

別紙様式

重 要 事 項 説 明 書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	金子昌弘
所属・職名	総務部

1. 事業者の概要

種類	個人 / 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がいいしゃ 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	福永 匡	
	職名	代表取締役	
設立年月日	昭和 / 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	三谷 利嘉子	
	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】

※ 1 又は 2 に該当す る場合	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	2 8 7 0 1 0 3 2 3 7
	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）	令和 6 年 2 月 1 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	4,115.57 m ² (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
	構造	うち、有料老人ホーム部分 2,370.65 m ²	
		1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()	
		1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()	
		1 事業者が自ら所有する建物 2 事業者が賃借する建物	
	所有関係	※ 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 30 年 1 月 1 日 ~ 令和 29 年 12 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	18.84 m ²	57 室	介護居室個室
	タイプ 2	有 / 無	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ 3	有 / 無	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ 4	有 / 無	有 / 無	有 / 無	m ²		
タイプ 5	有 / 無	有 / 無	有 / 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 3 あり (上記 1・2 に該当しない) 基 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		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	夜間看護体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	協力医療機関連携加算		<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
	入居継続支援加算		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	生活機能向上連携加算		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	若年性認知症入居者受入加算		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	生産性向上推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	高齢者施設等感染対策向上加算		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	口腔・栄養スクリーニング加算		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	A D L維持等加算		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	退去時情報提供加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	新興感染症等施設療養費		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
		(Ⅱ)	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
		(Ⅱ)	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
		(Ⅲ)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	介護職員等处遇改善加算		(Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 <input checked="" 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	・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

	2		<ul style="list-style-type: none">・ 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。
		名称	医療法人社団和啓会　メディクス東灘クリニック
		住所	神戸市東灘区田中町 3-13-17 パレルミエール岡本 102
		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。
協力医療機関		名称	医療法人社団　坂田医院皮膚科
		住所	神戸市東灘区御影本町 6-2-19
		診療科目	皮膚科
		協力内容	<ul style="list-style-type: none">・ 定期的に訪問し診療を行う。病院・診療所を紹介し、適切な治療や入院加療が受けられるように協力をする。
		名称	医療法人社団　山中眼科クリニック
		住所	神戸市東灘区御影本町 4-10-1
		診療科目	眼科
		協力内容	<ul style="list-style-type: none">・ 定期的に訪問し診療を行う。病院・診療所を紹介し、適切な治療や入院加療が受けられるように協力をする。
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

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 checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()
判断基準の内容		<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>
手続きの内容		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。
追加的費用の有無		有 / <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 無

	有 / <input type="checkbox"/> 無
その他の変更	※ 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	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 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 ※	

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	0	0.5
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員				
うち介護職員	21	15	6	17.9
うち看護職員	3	2	1	2.6
機能訓練指導員	3	1	2	1.8
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士				
調理員				
事務員	2	1	1	1.4
その他職員	1	0	1	0.2
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	12	2
実務者研修の修了者	2	0	2
初任者研修の修了者	5	2	3
介護支援専門員	1	1	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			
理学療法士	3	1	2
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		17時～9時30分
	平均人数	最小时人数(休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	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)	
	※ 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、施設長研修修了者					
		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		1	1	3	1								
前年度1年間の退職者数				3	1								
人数 業務に従事した経験年数に応じた職員の	1年未満	1		1									
	1年以上 3年未満	1	1	8	2								
	3年以上 5年未満			2									
	5年以上 10年未満			5	3	1		1	2	1			
	10年以上												
従業者の健康診断の実施状況										<input checked="" type="checkbox"/> 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 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 <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 checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
要介護状態に応じた金額設定	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	1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額（食材費のみ） <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	消費者物価指数及び人件費等を勘案し、意見を聞いた上で変更
	手続き	運営懇談会

(利用料金のプラン)

(税込)

一般プラン（前払金 全部前払い方式）			プラン 1	プラン 2	プラン 3	プラン 4	プラン 5	プラン 6
入居者の状況 ※ 1	要介護度							
	年齢		95 歳以上	90～94 歳	85～89 歳	80～84 歳	75～79 歳	65～74 歳
居室の状況※ 2			A タイプ	A タイプ	A タイプ	A タイプ	A タイプ	A タイプ
床面積			18.84 m ²	18.84 m ²	18.84 m ²	18.84 m ²	18.84 m ²	18.84 m ²
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
浴室			有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無
台所			有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無
入居時点で必 要な費用	前 払 金		8,532,000 円	11,376,000 円	14,220,000 円	17,064,000 円	22,752,000 円	28,440,000 円
	敷金		0 円	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円
月額費用の合計			257,950 円	257,950 円	257,950 円	257,950 円	257,950 円	257,950 円
家賃			20,000 円	20,000 円	20,000 円	20,000 円	20,000 円	20,000 円
サ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者 生活介護の費用		円	円	円	円	円	円
	介 護	食材費	49,500 円	49,500 円	49,500 円	49,500 円	49,500 円	49,500 円
		管理費※ 3	148,850 円	148,850 円	148,850 円	148,850 円	148,850 円	148,850 円
	保 険	介 護 費 用	39,600 円	39,600 円	39,600 円	39,600 円	39,600 円	39,600 円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む	管理費に含む	管理費に含む	管理費に含む	管理費に含む
	外	その他	0 円	0 円	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無

月払いプラン (前払金の支払いが無い方式)			プラン 1			
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 m ²			
便所			<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 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		1,000,000 円			
月額費用の合計			494,950 円			
家賃			257,000 円			
サ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者生活介護等 の費用		円			
	介 護 保 険 外	食材費	49,500 円			
		管理費※ 3	148,850 円			
		介 護 費 用	39,600 円			
		光熱水費	管理費に含む			
		その他	0 円			
都度払いとなるサービス			<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無			

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	〔一般プラン〕 入居前払金充当 237,000円 月払 20,000円 〔月払プラン〕 月払 257,000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
上乗せ介護費（自立の方からはいただきません）	・上乗せ介護費用 月額39,600円（うち消費税 3,600円） 当施設では要介護者・要支援者2.5名に対し、常勤換算1名以上の職員体制（週40.0時間換算）をとっています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の料金として算出した額として合理的な積算根拠に基づいています。※介護保険サービスの自己負担額は含まない。入院等の長期不在時のご返金は致しません。
管理費	148,850円（税込）：うち消費税13,531円

	<p>【内訳】</p> <p>共用施設等の維持管理費、事務管理部門の人件費・事務費・光熱水費・厨房維持管理費等、(居室内の電話代、NHK受信料・衛星放送受信料等は別途実費負担)</p>
食材費	<p>49,500 円 (税込 30 日間の金額)：うち消費税:4,500 円</p> <p>1 食あたりの費用をそれぞれ朝食 506 円、昼食 506 円、夕食 638 円とし、毎月 1 ヶ月を 30 日として算出した額を負担いただきます。</p> <p>欠食は前々日までにお申し出ください。朝食 462 円、昼食 462 円、夕食 638 円を返金いたします。(おやつ代は昼食代に含みます)</p>
光熱水費	<p>(管理費に含む)</p> <p>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。</p>
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 ・食材費のうち、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） <p>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 79,200 円（うち消費税 7,200 円）を負担いただきます。</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	30 日概算	1 割負担額	2 割負担額
	要介護 1	20,612 円	41,224 円
	要介護 2	22,990 円	45,980 円
	要介護 3	25,473 円	50,946 円
	要介護 4	27,780 円	55,559 円
	要介護 5	30,227 円	60,454 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 5 0 %になるところから算出 95 歳以上 36 ヶ月 90 歳～94 歳 48 ヶ月 85 歳～89 歳 60 ヶ月 80 歳～84 歳 72 ヶ月 75 歳～79 歳 96 ヶ月 65 歳～74 歳 120 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	一般プラン
		95 歳以上	1, 706, 400 円
		90 歳～94 歳	2, 275, 200 円
		85 歳～89 歳	2, 844, 000 円
		80 歳～84 歳	3, 412, 800 円
		75 歳～79 歳	4, 550, 400 円
		65 歳～74 歳	5, 688, 000 円
初期償却率		2 0 %（前払金に対して）	
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－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 20%）÷ 償却期間（月数）÷ 3 0	
	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－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 20%）÷ 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（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）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（	）

7. 入居者の状況

（入居者の人数）

性別	男性	4 人	女性	4 3 人
年齢別	65 歳未満	人	65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上 85 歳未満	3 人	85 歳以上	4 4 人
要介護度別	要支援 1	人	要支援 1	3 人
	要支援 2	人	要支援 2	1 人
	要介護 1	3 人	要介護 1	1 4 人
	要介護 2	人	要介護 2	6 人
	要介護 3	1 人	要介護 3	6 人
	要介護 4	人	要介護 4	1 2 人
	要介護 5	人	要介護 5	2 人
入居期間別	6 か月未満	1 人	6 か月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	3 1 人	5 年以上 10 年未満	1 1 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	9 2 . 6 歳
入居者数の合計	4 7 人
入居率※	8 2 . 4 %
※ 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	0 人	社会福祉施設	0 人
	医療機関	3 人	死亡者	7 人
	その他	2 人		
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人		
		(解約事由の例)		

	入居者側の申し出	2 人	
		(解約事由の例)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療依存度が高くなり、24時間ナースが居る施設へ ・本来希望していた施設に空きが出たため移設

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	スミリンフィルケア 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	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
	合	加入する保険の名称	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 checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 取組あり <input type="checkbox"/> 取組なし		
	※ 1 の場 合	実施日・開始日	2025年6月21日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ <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 checked="" type="checkbox"/> 未実施		
	※ 1 の場 合	実施日	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 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
管理規定	<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
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 checked="" 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： <input checked="" 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"/> 1 届出あり 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	<input type="checkbox"/> 1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 指導事項あり（過去 1 年以内に指導） <input type="checkbox"/> 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。

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"/> / 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"/> / 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	無		
介護老人保健施設	有	無		
介護療養型医療施設	有	無		

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無						有 / 無	
	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス （利用者一部負担※1）	個別の利用料で実施するサービス				備 考 ※：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	有 / 無					
ご来訪者食事	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有			○	朝食 506円 昼食 506円 夕食 638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 / 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 / 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 / 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 / 無	無					
機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 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 / 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 checked="" 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 / 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。
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3回、洗濯機で洗濯出来るものによ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	○		食材費に含みます	
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。
役所手続き代行	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有		○	550円 / 回	
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 ～	要相談、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、月額の利用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。