

重要事項説明書

記入年月日	2024年12月1日
記入者名	林 義記
所属・職名	館長

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	岩井 民子	
	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) ふおれすとたるみにばんかん フォレスト垂水 弐番館		
所在地	〒655-0033	兵庫県神戸市垂水区旭が丘2丁目1番50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	078-704-5071	
	FAX番号	078-704-5074	
	ホームページアドレス	http://forest2.jp	
	メールアドレス	info2@fineforest.co.jp	
管理者	氏名	林 義記	
	職名	館長	
建物の竣工日	2012年 4月 27日		
有料老人ホーム事業の開始日	2012年 5月 11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】

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
	指定した自治体名		
	事業所の指定日	年	月 日
	指定の更新日（直近）	年	月 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 <input type="checkbox"/> 2 設置者が一部を所有・一部を賃借する土地 <input type="checkbox"/> 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	4階建 1棟			
		延床面積	全体 3,120.06㎡		
			うち、有料老人ホーム部分 3,120.06㎡		
	構 造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ）			
		耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）		
			所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 設置者が自ら所有する建物 <input type="checkbox"/> 2 設置者が賃借する建物	
				※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】	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	30.91 m ²	3 9	一般居室個室
	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	5 か所	うち男女別の対応が可能な便房	3 か所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2 か所			
	共用浴室	3 か所	個室	1 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 ()	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			有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無				
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) 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	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			

	<p>その他の共用施設</p> <p>玄関ロビー、エントランスホール（応接コーナー）、多目的ルーム、プライベートダイニング、談話室、リラクゼーションコーナー、理美容室（実費）、メールコーナー、健康相談室</p> <p>バリアフリーの対応状況</p> <p>全室内、廊下、共用施設に手すり設置、車いすでの移動可能</p>
--	---

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	サービス提供にあたっては懇切丁寧を旨とし、質の高いサービスを継続して提供できるよう人材の育成に努め、入居者が安心して自立した生活を営むことが出来るように支援をおこないます。
サービスの提供内容に関する特色	<p>①介護が必要になった時の移り住みの安心『壺番館への移り住みシステム』。</p> <p>②災害時の対策も万全な安全・快適住空間。</p> <p>③不安な時に使える各種サービスによる安心の生活。</p> <p>④介護予防のための各種プログラムが充実。</p> <p>⑤交通とショッピングに便利な立地。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<p>1 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>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>
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>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>
健康管理の供与	<p>1 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>1 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>1 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>

※料金内訳は別表2及び別表3のとおり

(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)		有 / <input type="checkbox"/> 無
	個別機能訓練加算 (II)		有 / <input type="checkbox"/> 無
	科学的介護推進体制加算		有 / <input type="checkbox"/> 無
	夜間看護体制加算 (I)		有 / <input type="checkbox"/> 無
	協力医療機関連携加算 (I)		有 / <input type="checkbox"/> 無
	看取り介護加算 (I)		有 / <input type="checkbox"/> 無
	看取り介護加算 (II)		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)	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	※複数選択可	<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い (有料) <input type="checkbox"/> 通院介助 (有料) <input type="checkbox"/> 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番60号 (フォレスト垂水同一敷地内)
		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丁目2番1号 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	名 称	藤原歯科
		住 所	兵庫県神戸市垂水区学が丘1丁目14番地1号 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	

(入居後に提携ホームに住み替える場合) ※住替えを行っていない場合は、省略可能

入居後に提携ホームに住み替える場合	重度の介護状態になった場合は、介護付有料老人ホーム「フォレスト垂水」に移り住み、介護サービスを受けて頂くことが可能です。 ※費用は、フォレスト垂水の規定によるものとします。
-------------------	---

判断基準の内容	入居者が重度の介護状態になり、入居者及び身元引受人等が「フォレスト垂水」への移り住みを希望され、且つ、フォレスト垂水が受入れ可能と判断した場合。	
手続きの内容	設置者は、入居者が提携ホームへ移り住みをおこなう場合は、事前に、入居者の権利や入居一時金及び家賃相当額、移り住み後の専有部（居室）及び共有部の利用範囲、新たな月額利用料等の費用の額、提供する介護等の内容について入居者及び身元引受人等に説明をおこない、「フォレスト垂水移り住み契約書」を交わす。	
追加的費用の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※移動前の居室の改装費は実費負担。改装費については見積による。改装終了までの水光熱費負担に関しては入居者負担。	
居室利用権の取扱い	「フォレスト垂水 式番館」の契約は入居者及び設置者が双方合意の上解除するものとし、「フォレスト垂水」との契約を締結後、設置者と入居者の双方により居室の明け渡しが完了したことが確認できた時に、「フォレスト垂水」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	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 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	<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（軽度の方）	
留意事項	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 ②他の入居者に伝染する疾患がないこと。 ③自傷、他傷の恐れがなく共同生活が円満にできること。	
契約の解除の内容	①入居者が死亡したとき。 ②設置者が第29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。 ③入居者が第30条(入居者からの解約)に基づき解約を行ったとき。	
設置者から解約を求める場合	解約条項	①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正

		<p>手段により入居したとき</p> <p>②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばし遅滞するとき</p> <p>③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> <p>④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>⑤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>
	解約予告期間	3か月
入居者からの解約予告期間		30日
体験入居	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入居定員		39人
その他 ※	ご入居者が要支援又は要介護状態になられた場合は、ホームでの生活が継続できるよう外部の介護保険居宅サービスを紹介します。	

※ 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
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	10	2	8	4.9
うち介護職員	10	2	8	4.9
うち看護職員				

機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	委託			委託
調理員	委託			委託
事務員				
その他職員		6	6	1.6
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		3
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	2	3
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		
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～8時	
	平均人数		最小時人数 (休憩者等を除く)
		人	人
看護職員			

介護職員	1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
		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)		

(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									<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
	※ 有の場合、資格等の名称			社会福祉士							
	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				3							
前年度1年間の退職者数				1							
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上				1						
10年未満											
10年以上			2	7							
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	<input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式
---------------	---	------------------------------------

	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) 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 4 選択方式	
	※4の場合 複数選択可	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
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額 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	ホームが所在する自治体が発表する消費者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は通知をおこないます。

(利用料金のプラン)

(税別)

		プラン1	プラン2	
入居者の 状況※1	要介護度			
	年齢	75歳以上		
居室の状況※2				
	床面積	30.91㎡	㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / 無	
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / 無	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	19,300,000円	円	
	敷金	—	円	
	年齢別 加算金	円	—	
月額費用の合計(税込)		107,800円	円	
家賃		—	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	食費	実費	円
		管理費	107,800円	円
		介護費用	—	円
		光熱水費	実費	円
	その他	—	円	

都度払いとなるサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / 無
-------------	---	-------

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	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	※介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費	事務管理部門の人件費・事務費、その他サービス提供のための人件費・事務費、共用施設の維持管理費（共有部の光熱水費を含む） ※実費で提供するサービスは、介護サービス等の一覧表参照。
食費	食材費及び調理従事者の人件費、レストランメニューの申込み分の実費を負担。 消費税の軽減税率（８％）の対象となる飲食料品の提供は朝食のみとし、昼食・夕食・アラカルトメニュー・カフェメニューは軽減税率の対象外といたします。
光熱水費	個別に直接外部との契約をおこない実費支払い。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別表２参照
その他のサービス利用料	入居者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、各種業者と直接、指定口座より自動引き落とし契約をおこなっていただきます。 その他は別表３に定める通りとします。

(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	
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）	

(前払金の受領)

算定根拠	借地料、建設費、修繕費、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。
------	---

	<p>老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品に該当しません。</p> <p>当ホームの入居時年齢を男性78歳、女性80歳と見込み、厚生労働省事務連絡による簡易生命表モデルを使用して、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>この算定結果に男女比、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結果、上記のとおりとします。</p>
想定居住期間(償却年月数)	84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)	4,825,000円
初期償却率	25%
返還金の算定方法	<p>入居後3月以内の契約終了</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」は全額返金する。</p> <p>算定方法</p> <p>利用期間に係る利用料=入居一時金[基準の入居時年齢]×75%÷想定居住期間の月数÷30日×(入居日から契約終了日までの実日数)</p> <p>年齢別加算金については、全額返金する。</p> <p>設置者は、当該費用の支払及び居室の明渡しを受けた後60日以内に、受領済みの入居一時金及び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引をおこない、無利息で返還することとします。</p> <p>※原状回復費用は実費</p>
	<p>入居後3月を越えた契約終了</p> <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>返還金=(入居一時金[基準の入居時年齢]×75%+年齢別加算金)÷(入居日翌日から償却期間満了日までの実日数)×(契約終了日から償却期間満了日までの実日数)</p> <p>※入居一時金[基準の入居時年齢]の25%は三月後に償却をおこなう</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	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	9人	女性	27人
年齢別	65歳未満	0人	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	15人	85歳以上	20人
要介護度別	自立	10人	要支援1	5人
	要支援2	12人	要介護1	8人
	要介護2	1人	要介護3	0人
	要介護4	0人	要介護5	0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	15人	5年以上10年未満	11人
	10年以上15年未満	5人	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	88.8歳
入居者数の合計	36人
入居率※	92.3%
※ 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	2人
---------	-----	----	--------	----

	医療機関	0人	死亡者	1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	0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 式番館	公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
電話番号		078-704-5071	03-3272-3781
対応している 時間	平日	9:00～17:00	10:00～16:00
	土曜	9:00～17:00	—
	日曜・祝日	9:00～17:00	—
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
窓口の名称		神戸市保健福祉局 監査指導部	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		078-322-6242	078-322-6774
対応している 時間	平日	8:45～12:00 13:00～17:30	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	1 加入済み 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	令和5年10月1日
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり（食事に対する意見） <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25年12月13日
		評価機関名称	(株)川原経営総合センター
		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 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 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 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 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：フォレスト垂水） <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 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	<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）		

※複数選択可	<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"/> (<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"/> (<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 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一覧表)

別表3 (生活サービス費一覧表)

_____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 _____