

サンシティタワー神戸
重要事項説明書

記入年月日	平成30年1月1日
記入者名	大崎 憲洋
所属・職名	支配人

1 事業者の概要

種類	個人/法人 ※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃはーふ・せんちゅりー・もあ 株式会社ハーフ・センチュリー・モア	
主たる事務所の所在地	〒107-6030 東京都港区赤坂1-12-32 アーク森ビル30F	
連絡先	電話番号	03-3505-6688
	FAX番号	03-3505-6198
	ホームページアドレス	http://www.hcm-suncity.jp/
代表者	氏名	金澤 王生
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成 54年 5月 25日	
主な実施事業	有料老人ホームの設置・運営	

2 有料老人ホーム事業の概要

名称	(ふりがな) さんしていたわーこうべ サンシティタワー神戸	
所在地	〒651-0073	兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通2-3-5
主な利用交通手段	最寄駅	阪神電鉄春日野道駅
	最寄駅からの交通手段と所要時間	阪神電鉄春日野道駅より徒歩7分(560m)
連絡先	電話番号	078-242-6011
	FAX番号	078-242-6012
	ホームページアドレス	http://www.hcm-suncity.jp/
	メールアドレス	kobe-gyoumu@hcm-suncity.jp
管理者	氏名	大崎 憲洋
	職名	支配人
建物の竣工日		昭和・平成 29年 4月 27日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 29年 6月 19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】

※1又は2に該当する場合	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)	特定施設入居者生活介護事業所 第2875103687号
	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)	介護予防特定施設入居者生活介護事業所 第2875103687号
	3 住宅型	
	4 健康型	
	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所 第2875103687号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 第2875103687号
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	平成29年 6月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	12,431.56㎡ (公募・ <input type="checkbox"/> 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 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	1 有 2 無
		※2又は3に該当する場合	
	抵当権の有無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	契約期間	<input type="checkbox"/> 1 有 (平成29年4月28日～平成54年4月28日)	
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
建物	規模	35階建 2棟	
		延床面積	全体 57,716.10㎡
			うち、老人ホーム部分 57,391.40㎡
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造	
		<input type="checkbox"/> 2 鉄骨造※一部	
		3 木造	
		4 その他 ()	
	耐火構造	<input 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 type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物		
	※1に該当する場合		
	抵当権の有無	1 有 2 無	
	※2に該当する場合		
	抵当権の有無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
契約期間	<input type="checkbox"/> 1 有 (平成29年4月28日～平成54年4月28日)		
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無		

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室					
		2 相部屋あり					
		※2に該当する場合					
		最少	人部屋		最少	人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	戸数 室数	区分※
	Aタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	37.30~46.31㎡	57	一般居室個室
	Bタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	46.80~47.82㎡	137	一般居室個室
	Cタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	50.48~55.25㎡	135	一般居室個室
	Dタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	57.73~63.48㎡	34	一般居室個室
	Eタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	66.16~80.87㎡	101	一般居室個室
Fタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	92.21㎡	6	一般居室個室	
Gタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	99.83~112.76㎡	13	一般居室個室	
タイプ1	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	20.8~25.61㎡	91	介護居室個室	
	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	介護居室個室に準じる	4	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」の別を記入。							
共用施設	共用便所における 便房	4 7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		男性6、女性12ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		15ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室		2ヶ所		
			大浴場		3ヶ所		
	共用浴室に 設置された 介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴		1ヶ所		
			リフト浴		ヶ所		
			ストレッチャー浴		1ヶ所		
その他（ステップ浴）			1ヶ所				
食堂	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無						
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無						
エレベーター	1 あり（車椅子対応）		基				
	2 あり（ストレッチャー対応）		8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	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし					
	自動火災報知設備	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし					
	火災通報設備	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし					
	スプリンクラー	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし					
	防火管理者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし					
	防災計画	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし					
その他	（その内容）エントランスホール、フロント、メールルーム、ライブラリー、応接室、ビリヤードルーム、娯楽室、アトリエ、クラブルーム、サンシティホール、ティーラウンジ、温水プール、フィットネス、男女大浴場、ダイニング、プライベートダイニング、スカイラウンジ、庭園、美容室、ショップ、自動販売機コーナー、入居者用駐車場、来館者用駐車場、他 ケアステーション、ダイニング、ラウンジ、リハビリルーム、特別浴室、他 ※下線部の施設は利用料が必要 ※フィットネスルーム、プールについては一部プログラムのみ有料						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>本事業は、入居者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。職員は、入居者が快適に生活できるよう援助すると共に、心身の特性を踏まえて、能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、援助(介助)を行います。更に、地域との結びつきを重視し、総合的なサービスの提供に努めるものとし、安定的かつ継続的な事業運営に努めます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ●24時間常勤の看護職員やスタッフが皆様の健康状態に速やかに対応し、協力医療機関と医療支援体制を整えています。(医療費は入居者の自己負担) ●疾病時、療養時には必要に応じて居室への配膳、洗濯、清掃などのサービスが受けられます。 ●生活安全センサー、緊急コール、防災設備等を完備しており、また館内はバリアフリー(無段差設計)となっています。 ●館内に温水プール、ビリヤードルーム、ライブラリーなど快適な共用スペースをご用意し、クリーンネス(清潔)の維持管理を徹底しています。(一部参加任意の有料プログラムあり) ●さまざまなサークル活動の他、年間を通じさまざまな四季の催し物や講演会・コンサートなどのイベントを開催します。(サークル活動の実費、一部の参加任意のイベントは有料) ●食事(治療食を除く)は予約の必要がなく、セレクトメニューの中から好きなものをお選びできます。 ●疾病時、療養時、また糖尿病等で常時食事コントロールが必要な方のために治療食を提供します。
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
<p>委託先：株式会社オリンピア 委託内容：建物内レストランの運営、食事(治療食含む)の提供</p>	
洗濯・掃除等の家事の提供	<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
<p>委託先：株式会社ミスター・クリーン 委託内容：建物の清掃、設備メンテナンス全般</p>	
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提供を行っていない場合は省略可能

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	個別機能訓練加算	1	有	2	無	
	夜間看護体制加算	1	有	2	無	
	医療機関連携加算	1	有	2	無	
	看取り介護加算	1	有	2	無	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1	有	2	無
		(II)	1	有	2	無
	サービス提供 体制強化 加算	(I)イ	1	有	2	無
		(I)ロ	1	有	2	無
		(II)	1	有	2	無
		(III)	1	有	2	無
	介護職員処 遇改善加算	(I)	1	有	2	無
		(II)	1	有	2	無
		(III)	1	有	2	無
(IV)		1	有	2	無	
(V)		1	有	2	無	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		1	有	2	無	
※有の場合、介護・看護職員の配置率)					1.5 : 1	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1	救急車の手配	
	2	入退院の付き添い	
	3	通院介助	
	4	その他(別添3. 4参照)	
協力医療機関	1	名称	岩永メディカルクリニック
		住所	兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通2-3-5(同一敷地内)
		診療科目	内科、外科、消化器内科、リハビリテーション科、他
		協力内容	かかりつけ医として入居者の健康管理や診察にあたります。
	2	名称	兵庫医科大学病院
		住所	兵庫県西宮市武庫川町1-1(施設から約18.5km)
		診療科目	総合内科、外科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、眼科、皮膚科、泌尿器科、歯科口腔外科、精神科神経科、整形外科、脳神経外科、他
		協力内容	高度医療を必要とする場合の入院、外来、緊急時の対応、生活習慣病予防健診に利用できます。
	3	名称	一般財団法人 住友病院
		住所	大阪府大阪市北区中之島5-3-20(施設から約33km)
		診療科目	一般内科、リハビリテーション科、皮膚科、麻酔科、心臓血管外科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、神経内科、放射線科、他
		協力内容	生活習慣病予防健診に利用できます。
協力歯科医療機関	名称	なかたに歯科クリニック	
	住所	神戸市兵庫区駅前通1-2-1アルバビル3階(施設から5.5km)	
	協力内容	訪問歯科診療	
近隣医療機関	名称	日本赤十字社 神戸赤十字病院	
	住所	神戸市中央区脇浜海岸通1-3-1(施設から約0.2km)	
	診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病・代謝内科、心療内科、神経内科、外科、消化器外科、乳腺外科、形成外科、整形外科、リハビリテーション科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、皮膚科、病理診断科	

※協力医療機関と近隣医療機関を合わせて「指定医療機関」という。

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み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	<input type="checkbox"/> 1	一時介護室へ移る場合
	<input type="checkbox"/> 2	介護居室へ移る場合
	<input type="checkbox"/> 3	その他 ()

1 一時介護室へ移る場合

判断基準の内容 (一時介護室へ移る場合)	管理運営規程で、一般居室で受けられる介護の範囲を定め、入居者処遇委員会(施設責任者, 看護職員, 生活相談員等で構成)がそれを越えた介護が必要と判定した場合。月額利用料は変わりません。		
手続きの内容	<ul style="list-style-type: none"> ・事業者の指定する医師の意見を聴く ・入居者本人の意思を確認する ・入居者の身元引受人の意見を聴く 		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 有	<input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
居室利用権の取扱い	一時的に利用する共用施設であり、一般居室の利用権に変更はありません。		
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 有	<input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 有	<input type="checkbox"/> 2 無
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 有	<input type="checkbox"/> 2 無
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 有	<input type="checkbox"/> 2 無
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 有	<input type="checkbox"/> 2 無
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 有	<input type="checkbox"/> 2 無
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 有	<input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	※有の場合、変更内容		

2 介護居室へ移る場合

判断基準の内容	一時介護室での介護が通算6ヶ月以上に及ぶか、もしくは将来にわたり一般居室に戻ることが困難と、入居者処遇委員会(施設責任者, 看護職員, 生活相談員等で構成)で判断された場合。尚、住替えにあたっては新たな入居一時金の費用負担はなく、月額管理費の変更もありません。	
手続きの内容	<p>上記一時介護室へ移る場合の手続きの内容に加え</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける ・住替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、専有面積の変更に伴う費用負担の増減等又は費用調整の有無、提供する介護等の変更内容等について入居者及び身元引受人等に説明を行う。 ・入居者本人の同意を得る 	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 有	<input checked="" type="checkbox"/> 2 無
居室利用権の取扱い	<p>○1人入居の場合は、住替えた場合一般居室の利用権は消滅し、新たに介護居室の利用権が生じます。</p> <p>○2人入居の場合は、2人共介護居室に住み替えた時点で、一般居室の利用権は消滅し、新たに介護居室の利用権が生じます。</p> <p><差額精算について></p> <p>入居者が、入居契約書第12条(介護)第4項の手続きを伴う介護場所の変更(住替え)を行う場合は、入居契約書表記居室の入居一時金に対する入居契約書第34条第1項の算式により算出した金額(以下「未償却残額」という。)によっては、介護居室への利用権変更に伴い調整返還金が発生する場合があります。1人入居で住替えた場合及び2人入居で2人ともが住替えた場合は、一般居室の利用権は消滅し、新たに介護居室の利用権が生じます。但し、未償却残額が介護居室の入居一時金額に不足する場合でも、事業者は入居者にその差額を請求しません。</p> <p>【調整返還金があった場合】</p> <p>(1人入居の場合) 介護居室の入居一時金を2,000万とする 入居一時金未償却残額-2,000万円</p> <p>(2人入居の場合) 介護居室の入居一時金を4,000万とする 入居一時金未償却残額-4,000万円</p>	

前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	2	無
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	2 無
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	2 無
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	2 無
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	2 無
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	2 無
従前の居室との仕様の 変更	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	有	2 無
		※有の場合、変更内容	一般居室から介護居室への住み替えの場合は室内全体の仕様が異なります。 介護居室間での住み替えの場合、面積は増減しますが、仕様の変更はありません。	

(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 2 要支援の者 3 要介護の者
留意事項	<p>○満70歳以上(2人入居の場合は両者とも70歳以上) 但し、満70歳未満の方については所定の入居一時金より年齢に応じた割増金があります。</p> <p>○2人入居の場合は、原則としてご夫婦か、両者の関係が三親等以内の血族または一親等以内の姻族であること。</p> <p>○原則、身元引受人を定めるものとします。</p> <p>○事業者と入居者は、それぞれの相手方に対し、以下に掲げる事項を確約する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自らが暴力団、暴力団関係者若しくはこれに準ずる者又は構成員(以下、総称して「反社会的勢力」という。)ではないこと ・自らの役員(業務を執行する社員、取締役、又はこれらに準ずる者をいう。)又は身元引受人等が反社会的勢力ではないこと ・反社会的勢力に自己の名義を利用させ、この契約を締結するものでないこと ・自ら又は第三者を利用して、次の行為をしないこと <ul style="list-style-type: none"> ア 相手方に対する脅迫的な言動又は暴力を用いる行為 イ 偽計又は威力を用いて相手方の行為又は業務を妨害し、又は信用を毀損する行為 <p>※外部から介護棟への入居はできません。</p>
契約の解除の内容	<p>①入居者が死亡(契約の終了)したとき(入居者が2名の場合は両者とも死亡したとき)</p> <p>②事業主体から契約解除を通告し予告期間が満了したとき</p> <p>③入居者が契約の解除を事業者申し入れ、契約解除を行ったとき</p>

事業主体から解約を求める場合	解約要項	
	主な契約解除事由 ア 入居申込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 イ 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ウ 入居契約書第3条(目的施設の終身利用契約)第4項及び第4条(各種サービス)第3項の規定に違反したとき エ 入居契約書第20条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき オ 入居者の行動が、他の入居者の生活又は従業員の身体及び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(疾病などによるものではない罵詈雑言、暴力行為、他人への迷惑行為等)、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 カ 高齢者虐待防止法では、入居者の人権の尊重、身体的拘束に伴う機能低下や心理的な不安などの弊害、身体拘束ゼロ運動の理念を考慮し、入居者に対し、身体拘束を行わない方針を採っておりますが、それに反して入居者に対する身体拘束を通じた転倒・転落の防止をご希望される場合 ※入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、上記ア～カまでの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができる ・入居契約書第48条(反社会的勢力の排除の確認)の各号の確約に反する事実が判明したとき ・本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき ・入居契約書第20条(禁止または制限される行為)第1項第六号から第八号までの各号に掲げる行為を行ったとき	
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	1	有(内容:1泊2日2食付(朝・夕) 5,500円(税抜)) ※原則2泊3日以内
	2	無
入居定員		767人
その他		

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		1.0
生活相談員	10	9	1	9.8
直接処遇職員	9	9		9.0
うち介護職員	2	2		2.0 (内自立者対応1名)
うち看護職員	7	7		7.0 (内自立者対応1名)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※
	合計	常勤	非常勤	
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	2	2	0	2.0(委託)
調理員	23	8	15	17.4(委託)
事務員	3	3	0	3.0
その他職員	74	28	46	45.6(一部委託)
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				38時間
※1 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。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	1	1	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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	1	1	
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～8時30分)	
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）	
看護職員	1人		0人
介護職員	0人		0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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1.5 : 1以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1以上 <input type="checkbox"/> 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に合致するものを選択		
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)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業書の名称	
	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		1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無			
	業務に係る資格等	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無		※有の場合、資格等の名称		
区分		看護職員		介護職員		生活相談員
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数			1		4	
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数	1年未満			1		7
	1年以上3年未満					1
	3年以上5年未満					
	5年以上10年未満					2
	10年以上	7		1		
		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
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数	1年未満					
	1年以上3年未満	1			1	
	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		1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無			

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 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	<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 <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	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 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	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
	手続き	運営懇談会の意見を聴いたうえで入居者及び身元引受人等に事前に通知の後実施

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (1人入居)	プラン2 (2人入居)	
入居者の状況※1	要介護度	自立		
	年齢	70歳以上		
居室の状況※2	床面積	46.80㎡		
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無		
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無		
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無		
入居時点で必要な費用	前払金（入居一時金）	31,000,000円	36,000,000円	
	前払金（税抜）（健康管理費）	5,000,000円	10,000,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計（税抜）		183,000円	309,000円	
家賃		0円	0円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用	0円	0円	
	介護保険外	食費（税抜）	69,000円	138,000円
		管理費（税抜）※3	114,000円	171,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	実費	実費
		その他（税抜）		
都度払いとなるサービス		<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 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・個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	入居一時金の一部を日額で受領するもので、算定根拠は入居一時金に準じる。
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	共用部分等の光熱水費、維持管理費、事務費、事務管理部門の人員費、生活サービス部門の人員費。 ※実費で提供するサービスは、別添3. 4を参照。
食費	人員費等の諸経費、食材費等に基づく費用。 朝食500円、昼食700円、夕食1,100円(1日3食30日召し上がった場合で積算・税抜) ※基本料金(厨房管理運営費)月額20,000円(税抜)/人が含まれます。 月間のご利用が20,000円(税抜)に満たない場合は、喫食分にかかわらず20,000円(税抜)はお支払いいただきます。
光熱水費等	実費負担
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添3. 4
その他のサービス利用料	NHK等の放送受信料、電話、インターネット等の通信費も入居者負担

(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※に対する自己負担額	基本報酬、および前掲の加算の利用者負担分																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>介護給付費の単位</th> <th>30日分の目安</th> <th>代理受領時の自己負担分(1割負担)</th> <th>代理受領時の自己負担分(2割負担)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>179単位/日</td> <td>56,599円</td> <td>5,660円/月</td> <td>11,320円/月</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>308単位/日</td> <td>97,389円</td> <td>9,739円/月</td> <td>19,478円/月</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>533単位/日</td> <td>168,534円</td> <td>16,853円/月</td> <td>33,707円/月</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>597単位/日</td> <td>188,771円</td> <td>18,877円/月</td> <td>37,754円/月</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>666単位/日</td> <td>210,589円</td> <td>21,059円/月</td> <td>42,118円/月</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>730単位/日</td> <td>230,826円</td> <td>23,083円/月</td> <td>46,166円/月</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>798単位/日</td> <td>252,327円</td> <td>25,233円/月</td> <td>50,465円/月</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td>12単位/日</td> <td>3,794円</td> <td>380円/月</td> <td>759円/月</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td>10単位/日</td> <td>3,162円</td> <td>317円/月</td> <td>633円/月</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td>80単位/月</td> <td>843円</td> <td>85円/月</td> <td>169円/月</td> </tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算</td> <td>12単位/日</td> <td>3,794円</td> <td>380円/月</td> <td>759円/月</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td>144単位/日 (死亡日以前4~30日)</td> <td rowspan="3">1,517円~68,805円</td> <td rowspan="3">152円~6,881円</td> <td rowspan="3">303円~13,761円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>680単位/日 (死亡日の前日及び前々日)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1280単位/日 (死亡日)</td> </tr> <tr> <td>介護職員処遇改善加算</td> <td colspan="4">上記介護給付費総単位数の3.3%</td> </tr> </tbody> </table>	区分	介護給付費の単位	30日分の目安	代理受領時の自己負担分(1割負担)	代理受領時の自己負担分(2割負担)	要支援1	179単位/日	56,599円	5,660円/月	11,320円/月	要支援2	308単位/日	97,389円	9,739円/月	19,478円/月	要介護1	533単位/日	168,534円	16,853円/月	33,707円/月	要介護2	597単位/日	188,771円	18,877円/月	37,754円/月	要介護3	666単位/日	210,589円	21,059円/月	42,118円/月	要介護4	730単位/日	230,826円	23,083円/月	46,166円/月	要介護5	798単位/日	252,327円	25,233円/月	50,465円/月	個別機能訓練加算	12単位/日	3,794円	380円/月	759円/月	夜間看護体制加算	10単位/日	3,162円	317円/月	633円/月	医療機関連携加算	80単位/月	843円	85円/月	169円/月	サービス提供体制強化加算	12単位/日	3,794円	380円/月	759円/月	看取り介護加算	144単位/日 (死亡日以前4~30日)	1,517円~68,805円	152円~6,881円	303円~13,761円		680単位/日 (死亡日の前日及び前々日)		1280単位/日 (死亡日)	介護職員処遇改善加算	上記介護給付費総単位数の3.3%				
区分	介護給付費の単位	30日分の目安	代理受領時の自己負担分(1割負担)	代理受領時の自己負担分(2割負担)																																																																							
要支援1	179単位/日	56,599円	5,660円/月	11,320円/月																																																																							
要支援2	308単位/日	97,389円	9,739円/月	19,478円/月																																																																							
要介護1	533単位/日	168,534円	16,853円/月	33,707円/月																																																																							
要介護2	597単位/日	188,771円	18,877円/月	37,754円/月																																																																							
要介護3	666単位/日	210,589円	21,059円/月	42,118円/月																																																																							
要介護4	730単位/日	230,826円	23,083円/月	46,166円/月																																																																							
要介護5	798単位/日	252,327円	25,233円/月	50,465円/月																																																																							
個別機能訓練加算	12単位/日	3,794円	380円/月	759円/月																																																																							
夜間看護体制加算	10単位/日	3,162円	317円/月	633円/月																																																																							
医療機関連携加算	80単位/月	843円	85円/月	169円/月																																																																							
サービス提供体制強化加算	12単位/日	3,794円	380円/月	759円/月																																																																							
看取り介護加算	144単位/日 (死亡日以前4~30日)	1,517円~68,805円	152円~6,881円	303円~13,761円																																																																							
	680単位/日 (死亡日の前日及び前々日)																																																																										
	1280単位/日 (死亡日)																																																																										
介護職員処遇改善加算	上記介護給付費総単位数の3.3%																																																																										
特定施設入居者生活介護※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)	下記健康管理費の算定根拠に準じる																																																																										
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。																																																																											

(前払金の受領)

費目	入居一時金 (家賃相当額の前払い金・非課税)	
	1人入居	2,950万円～16,000万円
	2人入居	3,450万円～16,500万円
算定根拠	老人福祉法令に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定 ※別紙	
想定居住期間 (償却年月数)	180ヶ月の実日数	
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)	4,425,000円～24,750,000円	
初期償却率	15%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居一時金 - (1日当たり利用料×入居期間) ※1日当たり利用料は入居一時金のうち初期償却相当額を除いた部分を、ひと月三十日として償却月数で割り返した金額です (小数点以下切り捨て)。なお、初期償却相当額については全額返金します。※入居者が2名の場合で、そのうち1名が解約した場合又は死亡による契約終了の場合は、追加入居一時金を対象とします。※入居期間は、入居日から契約終了日までの実日数とします。
	入居後3月を超えた契約終了	入居一時金×0.85÷入居一時金償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの実日数 (入居者が2名の場合でそのうち1名が死亡または退去した場合) 追加入居一時金×0.85÷追加入居一時金償却期間の日数×二人入居契約終了日から償却期間満了日までの実日数 (調整返還後契約が終了した場合) 調整返還後の入居一時金の未償却残額÷入居一時金償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの実日数 (入居者が2名の場合でそのうち1名が死亡または退去した場合) 追加入居一時金×0.85÷追加入居一時金償却期間の日数×二人入居契約終了日から償却期間満了日までの実日数
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(名称:)

費目	健康管理費 500万円（税抜・1人）	
算定根拠	<p>1. (1)健康相談、健康診断（年2回まで）の費用。 (2)要支援者及び要介護者以外の入居者に対して、緊急、臨時的、又は、一時的に入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話に要する費用として1,700千円。 2. 要支援者及び要介護者に対して、特定施設入居者生活介護等のサービスを、看護・介護職員を手厚く配置した場合の介護サービス利用料として3,300千円。 3. 上記2の費用は、費用設定時において、人員配置して提供する介護サービスのうち、介護給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な算定根拠に基づいて算出されています（要介護者等1.5人に対し、週38時間換算で看護・介護職員1人以上）。</p> <p><input type="checkbox"/> 健康管理費は、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡に示された考え方に基づいて算定し、その算定根拠は別紙で示します。 <input type="checkbox"/> 当該金額は、老人福祉法第29条第6項で定める受領が禁止される権利金又は対価性のない金品に該当しません。</p>	
想定居住期間（償却年月数）	180ヶ月の実日数	
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）	750,000円	
初期償却率	15%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	一人当たりの健康管理費 - (1日当たり利用料×入居期間) ※1日当たり利用料は健康管理費のうち初期償却相当額を除いた部分を、ひと月三十日として償却月数で割り返した金額です（小数点以下切り捨て）。なお、初期償却相当額については全額返金します。※入居者が2名の場合で、そのうち1名が解約した場合又は死亡による契約終了の場合は、1人あたりの健康管理費を対象とします。※入居期間は、入居日から契約終了日までの実日数とします。
	入居後3月を超えた契約終了	一人当たりの健康管理費×0.85÷健康管理費償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの実日数
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(名称:)	

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	75人
	女性	125人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	75人
	75歳以上85歳未満	100人
	85歳以上	24人
要介護度別	自立	200人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	0人
	要介護2	0人
	要介護3	0人
	要介護4	0人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	87人
	6ヶ月以上1年未満	113人
	1年以上5年未満	0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	77.3歳
入居者数の合計	200人
入居率※	26.07%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退居先別の人数	自宅等	
	社会福祉施設	
	医療機関	
	死亡者	
	その他	
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	(解約事由の例)

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)※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		①サンシティタワー神戸 リビングサービス課	②(株)ハーフ・センチュリー・モア コールセンター
電話番号		078-242-6011	0120-63-0950
対応している時間	平日	9:00~17:00	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00	-
	日曜・祝日	9:00~17:00	-
定休日		なし	土日祝日、年末年始
窓口の名称		公益社団法人 全国有料老人ホーム協会	神戸市保健福祉局 介護指導課
電話番号		03-3272-3781	078-322-6326
対応している時間	平日	10:00~17:00	8:45~12:00、13:00~17:00
	土曜	-	-
	日曜・祝日	-	-
定休日		土日祝日、年末年始	土日祝日、年末年始
窓口の名称		兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	神戸市生活情報センター (契約についてのご相談)
電話番号		078-332-5617	078-371-1221
対応している時間	平日	8:45~17:15	8:45~17:30
	土曜	-	-
	日曜・祝日	-	-
定休日		土日祝日、年末年始	土日祝日、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 (公社)全国有料老人ホーム協会 加入する保険の名称 有料老人ホーム損害賠償責任保険
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	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、 意見箱等利用者の意見等 を把握する取組の状況	1 取組あり 意見箱の設置・運営懇談会の設置		
	2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	平成 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	1 実施済み		
	2 未実施		
	※1の場合	実施日	平成 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 入居希望者に配布
	3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開
	2 入居希望者に配布
	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 入居希望者に配布
	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 入居希望者に配布
	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 入居希望者に配布
	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 12 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	

	<input type="checkbox"/> 居室が個室でない（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 一般居室の1人当たりの床面積が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、代替措置の概要	
※ 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：入居一時金の「算定根拠」について

別添 2：設置者が神戸市内で実施する他の介護サービス一覧表

別添 3：有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

別添 4：介護サービス等の一覧表

以上の通り、当重要事項説明書により説明を受けました

説明を受けた者 _____ 印

_____ 印

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____ 印

別添 2

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	あり	なし	
訪問入浴介護	あり	なし	
訪問看護	あり	なし	
訪問リハビリテーション	あり	なし	
居宅療養管理指導	あり	なし	
通所介護	あり	なし	
通所リハビリテーション	あり	なし	
短期入所生活介護	あり	なし	
短期入所療養介護	あり	なし	
特定施設入居者生活介護	あり	なし	
福祉用具貸与	あり	なし	
特定福祉用具販売	あり	なし	
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	
夜間対応型訪問介護	あり	なし	
認知症対応型通所介護	あり	なし	
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
居宅介護支援	あり	なし	
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	あり	なし	
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	
介護予防訪問看護	あり	なし	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	
介護予防通所介護	あり	なし	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	
<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	あり	なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	
介護予防支援	あり	なし	
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	あり	なし	
介護老人保健施設	あり	なし	
介護療養型医療施設	あり	なし	

別添3 有料老人ホーム・サービス付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						なし	あり
	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)		個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担)		包含※2		備考 「※」：自立者へ「健康管理費」で提供する一時的介護サービス
					都度※2	料金※3(税抜)	
介護サービス							
食事介助	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			随時、保険給付+健康管理費で実施 ※
排泄介助・おむつ交換	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			随時、保険給付+健康管理費で実施 ※
おむつ代			なし	<input type="checkbox"/> あり			自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	<input type="checkbox"/> あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	週4回以上で 清拭770円/回(20分) 一般浴1,210円/回(30分)	希望により週3回まで保険給付+健康管理費で実施し週4回目以降は実費 ※
特浴介助	なし	<input type="checkbox"/> あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	週4回以上で 1,210円/回(30分)	希望により週3回まで保険給付+健康管理費で実施し週4回目以降は実費 ※
身辺介助（移動・着替え等）	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			必要に応じ保険給付+健康管理費で実施 ※
機能訓練	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			個別の状況に応じ保険給付+健康管理費で実施 ※
通院介助（指定医療機関※4）	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			必要に応じ保険給付+健康管理費で実施 ※
通院介助 （指定医療機関※4以外）	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	1,870円/30分+交通費実費※5	実費負担
生活サービス							
居室清掃 （一般居室にて生活する場合）	なし	<input type="checkbox"/> あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	清掃一式 6,000円～(税抜)※6	週1回30分程度、保険給付+健康管理費で実施しこれを超える場合は 1,650円/2人・15分 ※
居室清掃 （介護居室にて生活する場合）	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			随時、保険給付+健康管理費で実施 (介護居室のみ) ※
リネン交換	なし	<input type="checkbox"/> あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	週3回以上で 1,870円/回	週2回まで保険給付+健康管理費で実施し 週3回目以降は実費 ※
日常の洗濯	なし	<input type="checkbox"/> あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	週4袋以上で 1,100円/袋	週3袋まで保険給付+健康管理費で実施し 週4袋目以降は実費 ※
居室配膳・下膳	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			保険給付+健康管理費で必要に応じ実施 ※
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	<input type="checkbox"/> あり			実費負担
おやつ			なし	<input type="checkbox"/> あり	○	100円/日	実費負担
理美容師による理美容サービス			なし	<input type="checkbox"/> あり			実費負担
買い物代行（通常の利用区域）	なし	<input type="checkbox"/> あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	週2回の施設の指定日以外 1,870円/(30分)	週2回(施設の指定日)まで保険給付+健康管理費で実施し週3回目以降は実費 ※
買い物代行（上記以外の区域）	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	1,870円/30分	実費負担
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	1,870円/回	実費負担
金銭・貯金管理	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			

	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)	個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担)					備 考
		包含※2	都度※2	料金※3(税抜)			
健康管理サービス							
定期健康診断			<input type="checkbox"/> なし	あり			健康診断1回/年 生活習慣病予防健診1回/年 ※自立者は健康管理費で実施 ※
健康相談	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			保険給付+健康管理費で随時 ※
生活指導・栄養指導	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			保険給付+健康管理費で随時 ※
服薬支援	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			保険給付+健康管理費で必要に応じ実施 ※
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			保険給付+健康管理費で随時 ※
入退院時・入院中のサービス(指定医療機関※4)							
移送サービス	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			必要に応じ保険給付+健康管理費で実施 ※
入退院時の同行	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			必要に応じ保険給付+健康管理費で実施 ※
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	<input type="checkbox"/> あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	週2回以上は、1,870円/30分+交通時実費※5	週1回まで保険給付+健康管理費で実施し 週2回目以降は実費 ※
入院中の見舞い訪問	なし	<input type="checkbox"/> あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	週2回以上は、1,870円/30分+交通時実費※5	週1回まで保険給付+健康管理費で実施し 週2回目以降は実費 ※
入退院時・入院中のサービス(指定医療機関※4以外)							
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	1,870円/30分+交通時実費※5	実費負担
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	1,870円/30分	実費負担
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	1,870円/30分+交通時実費※5	実費負担
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	1,870円/30分+交通時実費※5	実費負担

(金額は税抜表示)

※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:「あり」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。

※4:住友病院を除く

※5:交通費実費:公共交通機関の運賃、タクシー代、有料道路料金、駐車料金

※6:清掃範囲例 : ユニットバス・パウダールーム・キッチン・床清掃。家具・備品・クローゼットの清掃は含まれません。ガラス・網戸・レンジフード・換気口・給気口・バルコニー等は別途見積が必要になります。

入居一時金の「算定根拠」について

サンシティタワー神戸は家賃相当額について入居一時金方式を採用しております。

この入居一時金は、厚生労働省が老人福祉法第 29 条第 7 項の規定に定める「終身にわたって受領すべき家賃相当額の全部または一部を前払金として一括して受領するもの」で、その算定の基礎について、次の考え方に従っています。

$$\begin{aligned} \text{入居一時金} = & \text{1 ヶ月の家賃相当額} \times \text{想定居住期間 (月数)} \\ & + \text{(想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額)} \end{aligned}$$

上記のうち「想定居住期間 (月数)」と「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」(以下、「想定居住期間等」といいます。)の具体的な算定方法は、厚生労働省が事務連絡 (H 24.3.16) で示した試算モデル等によります。

※算定にあたって、「想定居住期間」については、入居している又は入居することが想定される高齢者(母集団)の入居後の各年経過時点での居住継続率をもとに、全体の居住継続率が概ね 50% となるまでの期間を考慮して設定しています。

【 1. 入居一時金の設定 】

- ◎まず、当施設の入居時年齢を 70 歳～80 歳と見込み、上記の厚生労働省試算モデル (簡易生命表を用いたもの) に従い、公益社団法人全国有料老人ホーム協会が作成した試算モデルを使用して、男女別かつ年齢別の想定居住期間 (償却期間) 等を算出しました。
- ◎この算出結果に家賃の前払金の保全措置を講ずべき額、事業費、土地・建物の賃借料の条件を付加した結果、次のようになりました。

【平均想定居住期間 15 年】

【想定居住期間を超える費用の入居一時金総額に対する割合 15%】

サンシティタワー神戸ではこの結果に基づき、例えば 1 ヶ月当たりの家賃相当額 16.2 万円 (最多価格帯・千円未満切り捨て) について、以下の設定を行っています。

○入居一時金の額 3,440 万円
(内訳)
・非返還額 総額の 15%・・・516 万円
(入居日の翌日から起算して 3 ヶ月を超えた場合は返還しない費用)
・返還対象額 総額の 85%・・・2,924 万円
(想定居住期間内に契約が終了した場合、契約終了日から想定居住期間満了日までの分を返金しません。)

- 1 ヶ月当たりの家賃相当額は、開業前経費や建物賃料、管理事務費等を基礎として算定しています。
- なお、入居一時金には、対価性のない権利金等は含まれていません。