

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 5年 7月 1日
記入者名	立石 なおみ
所属・職名	イリーゼ神戸青木・ホーム長

## 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	営利法人(株式会社)
名称	(ふりがな) ひとわけあさーびすかぶしきがいしゃ HITOWAケアサービス株式会社		
主たる事務所の所在地	〒108-6215	東京都港区港南二丁目15番3号	
連絡先	電話番号	03-6632-7702	
	FAX番号	03-6736-5587	
	ホームページアドレス	http://www.irs.jp	
代表者	氏名	袴田 義輝	
	職名	代表取締役	
設立年月日	平成18年11月1日		
主な実施事業	※別添1 (別の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) いりーぜこうべおおぎ イリーゼ神戸青木		
所在地	〒658-0027	兵庫県神戸市東灘区青木2丁目4番26号	
主な利用交通手段	最寄駅	阪神電鉄本線「青木駅」	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	阪神電鉄本線「青木駅」より徒歩約8分(約630m)	
連絡先	電話番号	078-451-3311	
	FAX番号	078-451-3312	
	ホームページアドレス	http://www.irs.jp	
	メールアドレス	kobeogi@irs.jp	
管理者	氏名	立石 なおみ	
	職名	ホーム長	
建物の竣工日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成 29年 7月 3日		
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 平成 29年 8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】

<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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型	※1又は2	介護保険事業者番号	2870103492
	に該当する 場合	指定した自治体名	神戸市
		事業所の指定日	令和2年8月1日
		指定の更新日(直近)	令和 年 月 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	1359.76 m <sup>2</sup> (公簿・ <input checked="" type="checkbox"/> 実測)			
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら全てを所有する土地 <input type="checkbox"/> 2 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地 <input 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	有 (平成年月日 ~ 令和年月日) / 無		
契約の自動更新		有 / 無			
建 物	規模	地上5階建			
		延床面積	全体	2,588.18 m <sup>2</sup>	
			うち、有料老人ホーム部分	2,588.18 m <sup>2</sup>	
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 (一部) <input checked="" 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 type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無			
	※2に該当する場合				
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (平成29年7月3日 ~ 令和29年7月2日) / 無			
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無				

居室の状況	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 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
	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	18.0 m <sup>2</sup>	66 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	m <sup>2</sup>	
	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	m <sup>2</sup>	
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	m <sup>2</sup>		
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	m <sup>2</sup>		
※「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	0 か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5 か所		
	共用浴室	1 か所	個室	0 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					<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) 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	食堂 (機能回復訓練室兼用) 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	<p>① 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、ホスピタリティあふれる企業を目指す事</p> <p>② 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事</p> <p>③ お客様第一主義を念頭に、お客様の要求を満たす事</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>お一人おひとり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を考え、されたい介護で対応させて頂いております。</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：HITOWAフードサービス㈱）</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>

(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		有 / <input type="checkbox"/> 無	
	夜間看護体制加算		有 / <input type="checkbox"/> 無	
	医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	看取り介護加算		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)イ		有 / <input type="checkbox"/> 無
		(I)ロ		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 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 4 その他（訪問診療医の確保等）	
協力医療機関	1	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 パレルミエール岡本 102
		診療科目	外科、内科、
		協力内容	外来診療、時間外の受診・治療、病状急変時の受け入れに関する事。また、これらに付随する医療行為に関する事
		訪問診療協力内容	訪問診療、オンコール対応、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
	2	名称	医療法人財団春日野会 春日野会病院 ✓
		住所	兵庫県神戸市中央区野崎通 4丁目 1-2
		診療科目	内科、整形外科、リハビリテーション科
		協力内容	外来診療、時間外の受診・治療、病状急変時の受け入れに関する事。また、これらに付随する医療行為に関する事
		訪問診療協力内容	訪問診療、緊急時の医療行為、オンコール対応、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談医療費その他の費用は入居者の自己負担）
協力歯科医療機関		名称	たかはし歯科 ✓

	住所	兵庫県神戸市東灘区本山中町4丁目8-8
	協力内容	訪問診療、定期健診、健康管理に関する相談（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 <input checked="" type="checkbox"/> その他（居室の住み替え可）	
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。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。	
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 / <input checked="" type="checkbox"/> 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 / <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
	その他の変更	有 / <input checked="" 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	1 自立している者 2 要支援の者 3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護の者
留意事項	概ね60歳以上または、日常生活で介護を必要とする人
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul>
	解約予告期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入居日から3月以内は書面による通知で直ちに本契約の解除</li> <li>・ 3月以降は30日以上前に書面で予告することにより本契約の解除</li> </ul>
入居者からの解約予告期間	入居日から三月を経過した後は30日	
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> (内容: 7泊8日以内 1泊2日 11,000円(税込) / 無	
入居定員	66人	
その他 ※	<p>月払い利用料の計算起算日から三月以内において、契約終了となった場合、受領済みの月額利用料の金額から次にあげる費用を控除した残額を、居室の明け渡しを受けた翌々月末に返還します。</p> <p>① 日割計算に基づく入居契約書第23条から第25条に定める費用</p> <p>② 入居契約書第30条に定める原状回復費用</p>	
その他 ※(同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要)		

※ 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	26	16	10	26.8
うち介護職員	29	17	12	23.9
うち看護職員	4	1	3	2.9(うち1名機能訓練指導員兼務)
機能訓練指導員	1	0	1	0.2(看護職員兼務)
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				(委託)
調理員				(委託)
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40時間00分
※ 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	11	6	5
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	12	9	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	
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	19時～翌7時		
	平均人数	最小時人数(休憩者等を除く)	
看護職員	0人	0人	
介護職員	3人以上	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
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	

※ 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	
	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	1	1						
前年度1年間の退職者数	2		4	4	1						
員の人数 業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満			1		1					
	1年以上			5	3						
	3年未満										
	3年以上	1	3	5	4				1	1	
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満			6	5						
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 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】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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 / <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	運営懇談会の意見を聴き、同意を得て行う。
	手続き	—

(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	
入居者の状況※1	要介護度	支援1～介護5	支援1～介護5			
	年齢	60歳以上	60歳以上			
居室の状況※2		Aタイプ	Bタイプ	タイプ	タイプ	
床面積		18.0㎡	18.0㎡	㎡	㎡	
便所		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	
浴室		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	円	円	
	敷金	0円	0円	円	円	
月額費用の合計(税込)		200,000円	230,000円	円	円	
家賃(非課税)		91,000円	121,000円	円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用	5,724円～ 25,423円 (1割負担の場合)	5,724円～ 25,423円 (1割負担の場合)	円	円	
	介護保険外	食費※4	54,000円	54,000円	円	円
		管理費(税込)※3	55,000円	55,000円	円	円
		介護費用	円	円	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	円
その他	0円	0円	円	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	有 / 無	有 / 無	
<p>◎ 自立の方は、別途、生活サポート費として39,000円(税込42,900円)がかかります。            内容：夜間2時間毎の巡回、緊急時対応、健康相談</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※4 軽減税率(8%)適用の場合</p>						

## (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。(非課税)
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・共用施設等の維持管理費
食費	<p>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54,000円(税込)を徴収。1日1,800円(税込)として算出。</p> <p>軽減税率(8%)の対象となる飲食物品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。それ以外の飲食物品の提供及び1食あたり640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。</p> <p>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。</p> <p>※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。</p>
光熱水費	管理費に含む。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	<p>人件費、消耗品費を勘案して算出。</p> <p>別添2参照</p> <p>排泄用品廃棄料(使用量に関わらず一律1,100円(税込)/月)</p>
その他のサービス利用料	<p>自立の方は別途、生活サポート費として39,000円(税込42,900円)がかかります。</p> <p>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。</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	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(上乘せサービス)	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	
想定居住期間(償却年月数)	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)	円
初期償却率	%

返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を越えた契約終了	
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	13人	女性	50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	7人	85歳以上	53人
要介護度別	自立	1人	要支援1	5人
	要支援2	3人	要介護1	17人
	要介護2	10人	要介護3	19人
	要介護4	10人	要介護5	8人
入居期間別	6か月未満	8人	6か月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	47人	5年以上10年未満	0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	89歳
入居者数の合計	63人
入居率※	95%

※ 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	3人
	医療機関	6人	死亡者	7人
	その他	4人		
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)		0人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)	医療行為が定期的に必要となった為 他施設の移動 ご家族と同居のため	20人

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		HITOWA ケアサービス株式会社 お客様相談センター	イリーゼ 神戸青木	①兵庫県国民健康保険団体連合会 ②神戸市高齢福祉課 ③神戸市消費生活センター ④神戸市監査指導部
電話番号		0120-765-600	078-451-3311	①078-332-5617 ②078-322-5226 ③078-371-1221 ④078-322-6326
対応している時間	平日	9:00～17:00	9:00～18:00	①8:45～17:15 ②8:45～12:00, 13:00～17:30 ③8:45～17:30 ④8:45～12:00, 13:00～17:30
	土曜	9:00～17:00	9:00～18:00	—
	日曜・祝日 (12/31～1/3を除く)	9:00～17:00	9:00～18:00	—
定休日		なし	なし	①、②、③、④ 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	<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	東京海上日動火災保険株式会社
	合	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	<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	アンケート年1回 意見箱 随時設置
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり (運営懇談会にて開示) <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 年 月 日
		合	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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） <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                      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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
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"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	イリーゼ神戸六甲	兵庫県神戸市灘区篠原本町4丁目6番3号 他1
福祉用具貸与	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定福祉用具販売	有 / <input type="checkbox"/> 無		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
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"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	イリーゼ神戸六甲	兵庫県神戸市灘区篠原本町4丁目6番3号 他1
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>			
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 / 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		

○

○