

重 要 事 項 説 明 書

記入年月日	令和 8 年 7 月 1 日
記入者名	山本 愛
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 / <u>法人</u>	※法人の場合、その種類	営利法人(株式会社)
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃひとわ 株式会社H I T O W A		
主たる事務所の所在地	〒108-6215	東京都港区港南二丁目1 5 番 3 号	
連絡先	電話番号	0 3 - 6 6 3 2 - 7 7 0 2	
	F A X 番号	0 3 - 6 7 3 6 - 5 5 8 7	
	ホームページアドレス	https://www.irs.jp	
代表者	氏名	須原 清貴	
	職名	代表取締役	
設立年月日	令和 2年 5月 7日		
主な実施事業	※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) 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	阪急電鉄神戸本線「六甲駅」駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	・阪急電鉄神戸線「六甲」駅より 徒歩約10分 (約800m) ・阪急電鉄神戸線「六甲」駅よりバス約5分 「篠原本町3 丁目」バス停下車、徒歩約2分(約130m) <車の場合> ・阪急電鉄神戸線「六甲」駅前より 約4分(約1.0k m)	
連絡先	電話番号	0 7 8 - 8 8 1 - 1 2 1 1	
	F A X 番号	0 7 8 - 8 8 1 - 1 2 2 2	
	ホームページアドレス	https:// www.irs.jp	
	メールアドレス	koberokko@irs.jp	
管理者	氏名	山本 愛	
	職名	ホーム長	
建物の竣工日		昭和 / <u>平成</u> / 令和	2 9 年 2 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和 / <u>平成</u> / 令和	2 9 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 / <u>平成</u> / 令和	2 9 年 3 月 1 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 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 2 0 3 4 0 9
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	令和 8 年 3 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成／ 令和 年 月 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	1, 142. 68 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（普通賃貸・定期賃貸）		
		※ 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 地下 1 階建		
		延床面積	全体	2, 330. 18 m ² m ²
			うち、有料老人ホーム部分	2, 308. 18 m ² m ²
	構造	☒ 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	☒ 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 ☒ 2 事業者が賃借する建物（普通賃貸・定期賃貸）		
		※ 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 29 年 2 月 1 日～令和 29 年 1 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】	1 全室個室（縁故者居室を含む） 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	☒ 有／無	有／ ☒ 無	有／ ☒ 無	20.10 m ²	42	介護居室個室
	タイプ 2	☒ 有／無	有／ ☒ 無	有／ ☒ 無	20.43 m ²	11	介護居室個室
	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		7 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		7 か所	
	共用浴室		3 か所	個室		2 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						☒ 有／無
入居者や家族が利用できる調理設備						有／ ☒ 無	
エレベーター		1 あり（車椅子対応） 1 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） 基					
		4 なし					
消防用設備等	消火器					☒ 有／無	
	自動火災報知設備					☒ 有／無	
	火災通報設備					☒ 有／無	
	スプリンクラー					☒ 有／無	
	防火管理者					☒ 有／無	
	防災計画					☒ 有／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	・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 ・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 ・お客様第一主義を念頭にお客様の要求を満たすこと
サービスの提供内容に関する特色	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。
入浴、排せつ又は食事の介護	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	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	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	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	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	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等の提供を行っていない場合省略可能

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 ※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を	入居継続支援加算	(Ⅰ)	有 / ☐ 無
		(Ⅱ)	有 / ☐ 無
	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	有 / ☐ 無
		(Ⅱ)	有 / ☐ 無
	ADL 維持等加算	(Ⅰ)	有 / ☐ 無
		(Ⅱ)	有 / ☐ 無
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	有 / ☐ 無
		(Ⅱ)	

確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。 ※２ 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	有 / ☐ 無
		(Ⅱ)	☒ 有 / ☐ 無
	若年性認知症入居者受入加算		有 / ☐ 無
	協力医療機関連携加算（※１）	(Ⅰ)	☒ 有 / ☐ 無
		(Ⅱ)	有 / ☐ 無
	口腔衛生管理体制加算（※２）		有 / ☐ 無
	口腔・栄養スクリーニング加算		有 / ☐ 無
	科学的介護推進体制加算		☒ 有 / ☐ 無
	退院・退所時連携加算		☒ 有 / ☐ 無
	退居時情報提供加算		☒ 有 / ☐ 無
	看取り介護加算	(Ⅰ)	☒ 有 / ☐ 無
		(Ⅱ)	有 / ☐ 無
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	有 / ☐ 無
		(Ⅱ)	有 / ☐ 無
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	有 / ☐ 無
		(Ⅱ)	有 / ☐ 無
	新興感染症等施設療養費		
	生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	☒ 有 / ☐ 無
		(Ⅱ)	有 / ☐ 無
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	有 / ☐ 無
		(Ⅱ)	有 / ☐ 無
		(Ⅲ)	有 / ☐ 無
	介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	有 / ☐ 無
		(Ⅱ)	☒ 有 / ☐ 無
		(Ⅲ)	有 / ☐ 無
		(Ⅳ)	有 / ☐ 無
		(Ⅴ)(１)	有 / ☐ 無
		(Ⅴ)(２)	有 / ☐ 無
		(Ⅴ)(３)	有 / ☐ 無
		(Ⅴ)(４)	有 / ☐ 無
		(Ⅴ)(５)	有 / ☐ 無
		(Ⅴ)(６)	有 / ☐ 無
		(Ⅴ)(７)	有 / ☐ 無
		(Ⅴ)(８)	有 / ☐ 無
		(Ⅴ)(９)	有 / ☐ 無
		(Ⅴ)(10)	有 / ☐ 無
		(Ⅴ)(11)	有 / ☐ 無
		(Ⅴ)(12)	有 / ☐ 無

		(V) (13)	有 / ☐ 無
		(V) (14)	有 / ☐ 無
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無			有 / ☐ 無
	※有の場合、介護・看護職員の配置率		:

(医療連携の内容)

医療支援		☐ 救急車の手配 ☐ 入退院の付き添い ☐ 通院介助 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 若葉会 六甲病院
		住所	兵庫県神戸市灘区土山町 5 番 1 号
		診療科目	内科、外科、整形外科、泌尿器科等
		協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 1 あり ☐ 2 なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 1 あり ☐ 2 なし
	2	名称	独立行政法人 労働者健康安全機構 神戸労災病院
		住所	兵庫県神戸市中央区籠池通 4 丁目 1 番 23 号
		診療科目	内科、外科、皮膚科、整形外科、等
		協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 1 あり ☐ 2 なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 1 あり ☐ 2 なし
	3	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	兵庫県神戸市東灘区田中町 3-13-17-102
		診療科目	内科、他

		協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
	4	名称	医療法人社団 EMIFULL 神戸ヒロ在宅クリニック		
		住所	兵庫県神戸市灘区森後町3丁目3-16 ホヌ森後町2階		
		診療科目	内科他		
		協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
		新感染症発症時に連携する医療機関	1 あり	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	兵庫県神戸市東灘区田中町3-13-17-102				
2 なし					
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			
	協力内容	訪問歯科診療及び口腔ケアの実施（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 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。
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 / ☐ 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 / ☐ 無	
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減	☒ 有 / ☐ 無
	便所の変更	有 / ☐ 無
	浴室の変更	有 / ☐ 無
	洗面所の変更	有 / ☐ 無
	台所の変更	有 / ☐ 無
	その他の変更	有 / ☐ 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	☒ 1 自立している者 ☒ 2 要支援の者 ☒ 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	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合 ・ 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 ・ 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 ・ 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	
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 28 条参照
	解約予告期間	90 日
入居者からの解約予告期間	・ 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 ・ 入居日から三月を経過した後は 30 日	
体験入居	☒ (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及びサービス付き高齢者向け住宅にあつては、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	0	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	26	11	15	21.0
うち介護職員	22	8	14	18.2
うち看護職員	4	3	1	2.8 機能訓練指導員 兼務
機能訓練指導員	1	1	0	0.2 看護職員兼務
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員	8	2	6	4.2
事務員	1	0	1	0.5
その他職員	1	0	1	
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	0	0	0
介護福祉士	7	1	6
実務者研修の修了者	3	3	0
初任者研修の修了者	7	4	3
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	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間		19 時 00 分～7 時 00 分
	平均人数	最小时人数（休憩者等を除く）
看護職員	0 人	0 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※	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 (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称		
	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 / ☐ 無	
		業務に係る資格等		☒ 有 / 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	3	1	0	0	0	0	0	1	0
前年度1年間の退職者数		1	1	6	3	0	0	0	0	1	0
員の 人数	業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満	2	0	3	13	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	1	1	5	1	0	0	1	0	1	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	1	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										☒ 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】		☒ 1 利用権方式 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】		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 ☒ 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		☒ 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		☒ 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	所在地域の自治体の発表する消費者物価指数や人件費に急激な変化があった場合
	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	プラン 5
入居者の状況※ 1	要介護度		要支援 1～ 要介護 5	要支援 1～ 要介護 5	要支援 1～ 要介護 5	要支援 1～ 要介護 5	
	年齢		一時金あり 75 歳未満	一時金なし	一時金あり 75～93 歳未 満	一時金なし	
居室の状況※ 2			a タイプ	a タイプ	b タイプ	b タイプ	タイプ
床面積			20.1 m ²	20.1 m ²	20.1～ 20.43 m ²	20.1～ 20.43 m ²	m ²
便所			☐ 有 / ☐ 無	☐ 有 / ☐ 無	☐ 有 / ☐ 無	☐ 有 / ☐ 無	有 / 無
浴室			有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	有 / 無
台所			有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	有 / 無
入居時点で 必要な費用	前 払 金		9,320,000 円	0 円	7,940,000 円	0 円	円
	敷金		0 円	0 円	0 円	0 円	円
月額費用の合計			193,351 円～ 213,271 円	248,351 円～ 268,271 円	228,351 円～ 248,271 円	308,851 円～ 328,771 円	円
家賃			75,000 円	130,000 円	110,000 円	190,500 円	円
サ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者生 活介護等の費用		5,787 円～ 25,707 円	5,787 円～ 25,707 円	5,787 円～ 25,707 円	5,787 円～ 25,707 円	円
	介 護 保 険 外	食費	57,564 円	57,564 円	57,564 円	57,564 円	円
		管理費※ 3	55,000 円	55,000 円	55,000 円	55,000 円	円
		介 護 費 用	0 円	0 円	0 円	0 円	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	円
		その他	0 円	0 円	0 円	0 円	円
都度払いとなるサービス			☐ 有 / ☐ 無	☐ 有 / ☐ 無	☐ 有 / ☐ 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」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。							

(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	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57,564円（税込）を徴収。1日1,920円（税込）として算出。 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730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。 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。 ※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。
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	別添2 参照 ・介護用品・消耗品実費等は実費 ・排泄用品廃棄料（使用量に関わらず一律1,100円（税込）/月）
その他のサービス利用料	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。 テレビの設置に伴う放送契約、放送受信料等は自己負担となります。

（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	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（上乗せサービス）	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		一部前払い金＝家賃相当額の一部(月額 55,000 円または 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] a タイプ 1,400,000 円 b タイプ 2,048,000 円 [75 歳～92 歳] a タイプ 1,470,000 円 b タイプ 2,144,000 円 [93 歳以上] a タイプ 850,000 円 b タイプ 1,242,000 円
初期償却率		[75 歳未満] 15% [75 歳以上～93 歳未満] 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	事業者は、老人福祉法及び同施行規則に則って短期解約特例を定め、入居日翌日より三月以内に本契約が解除、解約又は死亡により終了する場合、次の通りに対応します。 返還額＝一部前払金－(1 日当たりの家賃の額×入居日から起算して本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 日当たりの家賃の額は、1 ヶ月を 30 日として、次の通り算出します。 《算式方法》： 1 日当たりの家賃の額＝1 か月当たりの家賃の額(月額 130,000 円または 190,500 円)÷30 日 ※入居契約書第 2 3 条に定める家賃相当額の当月分及び翌月分を支払っていた場合は、当該金額は返還します。
	入居後 3 月を越えた契約終了	①『一部前払金の想定居住期間内の場合』 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、契約終了日から想定居住期間満了日までの額を返還します。 【返還金＝(一部前払金－初期償却額)÷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】 ※1,000 円未満の端数が生じた場合はこれを切上げます。 ②『一部前払金の想定居住期間経過後』 一部前払金の返還はございません。
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	
	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	9 人	女性	42 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	12 人	85 歳以上	38 人
要介護度別	自立	1 人	要支援 1	1 人
	要支援 2	5 人	要介護 1	11 人
	要介護 2	12 人	要介護 3	6 人
	要介護 4	5 人	要介護 5	10 人
入居期間別	6 か月未満	8 人	6 か月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	31 人	5 年以上 10 年未満	8 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	91 歳
入居者数の合計	51 人
入居率※	96.2%
※ 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	12 人	死亡者	1 人
	その他	1 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	13 人		
		(解約事由の例)	・ 専門的なリハビリを受けたい ・ 医師からの助言(入院先にて)	

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	9:00~17:00	
	土曜	9:00~17:00	
	日曜・祝日	9:00~17:00	
定休日		-	
窓口の名称		株式会社HITOWA 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		兵庫県国民健康保険団体連合会	
電話番号		078-332-5617	
対応している 時間	平日	8:45~17:15	
	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	☐ 1 加入済み 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
		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	☐ 1 対応あり（事故対応及びその予防のための指針あり） 2 対応あり（事故対応及びその予防のための指針なし） 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	☐ 1 取組あり 2 取組なし		
	※ 1 の場合	実施日・開始日	年 1 回
		結果の開示	☐ 1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 実施済み ☐ 2 未実施		
	※ 1 の場合	実施日	平成／令和 年 月 日
		評価機関名称	
		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	☐ 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		

高齢者虐待防止のための 取組の状況	虐待防止対策検討委員 会の定期的な開催	☐ 1	あり	☐ 2	なし
	指針の整備	☐ 1	あり	☐ 2	なし
	定期的な研修の実施	☐ 1	あり	☐ 2	なし
	担当者の配置	☐ 1	あり	☐ 2	なし
身体的拘束等の適正化の ための取組みの状況	身体的拘束等適正化検 討委員会の開催	☐ 1	あり	☐ 2	なし
	指針の整備	☐ 1	あり	☐ 2	なし
	定期的な研修の実施	☐ 1	あり	☐ 2	なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の 行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと				
	1 あり	身体的拘束等 を行う場合の 態様及び時間、 入居者の状況 並びに緊急や むを得ない場 合の理由の記 録		1 あり 2 なし	
	☐ 2 なし				
業務継続計画の策定状況 等	感染症に関する業務継続計画	☐ 1	あり	☐ 2	なし
	災害に関する業務継続計画	☐ 1	あり	☐ 2	なし
	職員に対する周知の実施	☐ 1	あり	☐ 2	なし
	定期的な研修の実施	☐ 1	あり	☐ 2	なし
	定期的な訓練の実施	☐ 1	あり	☐ 2	なし
	定期的な業務継続計画の見直 し	☐ 1	あり	☐ 2	なし
提携ホームへの移行【表示事 項】	☐ 1 移行あり（提携ホーム名：イリーゼ各ホーム） ☐ 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	☐ 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） ☐ 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	☐ 居室が個室ではない (☐ 全室 ・ ☐ 居室の一部) ☐ 一般居室の 1 人当たり床面積が 18㎡未満 (☐ 全室 ・ ☐ 居室の一部) ☐ 廊下の幅員が基準を満たさない (具体的に) ☐ 消防法等に定める設備等の設置なし (☐ 自動火災報知設備・☐ 通報装置・☐ スプリンクラー) ☐ 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

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）」の別紙5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	☒ / 無	イリーゼ神戸 六甲他	神戸市灘区篠原本町4丁目6番3号
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	☒ / 無	イリーゼ神戸 六甲他	神戸市灘区篠原本町4丁目6番3号
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	
介護介護医療院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	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				○	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
口腔衛生管理	有 / 無	有 / 無		○		
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		有 / 無		○		応相談

じた特別な食事						
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		☒ 有 / 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	☒ 有 / 無	☒ 有 / 無	○			
生活指導・栄養指導	☒ 有 / 無	☒ 有 / 無	○			
服薬支援	☒ 有 / 無	☒ 有 / 無	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	☒ 有 / 無	☒ 有 / 無	○			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	☒ 有 / 無	☒ 有 / 無		○		協力医療機関への送迎時は無料。 指定医療機関以外は個別対応サービス10分550円(税込)
入退院時の同行	有 / ☒ 無	☒ 有 / 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 / ☒ 無	☒ 有 / 無		○	10 分 550 円 (税込)	お客様の希望時
入院中の見舞い訪問	有 / ☒ 無	☒ 有 / 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（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、月額サービスの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。