

リアンレーヴ東灘住吉

サービス付き高齢者向け住宅 重要事項説明書

重要事項説明書

記入年月日	年 月 日
記入者名	南 尚樹
所属・職名	リアンレーヴ東灘住吉・施設長

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
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃきのしたのかいご 株式会社 木下の介護		
主たる事務所の所在地	〒163-1329	東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー29階	
連絡先	電話番号	03-5908-1310	
	FAX番号	03-5908-2382	
	ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/	
代表者	氏名	佐久間 大介	
	職名	代表取締役	
設立年月日	1995年 10月 26日		
主な実施事業	有料老人ホーム、通所介護、訪問介護、居宅介護支援、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護の企画・開発・運営 ※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) りあんれーヴひがしなだすみよし リアンレーヴ東灘住吉	
所在地	〒658-0053	兵庫県神戸市東灘区住吉宮町1丁目7番8号
主な利用交通手段	最寄駅	阪神本線「住吉」駅
	最寄駅からの交通手段と所要時間	阪神本線「住吉」駅より徒歩1分
連絡先	電話番号	078-822-3355
	FAX番号	078-822-3010
	ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lien-reve_higashinadasumiyoshi.html
	メールアドレス	reve-higashinadasumiyoshi@kinoshita-group.co.jp
管理者	氏名	南 尚樹
	職名	施設長
建物の竣工日	2022年9月20日	
サービス付き高齢者向け住宅事業の開始日	2022年11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、

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）	
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	2870103773
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	2022年11月1日
	指定の更新日（直近）	2028年11月1日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	1,811.08 m ²		
	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		
		※ 1 又は 2 に該当する場合		
		抵当権の有無	有 / 無	
建 物	規模	5階建 1棟		
		延床面積	全体	3,842.94 m ²
			うち、有料老人ホーム部分	3,842.94 m ²
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他（ ）		
耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他（ ）			
建 物	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"/> (2022年 10月 1日 ~ 2052年 9月 30日) / 無		
	契約の自動更新	有 / <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※
	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	18.60 m ²	96	介護居室個室
	タイプ2	<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	19.61 m ²	1	介護居室個室
	タイプ3	<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	19.94 m ²	2	介護居室個室
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 ²			
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 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	6 か所	うち男女別の対応が可能な便房	か所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6 か所			
	共用浴室	4 か所	個室	2 か所			
			大浴場	1 か所			
			機械浴室	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	か所			
			リフト浴	か所			
			ストレッチャー浴	1 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			<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input 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 <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	【居室設備】 介護用ベッド、トイレ、洗面設備、エアコン、スプリンクラー、ナースコール、照明設備、カーテン 【その他共用施設】 機能訓練室 (食堂兼用)、地域交流スペース、健康管理室、応接室 ※ テレビ、電話回線、緊急通報措置や談話室、機能訓練室等の状況、バリアフリーの対応状況を記載すること。						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>私たちは、入居者・家族・地域の方々・職員の幸せのため、何をすべきか、何ができるかを考え行動すること、これを原点に介護事業に取り組んでいます。心を込めてお一人おひとりに向き合い寄り添うこと、それが何より重要と考えます。人と人との関わりを大切にし、そこから学び、互いに教え合い、穏やかで温もり溢れる日々をお過ごしいただけるよう、務めてまいります。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>ホームでの生活は、入居者が居室に籠ることなく、他の入居者との接点を提供し、自然に入居者同士のコミュニティが出来るように関わって参ります。また、入居者が出来ることはご自分で、出来ないことを職員や他の入居者が支え合うことで、身体レベル等の維持・向上を目指し、入居者がホームで過ごす日々を楽しんで頂けるよう、入居者の生活全般のサポートを行って参ります。</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） ② サービスの提供あり（委託） 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） ② サービスの提供あり（委託） 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） ② サービスの提供あり（委託） 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） ② サービスの提供あり（委託） 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） ② サービスの提供あり（委託） 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） ② サービスの提供あり（委託） 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		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	夜間看護体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	協力医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	看取り介護加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	退去時情報提供加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input checked="" type="checkbox"/> 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
	生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
介護職員等処遇改善加算	(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" 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	1	名称	甲南医療センター
		住所	兵庫県神戸市東灘区鴨子ヶ原 1-5-16
		診療科目	内科
		協力内容	健康管理、24 時間オンコール体制による医療サービスの提供、緊急時対応、入院の手配
	2	名称	おはなクリニック
		住所	兵庫県西宮市甲子園六番町 12-9 甲子園六番館 203 号
		診療科目	内科、外科、麻酔科
		協力内容	往診、24 時間オンコール体制による医療サービスの提供、緊急時対応のアドバイス、健康相談

協力歯科医療機関	名称	井上歯科医院
	住所	兵庫県西宮市六湛寺町 12-10 サングリーンビル 2階
	協力内容	訪問歯科診療

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (別の介護居室)	
判断基準の内容	適切な介護サービス提供のため、医師の意見を聴き、入居者及び身元引受人等の同意を得て、一定の観察期間を設けます。	
手続きの内容	(1) 医師の意見を聴くこと (2) 入居者及び身元引受人等の同意を得ること (3) 一定の観察期間を設けること	
追加的費用の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室にて発生	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無

(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 checked="" type="checkbox"/> 1 自立している者 <input checked="" type="checkbox"/> 2 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要介護の者	
留意事項	原則として 60 歳以上の自立・要支援・要介護の方	
契約の解除の内容	<p>入居者は、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なうことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める届出書を事業者に提出するものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p>	

	<p>3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。</p> <p>一 第50条（反社会的勢力の排除）の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき</p> <p>（上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書第33条「入居者からの契約解除」を参照下さい）</p>	
設置者から解約を求める場合	解約条項	<p>【事業者からの契約解除】</p> <p>事業者は、入居者が以下のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書等に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき ・事業者が規定する禁止又は制限される行為に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員に心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける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 ・入居者等による事業者の従業員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者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（上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書第32条「事業者からの契約解除」を参照下さい）
	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	<p><input checked="" type="checkbox"/> / 無 ※ 有の場合、内容（料金等）を記載すること。</p> <p>体験入居費用：1泊当たり14,400円/泊</p> <p>体験入居期間：原則7泊8日以上2週間まで</p> <p>備考：夕・朝食付き（2泊以上の利用で昼食無料）</p>	
入居定員	99人	
その他 ※		

※ 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				
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				
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
※ 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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
訪問介護員 1 級			
訪問介護員 2 級			
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		16時～ 10時
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	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)		
※ 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 type="checkbox"/> 有 / 無								
			※ 有の場合、資格等の名称		介護福祉士、介護支援専門員						
	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	0	0	7	21	1	0	0	0	0	2	
前年度1年間の退職者数	0	0	4	12	1	0	0	0	0	1	
の人数 業務に従事した経験年数に応じた職員	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									<input 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 type="checkbox"/> 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 <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	<input 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	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案した上で所定の手続きに則り改定します。
	手続き	運営懇談会を開催し入居者及び身元引受人等の意見を聴いた上で改定を行います。

(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	要介護3	要介護3	要介護3	自立		
	年齢	85歳	85歳	85歳	85歳		
居室の状況※2		タイプ1	タイプ1	タイプ1	タイプ1	タイプ	
床面積		18.60 m ²	18.60 m ²	18.60 m ²	18.60 m ²	m ²	
便所		<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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	
浴室		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無				
台所		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / 無				
入居時点で必要な費用	前払金 <small>対象：要介護1以上</small>	2,400,000円	4,800,000円	0円	0円	円	
	敷金	円	円	円	円	円	
月額費用の合計		245,470円	202,470円	288,470円	300,000円	円	
家賃		70,000円	27,000円	113,000円	113,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用	(1割負担) 21,470円	(1割負担) 21,470円	(1割負担) 21,470円	—円	円	
	介護保険外	食費	36,300円	36,300円	36,300円	36,300円	円
		厨房管理費	37,500円	37,500円	37,500円	37,500円	
		管理費※3	80,200円	80,200円	80,200円	80,200円	円
		介護費用	—円	—円	—円	—円	円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む	管理費に含む	管理費に含む	円
その他	0円	0円	0円	(自立のみ) 自立生活サポート費 33,000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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 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 「用途」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。

※4 居室に設置したテレビに係るNHK等の放送契約及び受信料の支払いは各自にてお願いします。

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	居室及び共用施設等の費用、不動産を所有する第三者に支払う賃料等を基礎に算定（施設利用費）
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	（管理共益費） 施設運営に関わる維持・管理費、水道光熱費、本社管理部門人件費等
食費	厨房委託業者へ支払う委託料より算出 （朝食289円・昼食402円・夕食519円）／日 ※朝食のみ軽減税率適用
厨房管理費	委託業者へ支払う委託料より算出 歴月で1月食事の提供がなかった場合は徴収いたしません。
光熱水費	専用居室及び共用部分の水道光熱費として管理共益費に含まれます。
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	（自立者のみ）自立生活サポート費：33,000円/月 自立入居者に対応する人件費を基礎に算定

(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	要介護度に応じて介護費用の1割～3割を徴収する
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) ※ 前払金を受領していない場合は、省略可能

算定根拠	<ul style="list-style-type: none"> ・内訳：オーナーに支払う地代家賃等を基礎に算定（施設利用費） ・算定根拠：前払金の算定にあたっては、厚生労働省・国土交通省事務連絡（平成23年11月22日付）で示された以下の算式に基づき算定します。 $\text{前払金} = (1 \text{ヶ月分の家賃等の額}) \times (\text{想定居住期間 } 60 \text{ヶ月}) + (\text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて有料老人ホームの設置者が受領する額})$
想定居住期間（償却年月数）	5年（60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）		720,000 円、1,440,000 円
初期償却率		30%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	返還金＝前払金－1ヶ月分の家賃等の償却額÷30×入居日から起算して契約解除等された日までの日数
	入居後3月を越えた契約終了	返還金＝（前払金－初期償却額）÷想定居住期間×（想定居住期間－経過月数） *入居・退去月については1ヶ月を30日として日割計算し、算出した日額は小数点以下を切り捨ていたします。 *居室の原状回復費及び支払債務がある場合は実費を差し引かれる場合があります。
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	りそな銀行
	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	人	女性	人
年齢別	65歳未満	人	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	人	85歳以上	人
要介護度別	自立	人	要支援1	人
	要支援2	人	要介護1	人
	要介護2	人	要介護3	人
	要介護4	人	要介護5	人
入居期間別	6か月未満	人	6か月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人	15年以上	人

（入居者の属性）

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%

※ 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	2人	社会福祉施設	人
	医療機関	7人	死亡者	11人
	その他	3人		
生前解約の状況	施設側の申し出			人
		(解約事由の例)		
	入居者側の申し出			12人
		(解約事由の例)	在宅生活希望。リハビリ希望により転居。	

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		株式会社木下の介護 (介護ご意見 110 番)	リアンレーヴ東灘住吉
電話番号		0120-100-537	078-822-3355
対応している 時間	平日	10時00分～18時00分	9時00分～18時00分
	土曜	—	9時00分～18時00分
	日曜・祝日	—	9時00分～18時00分
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始	なし

窓口の名称		神戸市福祉局監査指導部	兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口
電話番号		078-322-6242	078-332-5617
対応している 時間	平日	8時45分～12時00分、 13時00分～17時30分	8時45分～17時15分
	土曜	—	—
	日曜・祝日	—	—
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始除く	土曜・日曜・祝日・年末年始除く

窓口の名称		神戸市消費者生活センター (契約 についてのご相談)	
電話番号		078-371-1221	
対応している 時間	平日	9時00分～17時00分	
	土曜	—	
	日曜・祝日	—	
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始除く	

(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 checked="" type="checkbox"/> 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保
		加入する保険の名称	施設所有(管理)者・生産物賠償責任保険
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 checked="" 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) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 取組あり(弊社運営の施設にて令和元年度実施実績あり) 2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	2025年10月16日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり() 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 実施済み <input checked="" type="checkbox"/> 2 未実施		
	※1の場合	実施日	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	<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】	1 移行あり（提携ホーム名： ） 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	<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

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。

※ 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「登録事項等についての説明」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、「登録事項等についての説明」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 / <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	有 / <input type="checkbox"/> 無		
福祉用具貸与	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定福祉用具販売	有 / <input type="checkbox"/> 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 / <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		
<居宅介護予防サービス>			
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	有 / <input type="checkbox"/> 無		
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		
<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 / <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 / <input type="checkbox"/> 無		
<介護福祉施設>			
介護老人福祉施設	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護老人保健施設	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護療養型医療施設	有 / <input type="checkbox"/> 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※4
		（利用者が 全額負担）	包含 ※2	都度 ※2	料金※3	
介護サービス						
巡回	有 / 無	有 / 無	◆			自立：夜間（17時～9時）2回 要支援・要介護：3時間に1回
食事介助	有 / 無	有 / 無				要介護：必要時適宜
排泄介助・おむつ 交換	有 / 無	有 / 無				要介護：必要時適宜
おむつ代		有 / 無		○	実費	
清拭 注1	有 / 無	有 / 無	◆			自立：体調不良時適宜 要支援・要介護：必要時適宜
巡視（安全確認）	有 / 無	有 / 無	◆			自立のみ
見守り入浴	有 / 無	有 / 無	◆	○	①1,760円/回 ②880円/回	①自立 ②要支援：週2回、身体状況等により一般浴介助（3回目以降実費）
一般浴介助	有 / 無	有 / 無		○	2,750円/回	要支援・要介護：週2回 要介護：身体状況等により特浴介助、週3回目以降実費
特浴介助	有 / 無	有 / 無		○	4,400円/回	要介護のみ：週2回（3回目以降実費）
身辺介助（居室からの移動）	有 / 無	有 / 無	◆			自立：体調不良時適宜 要支援・要介護：必要時適宜
身辺介助（衣類の着脱）	有 / 無	有 / 無				要介護のみ：必要時適宜
機能訓練	有 / 無	有 / 無	◆			
通院介助 （協力医療機関）	有 / 無	有 / 無		○	1,650円/30分	自立のみ実費
通院介助 （協力医療機関以外）	有 / 無	有 / 無		○	①3,300円/30分 ②2,728円/30分	① 自立 ② 要支援・要介護 ※交通費は実費
生活サービス						
居室清掃 注2	有 / 無	有 / 無	◆	○	1,320円/回	自立：週1回（2回目以降実費） 要支援・要介護：週1回（2回目以降実費）
日常の洗濯 注3	有 / 無	有 / 無		○	1,320円/回	自立：実費 要支援・要介護：週2回（3回目以降実費）
クリーニング	有 / 無	有 / 無			実費	
リネン交換 注4	有 / 無	有 / 無	◆	○	1,320円/回	自立：週1回（2回目以降実費） 要支援・要介護：週1回
寝具レンタル	有 / 無	有 / 無		○	1,650円/月	布団・枕・ベッドパット
リネンレンタル	有 / 無	有 / 無		○	1,100円/月	シーツ、布団カバー、枕カバー
ゴミ回収	有 / 無	有 / 無	◆			粗大ゴミ等実費
居室配膳・下膳	有 / 無	有 / 無	◆	○	330円/回	体調不良時適宜 入居者様都合の場合実費
入居者の嗜好に応じた特別な食事		有 / 無				
おやつ		有 / 無				
理美容師による理美容サービス		有 / 無		○	実費	
買い物代行 注5	有 / 無	有 / 無		○	660円/回	要支援・要介護：週2回目以降実費
役所手続き代行	有 / 無	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	年2回の機会提供
健康相談	有 / 無	有 / 無	◆				必要時適宜
生活指導・栄養指導	有 / 無	有 / 無	◆				必要時適宜
服薬支援	有 / 無	有 / 無	◆				必要時適宜
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	有 / 無	有 / 無	◆				必要時適宜
緊急時対応	有 / 無	有 / 無	◆				24時間対応
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	有 / 無	有 / 無					
入退院時の同行	有 / 無	有 / 無					
入院中の洗濯物交換・買い物	有 / 無	有 / 無					
入院中の見舞い訪問	有 / 無	有 / 無					
その他サービス							
郵便、宅配便	有 / 無	有 / 無	◆				
クリーニング等の取次ぎ	有 / 無	有 / 無	◆				
レクリエーション	有 / 無	有 / 無	◆				イベント費・材料費等実費
買物付添い 注6	有 / 無	有 / 無		○	4,400円 / 1時間		要支援・要介護のみ

注1 体調不良等により、長期入浴が出来ない場合は入浴提供回数と同じ週2回、その他失禁等による臨時対応は適宜提供します。 ※金額は全て税込表記です。

注2 1回20分程度にて可能な範囲

注3 洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちして、必要に応じ収納します。

注4 失禁等により交換の必要が発生した場合は適宜対応いたします

注5 ネット注文が可能なものについて対応いたします。

注6 交通費実費が別途かかります。

◆：自立生活サポート費として月額サービス費用に包含（自立者のみ）

※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。