

重要事項説明書

記入年月日	2024年6月1日
記入者名	高谷 智幸
所属・職名	ホーム長

1. 設置者の概要

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) ふあいんふおれすと かぶしきがいしゃ ファインフォレスト 株式会社		
主たる事務所の所在地	〒655-0033	兵庫県神戸市垂水区旭が丘1丁目9番60号	
連絡先	電話番号	078-704-2005	
	FAX番号	078-708-4567	
	ホームページアドレス	http://www.fineforest.co.jp	
代表者	氏名	森島 征司	
	職名	代表取締役	
設立年月日	2003 年 4 月 1 日		
主な実施事業	※別表1 (設置者が神戸市内で実施する他の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) ふおれすとたるみ フォレスト垂水		
所在地	〒655 -0033	兵庫県神戸市垂水区旭が丘1丁目9番60号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR及び山陽電鉄「垂水」駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	JR及び山陽電鉄「垂水」駅より約480m (最短コースを利用した場合、徒歩約6分)	
連絡先	電話番号	078-704-2005	
	FAX番号	078-708-4567	
	ホームページアドレス	http://www.fineforest.co.jp	
	メールアドレス	info@fineforest.co.jp	
管理者	氏名	高谷 智幸	
	職名	ホーム長	
建物の竣工日	2005 年 8 月 31 日		
有料老人ホーム事業の開始日	2005 年 10 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	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	2870801749
	指定した自治体名	兵庫県：神戸市
	事業所の指定日	2005年10月1日
	指定の更新日（直近）	2023年10月1日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	13,774.86㎡（公簿・ <input checked="" type="checkbox"/> 実測）	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 設置者が自ら全てを所有する土地 2 設置者が一部を所有・一部を賃借する土地 3 設置者が賃借する土地	
		※1又は2に該当する場合	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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	5階建 3棟	
		延床面積	全体 9,014㎡
	うち、有料老人ホーム部分 8,100.48㎡		
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	※2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		

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	21.1㎡	106	介護居室個室	
	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	㎡			
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	㎡				
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	㎡				
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	㎡				
※「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	23か所	うち男女別の対応が可能な便房	9か所				
			うち車椅子等の対応が可能な便房	14か所				
	共用浴室	6か所	個室	1か所				
			大浴場	5か所				
	共用浴室に設置 された介助浴槽	11か所	チェアー浴	0か所				
			リフト浴	6か所				
			ストレッチャー浴	3か所				
その他（ 個浴 ）			2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	1 あり（車椅子対応）	2基						
	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）	1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	テレビ用アンテナ（地上波）の設置			<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
	電話回線の設置	※使用料別途必要		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
	ナースコール（居室及び共有部）の設置			<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
	その他の共用施設	図書室、ロビー、ラウンジ、シアタールーム、リハビリルーム、 理美容室兼歯科診察室、カルチャー室、第1・第2屋上庭園						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>利用者が優しく暖かい環境の中で、ゆったりと自分らしく生活できる空間と「もっと元気になろう」と自らの意欲が自然にわきでる介護サービス事業を運営していくことをもって社会に貢献します。</p> <p>①お元気になって頂くためのしかけを、さまざまな方向から取組みます。</p> <p>②昨日、今日、明日と毎日の生活のご様子を受け継ぎながら、途切れることなく支援します。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>①充実したリハビリテーション</p> <p>②医療的な処置が必要な方もホームでおだやかに看取りができる手厚い介護・看護。</p> <p>③毎日がリズムある生活支援。</p> <p>④口から食べることを基本に最期まで取組む体制。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<p><input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（委託）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
食事の提供	<p>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（委託）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
洗濯、掃除等の家事の供与	<p>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（委託）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
健康管理の供与	<p><input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（委託）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
安否確認又は状況把握サービス	<p><input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（委託）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
生活相談サービス	<p><input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（委託）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>

(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（Ⅰ）	<input checked="" type="checkbox"/> / 無
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/> / 無
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> / 無
	夜間看護体制加算（Ⅰ）	<input checked="" type="checkbox"/> / 無

	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	有 / <input type="checkbox"/> 無
	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	協力医療機関連携加算（Ⅰ）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	看取り介護加算（Ⅰ）	有 / <input type="checkbox"/> 無
	看取り介護加算（Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	認知症専門ケア加算	（Ⅰ） 有 / <input type="checkbox"/> 無
		（Ⅱ） <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	サービス提供体制強化加算	（Ⅰ） <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 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 / 無
	※有の場合、介護・看護職員の配置率	1.5 : 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	おひさまクリニック
		住 所	兵庫県神戸市垂水区旭が丘1丁目9-60 （フォレスト垂水と同一敷地内）
		診療科目	内科
		協力内容	定期の往診治療（在宅支援診療）、家族相談
	2	名 称	神戸掖済会病院
		住 所	兵庫県神戸市垂水区学が丘1丁目21番1号 ホームからの距離 2.5km（車：8分 バス：19分）
		診療科目	内科・消化器内科・呼吸器内科・腎臓内科・ 糖尿病内科・循環器内科・外科・消化器外科・ 乳腺外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・ 皮膚科・泌尿器科・肛門科・婦人科・眼科・ 耳鼻咽喉科・放射線科・リウマチ科・リハビリ テーション科・麻酔科・救急科・病理診断科
	協力内容	入院治療が必要な場合の受入れ、緊急時対応等	

	3	名 称	神戸徳洲会病院
		住 所	兵庫県神戸市垂水区上高丸1-3-10 ホームからの距離 1.1km (車: 4分 バス: 8分)
		診療科目	内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・ 心臓血管外科・外科・整形外科・神経内科・ 婦人科・放射線科・小児科・ペインクリニック 外来
		協力内容	入院治療が必要な場合の受入れ、緊急時対応等
	4	名 称	舞子台病院
		住 所	兵庫県神戸市垂水区舞子台7-2-1 ホームからの距離 2.0km (車: 7分 バス: 14分)
		診療科目	内科・消化器内科・消化器外科・循環器内科・ 呼吸器内科・放射線科・外科・心臓血管外科・ 脳神経外科・整形外科・泌尿器科・婦人科・ 神経内科・漢方内科・リハビリテーション科
		協力内容	入院治療が必要な場合の受入れ、緊急時対応等
協力歯科医療機関	1	名 称	藤原歯科
		住 所	兵庫県神戸市垂水区学が丘1-19-23 ホームからの距離 2.8km (車: 10分 バス: 16分)
		協力内容	歯科検診、定期の往診治療
	2	名 称	なかにに歯科クリニック
		住 所	兵庫県神戸市兵庫区駅前通1-32-1 アルバビル3階 ホームからの距離 12.5km (車: 25分)
		協力内容	歯科検診、定期の往診治療

(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	①介護居室からその他介護居室への移動が必要となる場合 その症状により他のご入居者との共同生活に著しく支障を 生じる場合や医療度の変化があり、フロア移動が必要な場合。 (1) 場所や時間がわからなくなる。自室の区別がつかない。

	<p>(2) 幻覚やせん妄・暴力行為・不潔行為など、他入居者に不安を与える行動がある。</p> <p>(3) 通常の介護による制止では困難な強い帰宅願望や離脱願望がある。</p> <p>②上記以外の理由で移動が必要となる場合</p> <p>(1) 医学的な見地からより緊密な見守りが必要な場合。 または、医療的処置の増加により看護・介護量が著しく増える場合。</p> <p>(2) 最も適切な看護・介護が可能なフロア又は居室へ移動をしていただきます。</p>	
手続きの内容	<p>①主治医の意見を聴く。</p> <p>②概ね3ヶ月間の観察期間を置く。</p> <p>③本人・身元引受人の同意を得る。</p>	
追加的費用の有無	有 / <input type="checkbox"/> 無 ※移動前の居室の改装費は実費負担。	
居室利用権の取扱い	移動前の居室の利用権に変えて、移動先の居室の利用権を取得するものとします。	
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	有 / <input type="checkbox"/> 無
	便所の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無
	浴室の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無
	洗面所の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無
	台所の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無
	その他の変更	有 / <input type="checkbox"/> 無

(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	<p>1 自立している者</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>2 要支援の者</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>3 要介護の者</p>		
留意事項	<p>①基準の入居年齢 75歳以上の方。 ※75歳未満の方は、年齢別加算金の支払いにより入居可。</p> <p>②他の入居者に伝染する疾患がない方。</p> <p>③自傷、他傷の恐れがなく共同生活が円満にできる方。</p>		
契約の解除の内容	<p>①入居者が死亡したとき。</p> <p>②設置者が第26条（設置者からの契約解除）に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。</p> <p>③入居者が第27条（入居者からの解約又は契約解除）に基づき解約をおこなったとき。</p>		
設置者から解約を求める場合	<table border="1"> <tr> <td>解約条項</td> <td>①入居申込書等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。</td> </tr> </table>	解約条項	①入居申込書等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。
解約条項	①入居申込書等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。		

		<p>②月払い利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。</p> <p>③目的施設及び付帯施設、又はこれらに付随する什器備品を故意又は重大な過失により汚損・破損又は滅失したとき。</p> <p>④本契約又は細則の規定に度々違反し、改善の見込みが認められないとき。</p> <p>⑤設置者は、入居者又はその家族・連帯保証人・返還金受取人等による、設置者の役職員や他の入居者等に対するハラスメント(手を払いのける、物を投げつけるなどの暴力行為や、怒鳴る・大声を出して他人を威嚇する等の乱暴な言動又は、セクシャルハラスメントに相当する言動等)により、入居者又はその家族等との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき、解約予告期間を通知したうえで、本契約を解除します。</p>
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間		30日
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	5泊6日(1日3食付) 104,500円(税込)
入居定員		106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	89	43	46	62.06
うち介護職員	79	40	39	55.66
うち看護職員	10	3	7	6.4
機能訓練指導員	2	2		2.0
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士	外部委託	外部委託	外部委託	外部委託

調理員	外部委託	外部委託	外部委託	外部委託
事務員	8	5	3	6.9
その他職員	6		6	2.7
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	2	1	1
介護福祉士	55	36	19
実務者研修の修了者	4	4	0
初任者研修の修了者	17	1	16
介護支援専門員	3	2	1

(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	2	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		20時～7時	
	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	5人	5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	1.5 : 1
--	---------	---------

(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"/> / 無										
			※ 有の場合、資格等の名称						介護福祉士				
		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		7	7								
前年度1年間の退職者数			1	9	4								
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満			2	3								
	1年以上 3年未満			4	1								
	3年以上 5年未満			3	3								
	5年以上 10年未満			6	4			1					
	10年以上	3	7	25	28	1		1		1			
	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 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 (入居一時金) <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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無	
入院等による不在等における	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額	

利用料金（月払い）の取扱い	③ 不在期間が1日以上の場合に限り、日割り計算で減額 （食材費、上乘せ介護費）	
利用料金の 改定	条 件	ホームが所在する自治体が発表する消費者物価指数、及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聞いた上で改定します。
	手続き	入居者及び身元引受人等へ事前に通知をおこないます。

（利用料金のプラン）

		基準コース
入居者の 状況 ※1	要介護度	要支援1以上
	年齢	75歳以上
居室の状況 ※2		
	床面積	21.1㎡
	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 （非課税）	18,800,000円
	敷 金	— 円
月額費用の合計（税込）		263,240円
内 訳	家 賃	— 円
	食 費（税込）	72,060円
	管 理 費（税込）	114,180円
	介護費用（税込）	77,000円
	光熱水費	— 円
	そ の 他	— 円
都度払いとなるサービス		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
介護 保険 サー ビス 費用	介護予防特定施設入居者生活介護の費用	<要支援1~2> 5,787円~29,691円 ※要支援認定または要介護認定に伴う確認書を参照。 ※各加算は含まれておりません。
	特定施設入居者生活介護等の費用	<要介護1~5> 17,138円~77,121円 ※要支援認定または要介護認定に伴う確認書を参照。 ※各加算は含まれておりません。

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃相当額	入居一時金のうち返還対象額を、想定居住期間で除して一月あたりに置き換えた額。
敷金	なし
介護費用	要介護度又は要支援認定に応じ、介護保険給付費・サービス提供体制強化加算・夜間看護体制加算・協力医療機関連携加算・個別機能訓練加算・介護職員等処遇改善加算等に加え上乗せ介護費を含めた費用の総額。
管理費	事務管理部門の person 費・事務費、その他サービス提供のための person 費・事務費、共用施設の維持管理費（各居室・共有部の水光熱費を含む） ※実費で提供するサービスは、別表 3 要介護度に応じたサービス等の一覧表参照。
食 費	<p>食事を 1 日 3 食(おやつ含む)、1 ヶ月間喫食した場合の費用。</p> <p>内訳：運営維持費 35,190 円(税込) (業務委託費、厨房機器・食器類のメンテナンス等の諸経費を含む) ※全食お召し上がりにならない場合もご負担いただきます。</p> <p>食材費 36,870 円(税込) 1 日当り 1,229 円(税込)×30 日とみなす。</p> <p>[朝食 291 円、昼食 432 円、おやつ 54 円、夕食 451 円] (税込) (入院等により 1 日 3 食を全て欠食する場合に、3 日前迄の届出をおこなうことによる返金制度あり)</p> <p>消費税の軽減税率(8%)の対象となる飲食料品の提供は、上記の 1 日 3 食のうち朝食、昼食およびおやつとし、夕食は軽減税率の対象外といたします。また、入居者ご本人への上記以外の飲食料品の提供、及び入居者ご本人以外の方への飲食料品の提供は、全て軽減税率の対象外といたします。</p>
光熱水費	管理費に含みます。
生活支援費	<p>自立の方(介護保険上の非該当あたる)に対し、介護・看護職員を 24 時間配置して一時的な介護をおこなう体制を確保し、掃除・洗濯等の生活支援をおこなうための費用。</p> <p>生活支援費 44,000 円(税込)</p> <p>※要支援・要介護の方が、介護認定の更新手続きの結果、非該当(自立)になった場合、その変更日(要介護認定の満了日の翌日)に遡って、以下の費用を適用します。</p>
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別表 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参照。
その他のサービス利用料	① 入居者ご本人が居室で使用された電話料金(基本料金 1,100 円(税込)とダイヤル通話料金)は、当社が、翌月に一括して指定口座より自動引き落としします。

	<p>② 入居者ご本人が居室で使用されるテレビの NHK 受信料及びテレビ電波等共同受信施設 (CATV) 利用料については、各事業者と直接、指定口座より自動引落とし契約をおこなっていただきます。</p> <p>※その他は別添付表に定めるとおりとします。</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)

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	<p>介護保険サービスを利用した際の介護給付費の1割又は2割又は3割が自己負担となります。</p> <p>なお、自己負担割合は介護保険の「負担割合証」に基づき設定されます。</p> <p>介護保険給付費の算定方法</p> <p>1日当りの介護保険給付費＝該当する要介護の単位数×所在地域の単価</p>
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）	<p>長期推計に基づき、介護・看護職員を基準以上に配置（要介護者等3名に対し、週40時間換算で2名以上）するために必要な費用のうち、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして、合理的な積算根拠に基づいて設定した費用。</p> <p>なお、介護保険サービスの自己負担額は別途必要です。</p>

(前払金の受領)

入居一時金			
算定根拠	<p>当ホームの入居時年齢を男性 83 才、女性 85 才と見込み、要介護者の公的データとして、公益社団法人全国有料老人ホーム協会の運営する入居者基金制度における要介護者データ(4万人)を使用して、男女別且つ年齢別の想定居住期間(償却期間)等を算出。</p> <p>この算出結果に男女比、男女別の入居時平均年齢等に基づき、データを加重平均した。</p>		
想定居住期間 (償却年月数)	<table border="1"> <tr> <td>基準コース</td> <td>60か月</td> </tr> </table>	基準コース	60か月
基準コース	60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)	<table border="1"> <tr> <td>基準コース</td> <td>4,700,000円</td> </tr> </table>	基準コース	4,700,000円
基準コース	4,700,000円		
初期償却率	25%		
返還金の算定方法	<p>入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金の全額を返還します。</p> <p>ただし、原状回復をおこなうために必要な場合の費用 (ハウスクリーニング費、カーペット・壁クロス張替え等) 及び利用期間に係る利用料を下記算定方式に基づき受領します。</p> <p>算定方法</p> $\text{利用期間に係る利用料} = \text{入居一時金} \times 75\% \div \text{想定居住期間の月数} \div 30 \text{日} \times \text{入居日から契約終了日までの実日数}$ <p>月額利用料については、日割り計算をおこないません。</p> <p>「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費用」は全額返還します。設置者は、入居者より居室の明け渡しをうけた日より60日以内に、受領済みの入居一時金・介護等一時金・月額利用料等より、原状回復をおこなうために必要な場合の費用及び利用期間に係る利用料を日割り計算の上、差し引きをおこない、無利息で入居者に返還します。</p>		
	入居後3月以内の契約終了の時		

	入居後3月を越えた契約終了の時	<p>想定居住期間内に契約終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還します。</p> <p>■基準コース</p> <p>返還金＝入居一時金×75%÷償却期間の日数 (入居日の翌日から償却期間満了日まで) × (契約終了日から償却期間満了日までの日数)</p> <p>※入居一時金の25%は、三月後に償却をおこないます。</p> <p>※償却期間を超える場合、返還金はありません。</p>
年齢別加算金（基準コースの年齢要件に満たない場合に必要となる加算額）		
算定根拠		当加算金は、入居一時金（基準コース）の年齢要件として定める75歳に達するまでの期間において、目的施設（居室及び共用施設）を利用するための家賃相当額に充当します。
返還について		75歳に達するまでの間に契約が終了した場合は、契約終了日から75歳に達するまでの日数分を返還します。
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	公益社団法人 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	15人	女性	73人
年齢別	65歳未満	1人	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	8人	85歳以上	79人
要介護度別	自立	0人	要支援1	5人
	要支援2	8人	要介護1	20人
	要介護2	12人	要介護3	13人
	要介護4	18人	要介護5	12人
入居期間別	6か月未満	9人	6か月以上1年未満	9人

	1年以上5年未満	33人	5年以上10年未満	25人
	10年以上15年未満	8人	15年以上	4人

(入居者の属性)

平均年齢	90.7歳
入居者数の合計	88人
入居率※	83.0%
※ 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	0人	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人	死亡者	18人
	その他	0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	1人		
		(解約事由の例)		

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		フォレスト垂水	公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
電話番号		078-704-2005	03-3548-1077
対応している 時間	平日	9:00~18:00	10:00~17:00
	土曜	9:00~18:00	—
	日曜・祝日	9:00~18:00	—
定休日		定休日なし 勤務日以外については代表電話 で職員が受付し、後日改めて対応 します。	土曜日・日曜日 (祝日・年末を含む)
窓口の名称		神戸市福祉局 監査指導部	兵庫県国民健康保険団体連合会
電話番号		078-322-6242	078-332-5617
対応している 時間	平日	8:45~12:00	8:45~17:15
		13:00~17:30	

	土曜	—	—
	日曜・祝日	—	—
定休日		土曜日、日曜日、祝日	土曜日、日曜日、祝日
窓口の名称		神戸市消費生活センター	養介護施設従事者等による 高齢者虐待通報専用電話
電話番号		078-371-1221	078-322-6774
対応している 時間	平日	9:00~17:00	8:45~12:00 13:00~17:30
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日		土曜日、日曜日、祝日	土曜日、日曜日、祝日

(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	あいおいニッセイ同和 損害保険株式会社
		加入する保険の名称	有料老人ホーム 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	2020年7月23日
		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	2019年11月22日
		評価機関名称	特定非営利活動法人 京都府認知 症グループホーム協議会
	結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり () <input type="checkbox"/> 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	2 入居希望者に交付	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	2 入居希望者に交付	3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開	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	2 入居希望者に交付	3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開	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 2 未設置（代替措置あり） 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】	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 2 届出なし 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	1 不適合事項あり（代替措置を実施済み） 2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み） 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 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	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：別表1（設置者が神戸市内で実施する他の介護サービス一覧表）

別表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）

別表3（要介護度に応じたサービス等の一覧表）

様

※ 契約を前提として説明を受けた者の署名

説明年月日

年 月 日

説明者署名
