

重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	
所属・職名	

1. 事業者の概要

種類	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 しんりょうふあしりてい 株式会社 新菱ファシリティ		
主たる事務所の所在地	〒659-0092	兵庫県芦屋市大原町13番1号	
連絡先	電話番号	0797-32-1234	
	FAX番号	0797-38-0208	
代表者	氏名	香西 正雄	
	職名	代表取締役	
設立年月日	平成 17 年 2 月 9 日		
主な実施事業	有料老人ホーム事業、介護保険事業 ※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) めでいけあはうすこうべきた メディケアハウス神戸北		
所在地	〒651-1306	兵庫県神戸市北区菖蒲が丘1丁目534番地59	
主な利用交通手段	最寄駅	神戸電鉄「田尾寺」駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	駅から1.5 km (徒歩約20分)	
連絡先	電話番号	078-952-0662	
	FAX番号	078-952-0664	
	ホームページアドレス		
	メールアドレス	info@kifmec.org	
管理者	氏名	森下 直矢	
	職名	管理部長	
建物の竣工日	平成 3年 7月		
有料老人ホーム事業の開始日	令和 5年 2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）
<input checked="" type="checkbox"/>	住宅型
4	健康型

3. 建物概要

土 地	敷地面積	2280.56 m ² （実測）		
	所有関係	事業者が自ら全てを所有する土地		
		抵当権の有無	有 / <input type="checkbox"/> 無	
建 物	規模	5 階建		
		延床面積	全体	2984.4 m ²
			うち、有料老人ホーム部分	2360.4 m ²
	構造	鉄筋コンクリート造		
	耐火構造	耐火建築物		
	所有関係	事業者が自ら所有する建物		
抵当権等の有無		有 / <input type="checkbox"/> 無		

居室の状況	居室区分 【表示事項】	全室個室					
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分
	タイプ1	有	無	無	15.93 m ²	90	一般居室個室
共用施設	共用浴室	5 か所		個室	2 か所		
	共用浴室に設置された介助浴槽	3 か所		チェアー浴	1 か所		
				ストレッチャー浴	2 か所		
	食堂						<input 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 type="checkbox"/> 無
	エレベーター	車椅子対応	1 基				
ストレッチャー対応		1 基					
消防用設備等	消火器						<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	自動火災報知設備						<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	火災通報設備						<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	スプリンクラー						<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	防火管理者						<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	防災計画						<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
その他	テレビ回線、ロビー等						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	人が人らしくあるために快適で安定した生活を営むことのできる住環境を提供します。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関との連携により、入居者が適切な治療を受けられるように医療・看護・介護の三位一体でのサービスの提供を行います。
入浴、排せつ又は食事の介護	サービスの提供あり（委託）
食事の提供	サービスの提供あり（委託）
洗濯、掃除等の家事の供与	サービスの提供あり（委託）
健康管理の供与	サービスの提供あり（委託）
安否確認又は状況把握サービス	サービスの提供あり（委託）
生活相談サービス	サービスの提供あり（設置者が自ら実施）

(医療連携の内容)

医療支援	救急車の手配 その他（訪問診療医の確保等）	
協力医療機関	名称	であい乳腺消化器医院
	住所	兵庫県神戸市北区菖蒲が丘 1 丁目 534-59
	診療科目	乳腺外科、消化器内科、外科、内科
	協力内容	かかりつけ医として内科医の訪問診療
協力歯科医療機関	名称	岩田歯科医院
	住所	兵庫県神戸市北区八多町下小名田 634-4
	協力内容	訪問歯科診療

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	1. 自立している 2. 要支援の者 3. 要介護の者	
留意事項	概ね 60 歳以上 であること 他の入居者と協調した生活ができること	
契約の解除の内容	1. 入居者が逝去した場合 2. 入居者、または事業者から解約した場合	
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合等
	解約予告期間	2 か月
入居者からの解約予告期間	1 か月	
体験入居	有 / 無	
入居定員	90 人	
その他	入所者は、介護保険によるサービス提供を希望する場合、自由に事業所を選択することができる。	

5 職員体制

(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				
直接処遇職員				
うち介護職員				
うち看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1
その他職員	1		1	0.3
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。				

(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							
	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										
前年度1年間の退職者数										
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
10年以上										
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】		建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式【表示事項】		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		日割り計算で減額
利用料金の改定	条件	物価変動、人件費上昇等により改定する場合がある。
	手続き	運営懇談会にて意見を聞く。

(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	要介護度	要支援 要介護				
	年齢	概ね 60 才以上				
居室の状況		A タイプ	タイプ	タイプ	タイプ	
床面積		15.93 m ²	m ²	m ²	m ²	
便所		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
浴室		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で必要な費用	敷金	300,000 円	円	円	円	
月額費用の合計		147,140 円	円	円	円	
家賃		55,000 円	円	円	円	
サービス費用	介護保険サービスの費用	1 割 (2,3 割)	円	円	円	
	介護保険外	食費	43,740 円	円	円	円
		管理費	16,500 円	円	円	円
		健康管理費	16,500 円	円	円	円
		光熱水費	15,400 円	円	円	円
	その他	円	円	円	円	
都度払いとなるサービス		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	建物の設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出
敷金	家賃の約 5.5 か月分
健康管理費	夜間の安否確認 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費	共用施設の維持管理・修繕費、事務管理部門の人件費・事務費
食費	1日3食を提供するための費用
光熱水費	一人あたり 15,400 円の定額
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	NHK 受信料は、入居者負担とする。

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	52 人	女性	34 人
年齢別	65 歳未満	13 人	65 歳以上 75 歳未満	24 人
	75 歳以上 85 歳未満	32 人	85 歳以上	17 人
要介護度別	自立	0 人	要支援 1	2 人
	要支援 2	3 人	要介護 1	12 人
	要介護 2	15 人	要介護 3	14 人
	要介護 4	20 人	要介護 5	20 人
入居期間別	6 か月未満	13 人	6 か月以上 1 年未満	18 人
	1 年以上 5 年未満	38 人	5 年以上 10 年未満	16 人
	10 年以上 15 年未満	1 人	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	75.歳
入居者数の合計	86 人
入居率	96%

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	4 人	社会福祉施設	0 人
	医療機関	3 人	死亡者	28 人
	その他	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	7 人		
(解約事由の例)		在宅への退院が不可能なケース別の有料老人ホーム等に入所のケース		

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)

窓口の名称		事務室	神戸市福祉局監査指導部
電話番号		078-952-0662	078-322-6242
対応している 時間	平日	9:00～17:30	8:45～12:00、13:00～17:30
	土曜	休み	休み
	日曜・祝日	休み	休み
定休日		土曜・日曜・祝日	土曜・日曜・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	加入済み	
	加入する保険会社の名称	
	加入する保険の名称	
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	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	取組なし	
	実施日・開始日	令和 年 月 日
	結果の開示	1 あり () 2 なし
第三者による評価の実施状況	未実施	
	実施日	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	<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	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 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】	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	届出あり
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） <input type="checkbox"/> 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	<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 checked="" type="checkbox"/> 一般居室の 1 人当たり床面積が18㎡未満（ <input checked="" 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 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。

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	有 / 無		
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	ハルカス	神戸市北区菖蒲が丘1-534-59
<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	有 / 無		
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	ハルカス	神戸市北区菖蒲が丘1-534-59
<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				
排泄介助・おむつ交換		有 / 無				
おむつ代		有 / 無	○			実費精算
入浴（一般浴）介 助・清拭		有 / 無				
特浴介助		有 / 無				
身辺介助（移動・着 替え等）		有 / 無				
機能訓練		有 / 無				
通院介助		有 / 無				
生活サービス						
居室清掃		有 / 無				
リネン交換		有 / 無				
日常の洗濯		有 / 無				
居室配膳・下膳		有 / 無				
入居者の嗜好に応 じた特別な食事		有 / 無				
おやつ		有 / 無		○		実費精算
理美容師による理 美容サービス		有 / 無		○	2千円	
買い物代行		有 / 無				
役所手続き代行		有 / 無	○			
金銭・貯金管理		有 / 無	○			
健康管理サービス						
定期健康診断		有 / 無		○		実費
健康相談		有 / 無	○			
生活指導・栄養指導		有 / 無				
服薬支援		有 / 無				
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)		有 / 無				
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス		有 / 無				
入退院時の同行		有 / 無				
入院中の洗濯物交 換・買い物		有 / 無				
入院中の見舞い訪 問		有 / 無				

※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。