介護保険負担割合証に準ずる）。

※2：「有」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、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。

※4：お客様希望により10分550円（税込）

※5：お客様希望により1回550円（税込）