

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 ひなコーポレーション 株式会社 ヒナコーポレーション		
主たる事務所の所在地	〒657-0037	兵庫県神戸市灘区備後町五丁目3-1-309	
連絡先	電話番号	078-811-3013	
	FAX番号	078-811-3015	
	ホームページアドレス	http://	
代表者	氏名	園田 潤治	
	職名	代表取締役	
設立年月日	平成 22 年 4 月 1 日		
主な実施事業	介護事業 ※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) さえらかすがのみち サエラ春日野道		
所在地	〒651-0079	兵庫県神戸市中央区東雲通3-3-18	
主な利用交通手段	最寄駅	阪急「春日野道」 駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	徒歩3分	
連絡先	電話番号	078-221-0561	
	FAX番号	078-221-0562	
	ホームページアドレス		
	メールアドレス		
管理者	氏名	寺本 英雄	
	職名	施設長	
建物の竣工日	平成 年 月 日		
有料老人ホーム事業の開始日	平成 25 年 12 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	平成 年 月 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）	
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	平成 年 月 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	264.49㎡ (公簿・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		
		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 (年 月 日 ~ 年 月 日) / 無			
契約の自動更新	有 / 無			
建 物	規模	地下1階 地上7階建 1棟 (有料老人ホーム部分地下1階~地上5階)		
		延床面積	全体	1109.12㎡
			うち、有料老人ホーム部分	1061.75㎡
	構造	1 鉄筋コンクリート造		
		2 鉄骨造		
		3 木造		
		4 その他 ()		
	耐火構造	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			
	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	有 (年 月 日 ~ 年 月 日) / 無		
契約の自動更新	有 / 無			
居室の状況	居室区分	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	区分※	
	タイプ1	有	無	無	11.70 m ²	1 2		
	タイプ2	有	無	無	11.74 m ²	4		
	タイプ3	有	無	無	11.06 m ²	2		
	タイプ4	有	無	無	12.04 m ²	3		
	タイプ5	有	無	無	13.71 m ²	4		
	タイプ6	有	無	無	11.48 m ²	2		
	タイプ7	有	無	無	15.15 m ²	2		
	タイプ8	有	無	無	18.12 m ²	4		
	タイプ9	有	無	無	12.22 m ²	1		
	タイプ10	有	無	無	14.74 m ²	1		
	タイプ11	有	無	無	19.75 m ²	1		
※「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	2 箇所	うち男女別の対応が可能な便房		2 箇所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2 箇所			
	共用浴室	2 箇所	個室		2 箇所			
			大浴場		2 箇所			
	共用浴室に設置された介助浴槽	1 箇所	チェア浴		1 箇所			
			リフト浴		1 箇所			
			ストレッチャー浴		1 箇所			
			その他 ()		1 箇所			
食堂						有 / 無		
入居者や家族が利用できる調理設備						有 / 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) 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						有 / 無	
	自動火災報知設備						有 / 無	
	火災通報設備						有 / 無	
	スプリンクラー						有 / 無	
	防火管理者						有 / 無	
	防災計画						有 / 無	
その他	※ 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	長く住み慣れた場所で、自宅のように感じられる住居を目標に施設運営を行っております。
サービスの提供内容に関する特色	明るく、家庭的な雰囲気を利用者様に居心地の良い時間と場所を提供いたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	<ul 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） <input checked="" type="radio"/> 3 サービスの提供なし
食事の提供	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 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
洗濯、掃除等の家事の供与	<ul 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） <input checked="" type="radio"/> 3 サービスの提供なし
健康管理の供与	<ul 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） <input checked="" type="radio"/> 3 サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 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
身体拘束について	原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、緊急やむを得ない場合は、利用者様または家族様への説明・同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。

（医療連携の内容）

医療支援	<ul style="list-style-type: none"> 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 <input checked="" type="radio"/> 4 その他（訪問診療医の確保等） 		
協力医療機関	1	名称	ハートフルクリニック
		住所	神戸市中央区元町通4丁目6-17
		診療科目	精神科、心療内科、内科
		協力内容	定期往診
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	

協力歯科医療機関	名称	
	住所	
	協力内容	

(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 要介護の者	
留意事項		
契約の解除の内容		
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書
	解約予告期間	相当の期間
入居者からの解約予告期間	30日前	
体験入居	有 / 無 ※ 有の場合、内容(料金等)を記載すること。	
入居定員	36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			4	0.5
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			
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・介護職員の数)

夜勤帯の設定時間	18時～翌9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	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】	1	1.5 : 1以上
		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									○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					1						
前年度1年間の退職者数					2						
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年以上 3年未満					4					
	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】	1 利用権方式 3 終身建物賃貸借方式	② 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	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 / ④ 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / ④ 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	1 減額なし 3 不在期間が	2 日割り計算で減額 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)

(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						
	年齢						
居室の状況※2		タイプ1~7、 9~10	タイプ8	タイプ11	タイプ	タイプ	
床面積		11.06~ 15.15 m ²	18.12 m ²	19.75 m ²	m ²	m ²	
便所		有	有	有	有 / 無	有 / 無	
浴室		無	無	無	有 / 無	有 / 無	
台所		無	無	無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で必要な費用	前払金	240,000円	362,000円	365,000円	円	円	
	敷金	110,360円	132,360円	135,360円	円	円	
月額費用の合計		40,000円	62,000円	65,000円	円	円	
家賃		円	円	円	円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用	円	円	円	円	円	
	介護保険外	食費	45,360円	45,360円	45,360円	円	円
		管理費※3	13,000円	13,000円	13,000円	円	円
		介護費用	円	円	円	円	円
		光熱水費	11,000円	12,000円	12,000円	円	円
その他	円	円	円	円	円		
都度払いとなるサービス		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 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。

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	近傍家賃相場等を勘定して算出
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	共用施設の維持管理費、運営管理にかかる事務経費、管理部門の人件費等を勘案して算出
食費	
共益費	個室及び共用部分の電気、ガス、水道料を勘案して算出
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	※ 日常生活費や日本放送協会等の放送受信料、電話代等の利用者の嗜好による経費を記載すること。

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歳以上 75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	人	社会福祉施設	人
	医療機関	人	死亡者	人
	その他	人		
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)		人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)		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		株式会社ヒナコーポレーション	神戸市保健福祉局 高齢福祉課	神戸市消費生活センター
電話番号		078-811-3013	078-322-5226	078-371-1221
対応している 時間	平日	9:00~18:00	8:45~12:00 13:00~17:30	8:45~17:30
	土曜	×	×	×
	日曜・祝日	×	×	×
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 加入済み ② 未加入		
	※1の場合	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	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	① 取組あり 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	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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

10. その他

運 営 懇 談 会	1 設置済み 2 未設置 (代替措置あり) <input checked="" type="radio"/> 3 未設置 (代替措置なし)
	※ 1 の場合、開催頻度 年 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 :) <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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) <input checked="" type="radio"/> 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 type="checkbox"/> 全室 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 居室の一部) <input checked="" 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 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	ホームヘルプ サービス スリール湊川公園	神戸市兵庫区福原町15-18
		ホームヘルプ サービス スリール春日野道	神戸市中央区国香通3-2-19
訪問入浴介護	無		
訪問看護	無		
訪問リハビリテーション	無		
居宅療養管理指導	無		
通所介護	無		
通所リハビリテーション	無		
短期入所生活介護	無		
短期入所療養介護	無		
特定施設入居者生活介護	無		
福祉用具貸与	有	福祉用具スリール	神戸市灘区備後町5丁目 3-1-309
特定福祉用具販売	有	福祉用具スリール	神戸市灘区備後町5丁目 3-1-309
＜地域密着型サービス＞			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無		
夜間対応型訪問介護	無		
認知症対応型通所介護	無		
小規模多機能型居宅介護	有	小規模多機能型居 宅支援介護事業所 スリール兵庫上沢	神戸市兵庫区上沢通8丁目 9番1号
認知症対応型共同生活介護	有	グループホーム スリール長田	神戸市長田区腕塚町1-1-2
地域密着型特定施設入居者生活介護	無		
看護小規模多機能型居宅介護	無		
居宅介護支援	有	ケアプランセンタースリール	神戸市灘区鹿ノ下1-2-4
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問介護	有	ホームヘルプ サービス スリール	神戸市灘区鹿ノ下通1-2-4
		ホームヘルプ サービス スリール春日野道	神戸市中央区国香通3-2-19
介護予防訪問入浴介護	無		
介護予防訪問看護	無		
介護予防訪問リハビリテーション	無		
介護予防居宅療養管理指導	無		
介護予防通所介護	無		
介護予防通所リハビリテーション	無		
介護予防短期入所生活介護	無		
介護予防短期入所療養介護	無		

介護予防特定施設入居者生活介護	無		
介護予防福祉用具貸与	有	福祉用具スリール	神戸市灘区備後町5丁目 3-1-309
特定介護予防福祉用具販売	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	無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有	小規模多機能型居宅支援介護事業所 スリール兵庫上沢	神戸市兵庫区上沢通8丁目 9番1号
介護予防認知症対応型共同生活介護	有	グループホーム スリール長田	神戸市長田区腕塚町1-1-2
介護予防支援	無		
<介護福祉施設>			
介護老人福祉施設	無		
介護老人保健施設	無		
介護療養型医療施設	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	無
----------------------------------	---