

重要事項説明書

記入年月日	2022年 7月 1日
記入者名	錦織 雅人
所属・職名	介護支援専門員

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	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃあるふあべった 株式会社アルファベッタ		
主たる事務所の所在地	〒650-0001	兵庫県神戸市中央区加納町2丁目13-7	
連絡先	電話番号	(078) - 221 - 5800	
	FAX番号	(078) - 221 - 5860	
	ホームページアドレス	http://alphabetta.co.jp	
代表者	氏名	豊澤 賢士	
	職名	代表取締役	
設立年月日	令和3年7月16日		
主な実施事業	有料老人ホーム事業 ※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) もあ・あびたしおんすま モア・アビタシオン須磨		
所在地	〒654-0072	神戸市須磨区千守町1丁目5-23	
主な利用交通手段	最寄駅	山陽電鉄「須磨寺」駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	山陽電鉄「須磨寺」駅より徒歩約5分(約400m) JR「須磨」駅より徒歩約10分(約800m)	
連絡先	電話番号	(078) - 612 - 7500	
	FAX番号	(078) - 612 - 7735	
	ホームページアドレス	http://alphabetta.co.jp	
	メールアドレス	suma@alphabetta.co.jp	
管理者	氏名	松本 公昭	
	職名	施設長	
建物の竣工日	平成 元年 5月 17日		
有料老人ホーム事業の開始日	令和 3年 9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	令和 3年 9月 1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	特定施設入居者生活介護事業所 2870703457 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 2870703457 号
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	令和 3 年 9 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	令和 3 年 9 月 1 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	2675.56 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 <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"/> (2021 年 9 月 1 日 ~ 2041 年 9 月 1 日) / 無	
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> / 無			
建 物	規模	鉄筋コンクリート造 地下 1 階地上 6 階建 1 棟		
		延床面積	全体	4538.68 m ²
			うち、有料老人ホーム部分	4538.68 m ²
	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 (SRC造 鉄骨鉄筋コンクリート造)		
		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"/> (2021 年 9 月 1 日 ~ 2041 年 9 月 1 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 <input type="checkbox"/> 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	区分※
	介護居室 A	<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	37.5~38.7㎡	33	一般居室個室
	介護居室 A2	<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	40.59㎡	1	一般居室個室
	介護居室 A3	<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	40.59㎡	1	一般居室個室
	介護居室 B1	<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	52.5㎡	13	一般居室個室
	介護居室 B2	<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	45.75㎡	5	一般居室個室
	介護居室 C1	<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	53.36㎡	3	一般居室個室
介護居室 C2	<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	43.36㎡	3	一般居室個室	
一時介護室	<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	39.36㎡	1	一時介護室	
※「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	6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		3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		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） 2基 <input type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） 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	居室内： テレビ回線、電話回線、緊急コール設備あり 共用設備： ロビー、フロント、健康管理室、多目的室（機能訓練室兼用）応接室、和室、図書コーナー、ゲストルーム、花壇、駐車場						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	利用者に対して、食事・入浴・排泄等の介護、その他日常生活上の支援・介助、機能訓練、通院時及び退院後の療養上の支援を行うことにより、利用者が有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように取り組みます。
サービスの提供内容に関する特色	デイケアルームを中心に、各職員が訪室し、きめ細やかなサービス提供が可能なるように取り組んでおります。
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	介護職員処遇改善加算	有 / 無
	介護職員等特定処遇改善加算	有 / 無
	個別機能訓練加算	有 / 無
	生活機能向上連携加算	有 / 無
	入居継続支援加算	有 / 無
	ADL維持等加算	有 / 無
	夜間看護体制加算	有 / 無
	看取り介護加算	有 / 無
	医療機関連携加算	有 / 無
	科学的介護推進体制加算	有 / 無
口腔衛生管理体制加算	有 / 無	

	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	栄養スクリーニング加算	有 / <input checked="" 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) 有 / <input checked="" 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 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	名称	野村海浜病院
	住所	神戸市須磨区須磨浦通 2-1-41
	診療科目	内科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、放射線科、消化器内科、循環器科、麻酔科
	協力内容	入院受入れ、看護職員の指導、他の医療機関に入院する場合の紹介、内科医往診、緊急救急対応
協力歯科医療機関	名称	とも歯科医院
	住所	神戸市須磨区 3-1-3-3F
	協力内容	歯科口腔の治療、往診、衛生管理指導、口腔ケア指導

(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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 常時介護や重度認知症状があり居室を移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）
判断基準の内容	<p>一時的な介護等が必要となった場合には、一時介護室で介護を行います。</p> <p>また、常時介護が必要になった場合や、重度認知症状が認められる場合</p>
手続きの内容	<p>1 一時的な介護等が必要となった場合</p> <p>①事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>②入居者の意思を確認する</p> <p>③身元引受人等の意見を聴く</p>

	<p>2 常時介護や重度認知症状があり居室を移る場合 事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>②緊急やむをえない場合を除き一定の観察期間を設ける</p> <p>③住替え後の居室及び介護等の内容、住み替え後の権利の内容、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等に説明を行う</p> <p>④身元引受人等の意見を聴く</p> <p>⑤入居者及び身元引受人等の同意を得る</p>	
追加的費用の有無	有 / <input type="checkbox"/> 無	
居室利用権の取扱い	<p>1 一時介護室へ移る場合 一般居室の利用権は継続します</p> <p>2 重度介護や認知症状により居室を移る場合 住み替え後の居室に移行します</p>	
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	<input type="checkbox"/> 有 / 無
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 有 / 無
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 有 / 無
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 有 / 無
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 有 / 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	入居時おおむね60歳以上。中心静脈栄養管理（ポート術除く）や気管切開カニューレ管理などの高度医療管理が必要な場合は、入居できない場合もありますので相談が必要です。
契約の解除の内容	<p>① 入居者が死亡した場合（入居者が2名の場合は両者ともに死亡した場合）</p> <p>② 事業者が入居契約書第26条に基づき解除通告をしたとき ※下欄「設置者から解約を求める場合」参照</p> <p>③ 入居者が入居契約書第27条に基づき解約を行ったとき ※下欄「入居者からの解約予告期間とその内容」参照</p>
設置者から解約を求める場合	<p>解約条項</p> <p>① 入居申込書や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</p> <p>② 月額利用料その他の支払を正当な理由なく、</p>

		しばしば延滞するとき ③ 入居契約書第19条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき ④ 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 等
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間とその内容	事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、入居契約を解除することができる。解約の申し入れは事業者の定める「解約届」を事業者に届出るものとする。尚、入居者が前記の「解約届」を提出しないで居室を退去した場合には、事業者がその事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、入居契約は解約されたものと推定します。	
体験入居	有 <input checked="" type="checkbox"/> / 無 <input type="checkbox"/> 1泊2日（3食付き） 11,000円（税込）	
入居定員	75人	
その他 ※	身元引受人が設定できない場合は要相談	

※ 住宅型有料老人ホームにあっては、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	0	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	20	13	7	14.3
うち介護職員	13	10	3	11.3
うち看護職員	5	2	3	3.0
機能訓練指導員	1	1	0	0.5
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	0	0	0	業務委託
調理員	0	0	0	業務委託
事務員	3	3	0	—
その他職員	9	1	8	6.4
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				37.0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	0	0	0
介護福祉士	3	2	1
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	5	5	0
ヘルパー2級の修了者	3	2	1
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	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	1

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間		16:15~9:15	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	0~1人	1人	
介護職員	2~3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)	1.5:1	

※ 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	—
	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		有 / <input type="checkbox"/> 無								
	※ 有の場合、資格等の名称										
	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	2	7	3	1	0	1	0	1	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
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	2	7	3	1	0	1	0	1	0
	1年以上 3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	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 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 <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	有 / <input type="checkbox"/> 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（ただし食費は喫食分のみ） 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 手続き
	物価変動、人件費上昇により改定する場合がある 運営懇談会の意見を聴く

（利用料金のプラン）自立型

（税込）

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	プラン5	
入居者の状 況※1	要介護度	要支援・要介 護	要支援・要介 護	要支援・要介 護			
	年齢	60歳以上	60歳以上	60歳以上			
居室の状況※2		タイプA	タイプB1	タイプC1	タイプ	タイプ	
床面積		38.7㎡	52.5㎡	53.36㎡	㎡	㎡	
便所		<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / 無	有 / 無	
浴室		<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / 無	有 / 無	
台所		<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	19,400,000円	23,740,000円	24,070,000円	円	円	
	敷金	0円	0円	0円	円	円	
月額費用の合計		219,570円	219,570円	219,570円	円	円	
家賃		0円	0円	0円	円	円	
サ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者生 活介護等の費用	特定施設入居 者生活介護重 要事項説明書 参照	特定施設入居 者生活介護重 要事項説明書 参照	特定施設入居 者生活介護重 要事項説明書 参照			
	介 護 保 険 外	食費	69,030円	69,030円	69,030円	円	円
		管理費※3	117,540円	117,540円	117,540円	円	円
		介護費用	33,000円	33,000円	33,000円	円	円
		光熱水費	(個別契約 使用分)	(個別契約 使用分)	(個別契約 使用分)	円	円
その他	0円	0円	0円	円	円		
都度払いとなるサービス		<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / 無	有 / 無	

※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。

※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。

※3 「使途」については、下欄「利用料金の積算根拠」参照

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	入居一時金（前払金）にて終身にわたる家賃相当費用を徴収するため、月払いは不要。入居一時金（前払金）についての積算根拠は別紙にて示しております
敷金	なし
介護費用	上乘せ介護費として、要介護者等 2.5 人に対し週 37.0 時間換算で介護・看護職員（直接処遇職員）を 1 人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって補えない額に充当するものとして、合理的な積算根拠に基づく費用。（介護予防）特定施設入居者生活介護利用時より必要となる。
管理費	<ul style="list-style-type: none"> ・一人入居 Aタイプ居室 月額 117,540円（税込） (内訳) 管理費A 68,040円（非課税） 管理費B 52,800円（税込） ・一人入居 Bタイプ居室 月額 117,540円（税込） (内訳) 管理費A 68,040円（非課税） 管理費B 52,800円（税込） ・一人入居 Cタイプ居室 月額 117,540円（税込） (内訳) 管理費A 68,040円（非課税） 管理費B 52,800円（税込） ・二人入居の場合 各タイプ追加費用 月額 72,180円（税込） (内訳) 管理費A 22,680円（非課税） 管理費B 49,500円（税込） <p>※用途</p> <p>管理費A 共用部の水光熱費・維持管理費（清掃費、設備管理費等）及びフロント業務の人件費、夜間警備費等の共益費</p> <p>管理費B 居室の水光熱費、事務費、日常運営業務に関わる人件費、健康管理費</p>
食費	<p>厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用。ただし喫食分を各食の料金内訳により徴収する。</p> <p>内訳：朝食 486円、昼食 770円、夕食 1,045円</p> <p>*朝食は軽減税率（8%）対象、昼食・夕食は標準課税（10%）になります。</p>
光熱水費	管理費に含まれます。
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	居室から発信する外線電話は、通話料が別途必要。（基本料は不要。ひかり回線使用）

(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	基本報酬、及び前掲加算の利用者負担分
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）	前掲「介護費用」参照

(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	老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定。詳細は別紙で示します	
想定居住期間（償却年月数）	自立型 7年8ヶ月	
償却の開始日	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）	701,200円～5,350,000円（詳細別紙参照）	
初期償却率	自立型 23.6%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<ul style="list-style-type: none"> 入居一時金－（入居一時金－初期償却額）÷想定居住月数÷30×（入居日から契約終了日までの日数） 初期償却費用については無利息で全額返還する。 ※月額利用料については日割計算で受領します。
	入居後3月を越えた契約終了	<ul style="list-style-type: none"> （入居一時金－初期償却額）×（契約終了日から想定居住期間満了日までの日数）÷（入居日の翌日から想定居住期間満了までの日数）
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	10人	女性	37人
年齢別	65歳未満	0人	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	9人	85歳以上	35人
要介護度別	自立	21人	要支援1	1人
	要支援2	4人	要介護1	4人
	要介護2	4人	要介護3	5人
	要介護4	3人	要介護5	0人
入居期間別	6か月未満	5人	6か月以上 1年未満	5人
	1年以上 5年未満	14人	5年以上 10年未満	13人
	10年以上 15年未満	4人	15年以上	6人

(入居者の属性)

平均年齢	87.0歳
入居者数の合計	47人
入居率※	74.6%
※ 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	12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)		
生前解約の状況	入居者側の申し出	0人		
		(解約事由の例)	在宅復帰希望	

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		ホーム内	
電話番号		078-612-7500	
対応している 時間	—	10:00~17:00	
	—	—	
定休日		—	
窓口の名称		神戸市福祉局監査指導部 法人・施設指導担当	神戸市消費者生活センター
電話番号		078-322-6242	078-371-1221
対応している 時間	平日	8:45~12:00 13:00~17:30	9:00~17:00
	土曜	—	—
	日曜・祝日	—	—
定休日		土日祝・年末年始	土日祝・年末年始
窓口の名称		兵庫県国民健康保険団体連合会	(公社)全国有料老人ホーム協会
電話番号		078-332-5617	03-3548-1077
対応している 時間	平日	8:45~17:15	月・水・金 9:00~17:00
	土曜	—	—
	日曜・祝日	—	—
定休日		土日祝・年末年始	火木土日祝・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	損保ジャパン日本興亜(株)
		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	平成28年6月25日
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり(館内掲示、資料配布) <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		

	2 未実施		
※ 1 の場合	実施日	平成 23 年 1 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	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	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	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	3 公開していない
財務諸表の要旨	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	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 ※複数選択可	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 ※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

同意年月日 _____年 _____月 _____日

利用者名 _____印

契約立会人名 _____印

説明年月日 _____年 _____月 _____日

説明者名 _____印

※ 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4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 / 無		
訪問入浴介護	有 / 無		
訪問看護	有 / 無		
訪問リハビリテーション	有 / 無		
居宅療養管理指導	有 / 無		
通所介護	有 / 無		
通所リハビリテーション	有 / 無		
短期入所生活介護	有 / 無		
短期入所療養介護	有 / 無		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	モア・アビテーション須磨	須磨区千守町1-5-23
福祉用具貸与	有 / 無		
特定福祉用具販売	有 / 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 / 無		
夜間対応型訪問介護	有 / 無		
認知症対応型通所介護	有 / 無		
小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
認知症対応型共同生活介護	有 / 無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / 無		
看護小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
居宅介護支援	有 / 無		
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問介護	有 / 無		
介護予防訪問入浴介護	有 / 無		
介護予防訪問看護	有 / 無		
介護予防訪問リハビリテーション	有 / 無		
介護予防居宅療養管理指導	有 / 無		
介護予防通所介護	有 / 無		
介護予防通所リハビリテーション	有 / 無		
介護予防短期入所生活介護	有 / 無		
介護予防短期入所療養介護	有 / 無		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	モア・アビテーション須磨	須磨区千守町1-5-23
介護予防福祉用具貸与	有 / 無		
特定介護予防福祉用具販売	有 / 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

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)	個別の利用料で実施するサービス				備 考
		(利用者が 全額負担)	包含	都度	料金	
介護サービス						
食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○		月額に 含む	保険給付+上乘介護 費
排泄介助・おむつ 交換	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○		月額に 含む	保険給付+上乘介護 費
おむつ代		<input checked="" type="checkbox"/> / 無		○	※別紙 料金表	自己負担
入浴（一般浴）介 助・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○	○	550 円 (税込) /1回	週2回まで介護保険 で提供。希望により3 回目を実費提供。
特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○	○	550 円 (税込) /1回	週2回まで介護保険 で提供。希望により3 回目を実費提供。
身辺介助（移動・ 着替え等）	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			保険給付+上乘介護 費
機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			保険給付+上乘介護 費
通院介助	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○	○	550 円 (税込) /15分	協力病院は保険給付 で提供。それ以外は 市内であれば実費提 供
生活サービス						
居室清掃	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○	○	550 円 (税込) /1回	週1回まで介護保険 で提供。それ以上は 実費提供。
リネン交換	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○		550 円 (税込) /1回	保険給付+上乘介護 費で2週1回提供。汚 染時は随時提供。
日常の洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○		550 円 (税込) /1回	保険給付+上乘介護 費で提供。3回目から 実費提供
居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無				保険給付+上乘介護 費で随時提供。
入居者の嗜好に応 じた特別な食事		<input checked="" type="checkbox"/> / 無		○	実費	食材の変更による対 応は実費
おやつ		<input checked="" type="checkbox"/> / 無				
理美容師による理 美容サービス		<input checked="" type="checkbox"/> / 無		○	カ ッ ト 1,900 円 (税込) /カラー 4,000 円 (税込)	外部からの訪問美容

買い物代行	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○	○	550 円 (税込) /1回	月2回まで介護保険 で提供。それ以上は 実費提供。
役所手続き代行	有 / <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> / 無		○	1,100 円 (税込) /1回	希望により実費提供
金銭・貯金管理		有 / <input checked="" type="checkbox"/>				
健康管理サービス						
定期健康診断		<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			年2回管理費で提供
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			保険給付+上乘介護 費
生活指導・栄養指 導	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			保険給付+上乘介護 費
服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			保険給付+上乘介護 費
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			保険給付+上乘介護 費
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	有 / <input checked="" type="checkbox"/>	有 / <input checked="" type="checkbox"/>				
入退院時の同行	有 / <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			上乘介護費+管理費
入院中の洗濯物交 換・買い物	有 / <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			上乘介護費+管理費
入院中の見舞い訪 問	有 / <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	○			上乘介護費+管理費