

(別表7)

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	2023/7/1
記入者名	小杉 光治
所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

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) かぶしきがいしゃあさひ 株式会社アサヒ	
主たる事務所の所在地	〒651-0096 神戸市中央区雲井通5丁目2-1	
連絡先	電話番号	078-252-7707
	FAX番号	078-252-7766
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	代表取締役
	職名	尤 泰 基
設立年月日	平成 年 月 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

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) しにあほーむみきしじみ シニアホーム三木志染	
所在地	〒673-0541 三木市志染町広野1丁目21	
主な利用交通手段	最寄駅 神戸電鉄	志染 駅
	交通手段と所要時間	神戸電鉄志染駅徒歩1分
連絡先	電話番号	079-487-1088
	FAX番号	079-487-1089
	メールアドレス	leokeamiki@yahoo.co.jp
	ホームページアドレス	leo-good.com
管理者	氏名	小杉 光治
	職名	管理者
建物の竣工日	2008年 7月 1日	
有料老人ホーム事業の開始日	2023年 8月 1日	

(類型)

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） 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	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	
	指定の更新日（直近）	

3. 建物概要

土地	敷地面積	506.98 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
居室の状況	延床面積	全体	500.06 m ²
		うち、老人ホーム	500.06 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		② 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		2 鉄骨造	
		③ 木造	
		4 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			
抵当権の設定		1 あり 2 なし	
契約期間		1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし	
契約の自動更新		1 あり 2 なし	
居室の状況	居室区分	① 全室個室	
		2 相部屋あり	

	最小		1人部屋		
	最大		1人部屋		
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1	有/無	有/無	10.35 m ²		一般居室個室
タイプ2	有/無	有/無	12.65 m ²	2戸	一般居室個室
タイプ3	有/無	有/無	10.58 m ²	1戸	一般居室個室
タイプ4	有/無	有/無	9.2 m ²	1戸	一般居室個室
タイプ5	有/無	有/無			
タイプ6	有/無	有/無			
タイプ7	有/無	有/無			
タイプ8	有/無	有/無			
タイプ9	有/無	有/無			
タイプ10	有/無	有/無			

※「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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における介護浴室	2ヶ所	チェア一浴	2ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
	食堂	① あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理施設	1 あり	② なし	
エレベーター	① あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし			
消防用設備等	消火器	① あり	2 なし	
	自動火災報知設備	① あり	2 なし	
	火災報知設備	① あり	2 なし	
	スプリンクラー	① あり	2 なし	
	防火管理者	① あり	2 なし	
	防災計画	① あり	2 なし	
緊急通報装置等	居室	1 全室にあり	2 一部あり	③ なし
	便所	1 全室にあり	2 一部あり	③ なし

	浴室	1 全室にあり 2 一部あり 3 なし
	その他	1 あり 2 一部あり 3 なし
その他		

4. サービスの内容

運営に関する方針	高齢者の居住の案例確保に関する基本的方針 (平成 21 年厚生労働省・国土交通省告示 1 号) に従い適正に管理します。		
サービスの提供内容に関する特色			
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の提供	1 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施	2 委託	3 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	入居継続支援 加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	生活機能向上 連携加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	個別機能訓練 加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	ADL維持等 加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算		1 あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入 加算		1 あり	2 なし
	医療機関連携加算		1 あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり	2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり	2 なし
	退院・退所時連携加算		1 あり	2 なし
	看取り介護加算		1 あり	2 なし
	認知症専門ケ ア加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	(I)	1 あり	2 なし	

	サービス提供体制強化加算	(Ⅱ)	1 あり	2 なし
		(Ⅲ)	1 あり	2 なし
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
		(Ⅲ)	1 あり	2 なし
		(Ⅳ)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ)	1 あり	2 なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		
	2 なし			

(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 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 仁徳会 早川内科・循環器医院	
		住所	三木市大村 142-7	
		協力科目	内科・循環器科	
		協力内容	訪問診療	
	2	名称		
		名称		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容		
協力歯科医療機関	名称			
	住所			
	協力内容			

(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	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	
手続きの内容	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い	

前払金償却の調整の有無	1 あり	2 なし
従前の居室 との仕様の 変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり
	2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者	自立している者	① あり	2 なし
	要支援の者	① あり	2 なし
	要介護の者	① あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容			
事業主体から解約を求める 場合	解約条項	不動産賃貸契約書 建物賃貸借重要事項説明書 記載	
	解約予告期間	不動産賃貸契約書 建物賃貸借重要事項説明書 記載	
入居者からの解約予告期間	1 か月前までに書面により通知 (不動産賃貸契約書 第5条2・3)		
体験入居の内容	① あり (内容: 1泊3食付き 6500円) 2 なし		
入居定員	26人		
その他			

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(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者				
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	7	1	6	
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※2				
※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。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(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			2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者		1	4
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			
言語療法士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜間帯の設定時間 (18時～ 7時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1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※	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 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)	: 1

※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	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		1 あり	2 なし		
	業務にかかる資格等	1 あり				
		資格等の名称	初任者研修			
			2 なし			
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	2		
前年度1年間の退職者数			2	2		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数				1		
1年以上3年未満の者の人数				1		
3年以上5年未満の者の人数				3		
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数			1	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		
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年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者健康診断の実施状況			1 あり	2 なし		

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態	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	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 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし
要介護度に応じた金額設定	1 あり ② なし
入院等による不在時における利用料金(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 手続き

(利用料金のプラン (代表的なプラン))

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	自立～要介護5	要介護1 (生活保護者)	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	10.35 m ²	10.35 m ²	
	便所	① あり 2 なし	① あり 2 なし	
	浴室	1 あり ② なし	1 あり ② なし	
	台所	1 あり ② なし	1 あり ② なし	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		103,240円	91,350円	
家賃		36,000円	32,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1	円	円	
	介護保険外※2	食費	47,440円	40,000円
		管理費	13,000円	11,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	居室の光熱水費は共益費に含む	居室の光熱水費は共益費に含む
共益費	7,800円	8,350円		
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む				

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない。)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室の利用にかかる費用
敷金	家賃の 0ヶ月分
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	施設管理の維持費用です。
食費	
光熱水費等	※入居者が設置したテレビに係る NHK 等の受信料負担については社会福祉施設等の免除を利用しています。
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	

(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	
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)	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領しない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住年数(償却年月数)	ヶ月
償却の開始日	入居日
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月を超えた契約終了
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(名称:)

7. 入居者の状況（記入日現在）

（入居者の人数）

性別	男性	13人
	女性	8人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	11人
	85歳以上	7人
要介護度別	自立	1人
	要支援 1	1人
	要支援 2	人
	要介護 1	4人
	要介護 2	8人
	要介護 3	2人
	要介護 4	3人
	要介護 5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上 1年未満	5人
	1年以上 5年未満	8人
	5年以上 10年未満	3人
	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	人

（入居者の属性）

平均年齢	82.7歳
入居者数の合計	21人
入居率※	80.7%

※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）

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	3人
	死亡者	0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) 事例なし	
	入居者側の申し出	4人

	(解約事由の例) ① 特養への転居 ② 入院からそのまま病院での逝去 ③ 医療的処置が常時必要な方、療養型施設へ転居
--	---

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入。

窓口の名称	レオ・トラストパートナーズ株式会社	
電話番号	0120-809-500	
対応している 時間	平日	9時30分～17時30分
	土曜日	9時30分～17時30分
	日曜・祝日	9時30分～17時30分
定休日		

(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	① あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保 介護保険社会福祉事業者総合保険に加入中
	2 なし	
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 あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及び予防のための指針	1 あり	② 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 あり	実施日	年2回(3・9月)
		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 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	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 あり	(開催頻度) 年 回
	② なし	
	① 代替措置あり	(内容) コロナにより郵送にてアンケートを実施
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行	1 あり (提携ホーム名:) ② 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 あり ② なし	
兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針第4章「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり ② なし	
合致しない事項がある場合の内容		
第5章「既存建物等の活用の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類

別添1：事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

別添2：入居者の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

事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

介護サービスの種類			事業所名称	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		
地域密着型通所介護	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		
介護医療院	あり	なし		

別添2

入居者の個別選択によるサービス一覧表

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
区分	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(利用者が全額負担)			包含※2	都度※2	料金※3	備考
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	600円	15分につき600円	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	600円	15分につき600円	
おむつ代			なし	あり					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	600円	15分につき600円	
特浴介助	なし	あり	なし	あり					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	600円	15分につき600円	
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1000円	概ね車で30分程度の範囲内 15分につき1000円	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	500円	15分につき500円	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	500円	15分につき500円	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	500円	15分につき500円	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	250円	1回につき	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					
おやつ			なし	あり					
理美容師による理美容サービス			なし	あり				訪問美容を手配	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○		概ね1時間で完了出来る範囲にて 15分につき500円	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					

金銭・貯金管理			なし	あり				1万円まで預り可
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり		7,000円	1日 250円 一月 7,000円 (日数に係わらず)	
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときには、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、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