

悠友倶楽部・うぐいすの森

介護付有料老人ホーム

重要事項説明書

悠友倶楽部・うぐいすの森（介護付有料老人ホーム）

重要事項説明書

作成日 令和4年7月1日

1.事業主体概要

|                |   |
|----------------|---|
| 事業主体           | 株式会社 MDR                                  |
| 代表者名           | 来田 慎輔                                     |
| 所在地            | 兵庫県川西市多田桜木 2-1-21                         |
| 基本財産・資本金       | 200 株 資本金 1,000 万円                        |
| 主な出損者・出資者とその金額 | 来田 慎輔 159 株（795 万円）<br>来田万里子 34 株（170 万円） |
| 他の主な事業         | 不動産賃貸管理                                   |
| 事業を行うのに必要な貸金の額 | 自己資金 40,000 千円                            |
| 及びその調達方法       | 長期借入金 100,000 千円                          |

| 事業主体が当該都道                 |                                     |                          |       |              |     |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------|--------------|-----|
| 介護サービスの種類                 |                                     |                          | 事業の名所 |              | 所在地 |
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>     |                                     |                          |       |              |     |
| 訪問介護                      | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 訪問入浴介護                    | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 訪問介護                      | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 訪問リハビリテーション               | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 居宅療養管理指導                  | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 通所介護                      | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 通所リハビリテーション               | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 短期入所生活介護                  | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 短期入所療養介護                  | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 特定施設入居者生活介護               | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                       | 悠友倶楽部 | 川西市鶯の森町 9-17 |     |
| 福祉用具貸与                    | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 特定福祉用具販売                  | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>  |                                     |                          |       |              |     |
| 夜間対応型訪問介護                 | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 認知症対応型通所介護                | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 小規模多機能型居宅介護               | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 認知症対応型共同生活介護              | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護          | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 地域密着型時介護老人福祉施設入居者生活介護     | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 居宅介護支援                    | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b> |                                     |                          |       |              |     |
| 介護予防訪問介護                  | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 介護予防訪問入浴介護                | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 介護予防訪問看護                  | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 介護予防訪問リハビリテーション           | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 介護予防居宅療養管理指導              | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 介護予防通所介護                  | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 介護予防通所リハビリテーション           | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 介護予防短期入居者生活介護             | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 介護予防短期入居者療養介護             | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 介護予防特定施設入居者生活介護           | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                       | 悠友倶楽部 | 川西市鶯の森町 9-17 |     |
| 介護予防福祉用具貸与                | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |
| 特定介護予防福祉用具販売              | あり                                  | <input type="checkbox"/> |       |              |     |

| <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 | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護  | あり | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 介護予防支援           | あり | <input type="checkbox"/> |  |  |
| <介護保険施設>         |    |                          |  |  |
| 介護老人福祉施設         | あり | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 介護老人保健施設         | あり | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 介護療養型医療施設        | あり | <input type="checkbox"/> |  |  |

## 2.施設概要

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| 施設名                           | 悠友倶楽部・うぐいすの森   |
| 施設の類型及び表示事項                   | (類型) 介護付有料老人ホーム<br>(居住の権利形態) 終身利用賃貸方式<br>(入居時要件) 要支援・要介護 1～5<br>(介護保険) 兵庫県指定介護保険特定施設<br>(居室区分) 全個室<br>(介護にかかわる職員体制) 3 : 1 以上   |
| 介護付終身利用 (提携ホーム) 型の場合、提携ホームの名称 |  |
| 限定介護型の場合、ホームが介護を行う範囲          |  |
| 介護保険の指定居宅サービスの種類              | 特定施設入居者生活介護<br>介護予防特定入居者生活介護   |
| 開設年月日                         | 平成 16 年 8 月 1 日  |
| 施設長 (施設の管理者)                  | 来田 万里子   |
| 所在地・電話番号                      | 兵庫県川西市鶯の森町 9-17 072-756-6541   |
| 交通の便                          | 能勢電鉄 鶯の森駅より徒歩 1 分 100M   |
| 敷地概要 (権利関係)                   | 土地所有者 来田慎輔・来田操   |
| 敷地が防災上地域指定されている場合の名称及び対策      |  |
| 建物概要 (権利関係)                   | 事業主体所有 延べ床面積 609.95 m <sup>2</sup><br>RC 造 3 階 抵当権あり   |
| 建築年月日                         | 平成 16 年 6 月 30 日   |
| 居室 (介護居室) の概要                 | 介護居室 15 室 (1 人部屋 15 室) 定員 15 室<br>A1 18.00 m <sup>2</sup> 4 室 A2 18.07 m <sup>2</sup> 2 室<br>A3 18.00 m <sup>2</sup> 2 室 B1 18.19 m <sup>2</sup> 2 室<br>B2 18.14 m <sup>2</sup> 2 室 C1 18.00 m <sup>2</sup> 1 室<br>C2 18.20 m <sup>2</sup> 2 室 |
| 浴室、食堂、機能訓練の概要                 | 浴室 1 室 (1 階) 食堂、機能訓練室 2 室 (2.3 階 娛樂室兼用)  |
| その他の共用設備の概要                   | 1 階 脱衣室・リネン室・談話コーナー・駐車場 (3 台)<br>2 階 スタッフルーム 2.3F 厨房・談話コーナー<br>1 階 53.39 m <sup>2</sup> (駐車場除く) 2 階 82.89 m <sup>2</sup> 3 階 66.60 m <sup>2</sup>  |
| スプリンクラー設備の有無                  | 全居室 有  |
| ナースコール等緊急連絡・安全確認              | 館内用の個人携帯ナースコール 夜間にもヘルパー 1 名が巡視   |
| (公益社団法人) 有料老人ホーム協会への加入状況      | 加入   |

|            |                           |   |
|------------|---------------------------|---|
| 外部監査の導入    | 有（監査法人名<br>（連絡先<br>）<br>） | 無 |
| その他組織等との連携 | 有（監査法人名<br>（連絡先<br>）<br>） | 無 |

### 3.利用料

|             |                     |  |  |
|-------------|---------------------|--|--|
| 費用の納入方法     |                     | 入居金+月額利用料（入居時介護一時金はありません）                          |  |
| 敷金          |                     | 1人入居の場合 30万円(家賃3ヵ月分)                               |  |
|             |                     | 3か月以内に契約解除になった場合は、退去後に未精算の利用料、原状回復費等を差し引きお返しいたします。 |  |
| 介護費用の一時金    |                     | なし   |  |
| 解約時の返還金     |                     | なし   |  |
| 月額利用料       |                     | 1人入居の場合 227,000円/月                                 |  |
| 内訳          | 管理費                 | 73,000円  |  |
|             | 用途                  | 事務費、生活サービスにかかる人件費<br>共用施設の維持管理費・備品・消耗品費            |  |
|             | 食費                  | 1,800円×30日=54,000円 朝400円 昼700円 夜700円               |  |
|             | 介護費用（介護保険に係わる利用料除く） | 近隣へのサービスは実費徴収なし<br>30分以上かかる場合1時間1000円、以降30分毎に500円  |  |
|             | 光熱費                 | 管理費に含む（電話代等は別途実費負担）                                |  |
|             | 家賃相当額               | 100,000円   |  |
|             | その他                 | 教養・娯楽費・おむつ代・消耗品 実費                                 |  |
| 改定ルール       |                     | 運営懇談会を経て入居者の同意を得たうえで決定する                           |  |
| 介護保険に係わる利用料 |                     | 1割もしくは2割もしくは3割                                     |  |
|             |                     |  |  |

|                    |  |
|--------------------|--|
| 損害賠償額の予定の定めの有無及び内容 | 本契約に基づくサービスの提供に当たって、万が一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は不可抗力による場合を除き速やかに入居者に対して損害を賠償します。但し、入居者に重大な過失がある場合は損害額を減ずることができます（あいおい損保と契約を締結） |
| 消費税                | 消費税込み  |

#### 4.サービスの内容

|                            |   |
|----------------------------|---|
| 敷金                         | 30万円  |
| 月額利用料（介護費用を除く）に含まれるサービス    | 1 介護（介護保険法などに基づく特定施設入居者生活介護の提供を含む）<br>2 健康管理      3 食事の提供<br>4 生活相談・助言      5 生活サービス<br>6 レクリエーション 7 その他支援サービス  |
| ホームが提供する介護サービスの内容 頻度及び費用負担 | 別紙介護サービス一覧表 参照  |
| 上記以外の別途費用負担の必要なサービスとその利用料  | 個人的な遠方の通院、旅行などの付き添い介助、上乘せ・横出しサービス、1時間 1000円～  |
| 苦情処理の体制                    | 苦情処理責任者 ホーム長 来田万里子<br>ホーム窓口担当者 来田亜希子<br>ご利用方法 072-756-6541（午前9時～午後5時）<br>ホーム外の窓口（参考）<br>川西市長寿介護課 072-740-1174<br>（公益社団法人）有料老人ホーム協会 03-3272-3781<br>高齢福祉をすすめる市民ネットワーク 072-793-4331 |
| 損害賠償の方針                    | 3.利用料の「損害賠償額の予定の定めの有無及び内容」を参照   |

#### 5.介護を行う場所

要介護時（認知症を含む）に介護を行う場所は、全て介護居室です。

#### 6.医療・健康管理

##### (1) 協力医療機関などの概要

|                       |   |
|-----------------------|---|
| ホーム医<br>つちたにクリニック     | 2回/月 往診<br>健康診断・健康チェック  |
| 救急医療<br>医療法人 協和会 協立病院 | 外科 内科 整形外科 眼科 泌尿器科<br>協力医療機関だからといって優先的に治療が受けられたり、入院ができるわけではありません。 |
| 川西市歯科医師会              |   |
| 武田外科                  |   |

(2) 医療・機能訓練・健康管理サービスの概要

| 内容      | サービス提供主体             |
|---------|----------------------|
| ●健康管理   |                      |
| 健康診断    | 1回/年 協力医療機関          |
| 健康相談    | 2回/月 看護師             |
| 栄養指導    | 2回/月 看護師             |
| ●医療     |                      |
| 居室への往診  | 必要時 つちたにクリニック 土谷利晴先生 |
| ●機能訓練   |                      |
| 要介護者    | 1~2回/日 ホームスタッフ       |
| ●関連サービス |                      |
| 通院時の移送  | 有(必要時) ホームスタッフ       |
| 入院時の移送  | 有(必要時) ホームスタッフ       |
| 薬の受取代行  | 有(必要時) ホームスタッフ       |

(3) 緊急に医療が必要になった場合の対応

ホームの協力医療機関または入居者が選択する医療機関において治療を受ける。

費用については医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担。

入退院の手続き代行は無料

7.入居状況等

令和7年7月1日

|            |   |
|------------|---|
| 入居者数及び定員   | 定員14名 現在14名入居   |
| 入居者内訳      | 性別 男性1名 女性13名   |
|            | 介護度別 要支援 0名 要支援2 1名<br>要介護1 5名 要介護2 0名 要介護3 3名<br>要介護4 1名 要介護5 4名 |
| 平均年齢       | 90.79歳  |
| 運営懇談会の開催状況 | 随時 状況に応じて   |

8.職員体制

R4.7.1

|                |  |
|----------------|--|
| 直接処遇職員の人員配置の状況 | 要介護者等の人数(前年度の平均値) 15名<br>基準上の直接処遇職員の人数(常勤換算) 6名<br>ホームに配置する直接処遇職員の人数(常勤換算) 6名<br>要介護者等に対する直接処遇職員の人数の割合 3:1 |
| 常勤換算方式の考え方     | 月間常勤換算時間 160時間 20日/月×8時間/日で計算  |



|         |  |
|---------|--|
| 勤務体制の概要 | 昼間（9時～17時）<br>介護職員：常勤7名 非常勤4名 （常勤換算6）<br>看護職員：常勤1名 非常勤0名<br>夜間（21時～翌7時）<br>介護職員：常勤1名（夜間の延べ勤務時間10時間）<br>看護職員：常勤0名 非常勤0名<br><br>管理者（ホーム長）、理学療法士（非常勤）<br>生活相談員、計画作成担当者<br>正規の勤務時間帯 9時～17時 4週8休<br>介護スタッフ<br>A勤（7時～16時） B勤（9時～18時）<br>C勤務（12時～21時） 夜勤（16時～翌9時） |
|---------|--|

（職員体制一覧表）

|                        | 職員数        | 夜間勤務職員数 | 備考        |
|------------------------|------------|---------|-----------|
| 施設長                    | 1          |         |           |
| 生活相談員                  | 1          |         |           |
| 直接処遇職員<br>介護職員<br>看護職員 | 8 (5)<br>1 | 1       |           |
| 生活支援職員                 |            |         |           |
| 機能訓練指導員                | 1          |         | 理学療法士（兼任） |
| 計画作成担当者                | 1          |         |           |
| 医師                     |            |         |           |
| 栄養士                    |            |         |           |
| 調理員                    | 4          |         |           |
| 事務職員                   |            |         |           |
| その他                    |            |         |           |

注

- 1) ( ) 書きは非常勤数で内数
- 2) 常勤職員数には併設施設がある場合の当該施設の医師、看護師その他の職員数は含まれない。
- 3) 「生活相談員」とは、生活相談員、ソーシャルワーカーその他入居者等からの相談業務に従事する職員をいう。
- 4) 「介護員」とは、介護員その他直接入居者に対し、介護又は生活援助を行う職員をいう。
- 5) 機能訓練指導員については、理学療法士・作業療法士・看護職員等の職種を記載する事。

## 9.入居・退去など

|              |   |
|--------------|---|
| 入居者の条件       | 概ね 65 歳以上で要支援及び要介護 1～5 の介護認定を受けておられる方 日常生活で介護が必要な方 1 人入居を原則とします   |
| 身元引受人等の条件・義務 | 身元引受人を 1 人定めていただきます。身元引受人は利用料の支払いについて、入居者と連携して責任を負うことになります。入居契約が解除されれば入居者を引き取ることになります。  |
| 契約の解除        | 本契約第 5 章（契約の終了）より<br>次の各号の一つに該当するときに終了します。<br>一 入居者が死亡した場合<br>二 入居者から契約解除が行われた場合<br>三 次の項目に該当する場合には 6 ヶ月間の期限を定めて催告の上、契約を解除することがあります。<br>①入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居した時<br>②月額の利用料その他支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時<br>③第 20 条（禁止又は制限される行為）の規定に違反した時<br>④入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ない時 |
| 短期解約特例       | 入居金償却開始から 90 日以内において解約の申し出をした場合は専用居室の明渡しをした日までの専用居室・共用施設の利用及び各種サービスの対価並びに原状回復費用・リフォーム費用を支払って契約を終了することができます。なおこの場合、専用居室の明渡しの日から 3 か月以内に受領済み入居金および月払いの利用料の全額を無利息にて返還します。  |
| 体験入居         | 2 泊 3 日 ￥15,000（税込）延長についてはご相談に応じます  |

## 10.情報の開示の状況

|            |   |                               |
|------------|---|-------------------------------|
| 重要事項説明書の公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開  | <input type="checkbox"/> 非公開  |
| 契約書の公開     | <input checked="" type="checkbox"/> 公開  | <input type="checkbox"/> 非公開  |
| 管理規程の公開    | <input checked="" type="checkbox"/> 公開  | <input type="checkbox"/> 非公開  |
| 財務諸表の閲覧    | <input checked="" type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない |

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名

被説明者署名

## 重要事項説明書

|      |        |       |          |
|------|--------|-------|----------|
|      |        | 記入年月日 | 令和4年7月1日 |
| 記入者名 | 来田 亜希子 | 所属・職名 | 生活相談員    |

## 1. 事業主体概要

| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 |                               |  |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| 事業主体の名称                         | 法人等の種類                        | なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 株式会社      |
|                                 | 名称                            | (ふりがな) えむでいあーる<br>MDR  |
| 事業主体の主たる<br>事務所の所在地             | 〒666-0124<br>兵庫県川西市多田桜木2-1-21 |  |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号                          | 072-793-0024   |
|                                 | FAX番号                         | 072-792-3994   |
|                                 | ホームページアドレス                    | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり : http:// |
|                                 |                               |  |
| 事業主体の代表者の<br>氏名及び職名             | 氏名                            | 来田 慎輔  |
|                                 | 職名                            | 代表取締役  |
| 事業主体の設立年月日                      | 平成14年2月23日                    |  |

事業主体が当該都道府県、指定都市、中核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         |
|------------------------------|----|----|--------------|-------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |    |              |             |
| 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 | 悠友倶楽部・うぐいすの森 | 川西市鶯の森町9-17 |
| 福祉用具貸与                       | あり | なし |              |             |
| 特定福祉用具販売                     | あり | なし |              |             |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |    |              |             |
| 定期巡回・随時訪問介護・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 |              |             |
| 複合型サービス                      | あり | なし |              |             |
| 居宅介護支援                       | あり | なし |              |             |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |    |              |             |
| 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 | 悠友倶楽部・うぐいすの森 | 川西市鶯の森町9-17 |
| 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 |              |             |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |    |              |             |
| 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 |              |             |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |    |    |              |             |
| 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 |              |             |

## 2. 施設概要

|  |   |   |
|--|---|---|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先   |   |   |
| 施設の名称  | (ふりがな) ゆうゆうくらぶ・うぐいすのもり<br>悠友倶楽部・うぐいすの森  |   |
| 施設の所在地   | 〒666-0001   |   |
|  | 兵庫県川西市鶯の森町9-17  |   |
| 施設の連絡先   | 電話番号  | 072-756-6541  |
|  | FAX番号   | 072-756-6540  |
|  | ホームページ  | なし  |
|  | アドレス  | あり: <a href="http://www.yuyuclub.jp/">http://www.yuyuclub.jp/</a> |
| 施設の開設年月日   |   | 平成16年8月1日   |
| 施設の管理者の氏名<br>及び職名  | 氏名  | 来田 万里子  |
|  | 職名  | ホーム長  |
| 施設までの主な利用交通手段  |   |   |
| 能勢電鉄 鶯の森駅より徒歩1分。 西へ100m  |   |   |
| 施設の類型及び表示事項  | (類型) 介護付有料老人ホーム<br>(居住形態) 利用権方式<br>(利用料の支払い方式) 一時金方式<br>(入居時要件) 要支援・要介護<br>(介護保険) 兵庫県指定介護保険特定施設<br>(居室区分) 全個室<br>(介護に関わる職員体制) 3:1以上 |   |
| 介護保険事業所番号  | 特定施設入居者生活介護   | 2873100784  |
|  | 介護予防特定入居者生活介護   | 2873100784  |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日) |   |   |
| 事業の開始 (予定) 年月日   | 平成16年8月1日   |   |
|  | 平成18年4月1日 (介護予防)  |   |
| 指定の年月日   | 令和4年8月1日  |   |
|  | 平成30年4月1日 (介護予防)  |   |
| 指定の更新年月日   | 令和10年8月1日   |   |
|  | 令和6年4月1日  |   |

### 3. 従業者に関する事項

#### 職種別の従業者の人数及びその勤務形態

##### 有料老人ホームの人数及びその勤務形態

| 実人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計 | 常勤換算<br>人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|------------|
|         | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |            |
| 施設長     | 1  |     |     |     | 1  |            |
| 生活相談員   | 1  |     |     |     | 1  |            |
| 看護職員    | 1  |     | 1   |     | 1  |            |
| 介護職員    | 8  |     | 5   |     | 13 |            |
| 機能訓練指導員 |    |     |     |     |    |            |
| 計画作成担当者 | 1  |     |     |     | 1  |            |
| 栄養士     |    |     |     |     |    |            |
| 調理員     | 4  |     |     |     | 4  |            |
| 事務員     |    |     |     |     |    |            |
| その他従業者  |    |     |     |     |    |            |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40

※ 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。

##### 従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|----------|----|-----|-----|-----|
|          | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 社会福祉士    |    |     |     |     |
| 介護福祉士    | 5  |     | 2   |     |
| 介護職員基礎研修 |    |     |     |     |
| 訪問介護員1級  |    |     | 1   |     |
| 2級       | 3  |     | 2   |     |
| 3級       |    |     |     |     |
| 介護支援専門員  | 1  |     |     |     |

##### 従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数        | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|-------------|----|-----|-----|-----|
|             | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 理学療法士       |    |     |     |     |
| 作業療法士       |    |     |     |     |
| 言語聴覚士       |    |     |     |     |
| 看護師及び准看護師   | 1  |     |     |     |
| 柔道整復士       |    |     |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |     |     |

##### 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

|  | <u>人 数</u>  | <u>夜勤帯平均人数</u><br><u>( 21時～ 7 時)</u> | <u>最少時人数</u><br><u>(休憩者等を除く)</u> |
|--|-------------|--------------------------------------|----------------------------------|
|  | <u>看護職員</u> | 0                                    | 0                                |
|  | <u>介護職員</u> | 1                                    | 1                                |

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

| 実人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計 | 常勤換算<br>人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|------------|
|         | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |            |
| 生活相談員   | 1  |     |     |     | 1  |            |
| 看護職員    | 1  |     |     |     | 1  |            |
| 介護職員    | 8  |     | 5   |     | 13 |            |
| 機能訓練指導員 |    |     |     |     |    |            |
| 計画作成担当者 | 1  |     |     |     | 1  |            |
| その他従業者  |    |     |     |     |    |            |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|----------|----|-----|-----|-----|
|          | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 社会福祉士    |    |     |     |     |
| 介護福祉士    | 5  |     | 2   |     |
| 介護職員基礎研修 |    |     |     |     |
| 訪問介護員1級  |    |     | 1   |     |
| 2級       | 3  |     | 2   |     |
| 3級       |    |     |     |     |
| 介護支援専門員  | 1  |     |     |     |

従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数        | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|-------------|----|-----|-----|-----|
|             | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 理学療法士       |    |     |     |     |
| 作業療法士       |    |     |     |     |
| 言語聴覚士       |    |     |     |     |
| 看護師及び准看護師   | 1  |     |     |     |
| 柔道整復士       |    |     |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |     |     |

管理者の他の職務との兼務の有無 なし

|                     |    |    |                   |
|---------------------|----|----|-------------------|
| 管理者が有している当該業務に係る資格等 | なし | あり | 資格等の名称<br>訪問介護員2級 |
|---------------------|----|----|-------------------|

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 3 : 1



従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

|                | 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    | 0       | 0   | 1       | 0   | 0     | 0   |
| 前年度1年間の退職者数    | 0       | 0   | 1       | 1   | 0     | 0   |
| 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  |         |     | 2       |     |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  | 1       |     |         |     |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |         |     | 3       | 2   |       |     |
| 10年以上の者の人数     |         |     | 3       | 2   | 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    | 0       | 0   | 0       | 0   | 0     | 0   |
| 前年度1年間の退職者数    | 0       | 0   | 0       | 0   | 0     | 0   |
| 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 |         |     |         | 1   |       |     |
| 10年以上の者の人数     |         |     |         |     |       |     |
| 従業者の健康診断の実施状況  |         |     |         | なし  | あり    |     |

#### 4. サービスの内容

|  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| 施設の運営に関する方針  |  |                             |
| ホームは施設目的に従ってホームの管理運営を行い、良好な環境の保持に努めると友に入居者に対する各種サービスを提供する。 |  |                             |
| 介護サービスの内容、利用定員等  |  |                             |
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無                                      | <input type="checkbox"/> なし  | <input type="checkbox"/> あり |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無                                       | <input type="checkbox"/> なし  | <input type="checkbox"/> あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無                                       | <input type="checkbox"/> なし  | <input type="checkbox"/> あり |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況                                   | 別紙   |                             |
| 協力医療機関の名称  | つちたにクリニック  |                             |
| (協力の内容)  | 月2回の往診、また必要に応じて往診  |                             |
| 協力歯科医療機関   | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり | その名称 川西歯科医師会、黒木歯科           |
| (協力の内容)  | 必要に応じて往診<br>口腔指導   |                             |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項                                      |  |                             |
| 要介護時に介護を行う場所   |  |                             |
| 入居時の居室が介護居室であり、要介護時及び終身において介護を行う。                          |  |                             |

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室からの面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の変更の有無

なし

あり

台所の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

介護居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室からの面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の変更の有無

なし

あり

台所の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

|                  |   |                             |  |
|------------------|---|-----------------------------|--|
| その他 ( _____ )    |   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 判断基準・手続について      |   |                             |  |
| (その内容)           |   |                             |  |
| 追加的費用の有無         |   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 居室利用権の取扱い        |   |                             |  |
| (その内容)           |   |                             |  |
| 入居一時金償却の調整の有無    |   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 |   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 従前居室との仕様の変更      |   |                             |  |
| 便所の変更の有無         |   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 浴室の変更の有無         |   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 洗面所の変更の有無        |   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 台所の有無            |   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| その他の変更の有無        |   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| (その内容)           |   |                             |  |
| 施設の入居に関する要件      |   |                             |  |
| 自立している者を対象       |   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり            |
| 要支援の者を対象         |   | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 要介護の者を対象         |   | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 留意事項             |   |                             |  |
| 契約の解除の内容         | <p>① 入居者が死亡した場合</p> <p>② 入居者から契約解除が行われた場合</p> <p>③ 次の項目に該当する場合には6ヵ月間の期限を定めて催告の上、契約を解除することがあります。</p> <p>一. 入居申込者に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居した時</p> <p>二. 月額の利用料その他支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時</p> <p>三. 禁止または制限される行為の規定に違反した時</p> <p>四. 入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介助方法ではこれを防止することが出来ないとき</p> <p>短期解約特例: 入居金償却開始日から90日以内において解約の申し出をした場合は専用居室の明渡しをした日までの専用居</p> |                             |  |

|         |   |
|---------|---|
|         | <p>室・共用施設の利用および各種サービスの対価並びに原状回復費用・リフォーム費用を支払って契約を終了することができます。なお、この場合、専用居室の明渡しの日から3ヵ月以内に受領済み入居金および月払いの利用料の全額を無利息にて返還します。</p> |
| 体験入居の内容 | 2泊3日 ￥15,000 延長についてはご相談に応じます  |
| 入居定員    | 15名   |
| その他     |   |

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

|            | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|------------|------|------|------|------|------|----|
| 65歳未満      |      |      |      |      |      |    |
| 65歳以上75歳未満 | 1    |      |      |      |      | 1  |
| 75歳以上85歳未満 |      |      |      |      |      |    |
| 85歳以上      | 4    |      | 3    | 1    | 4    | 12 |
|            | 自立   | 要支援1 | 要支援2 |      |      | 合計 |
| 65歳未満      |      |      |      |      |      |    |
| 65歳以上75歳未満 |      |      |      |      |      |    |
| 75歳以上85歳未満 |      |      |      |      |      |    |
| 85歳以上      |      |      | 1    |      |      | 1  |

入居者の平均年齢 90.75歳

入居者の男女別人数 男性 1 女性 13

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 92

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

|        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|--------|------|------|------|------|------|----|
| 自宅等    |      |      |      |      |      |    |
| 社会福祉施設 |      |      |      |      |      |    |
| 医療機関   |      |      |      |      | 1    | 1  |
| 死亡者    |      |      |      |      | 1    | 1  |
| その他    |      |      |      |      |      |    |
|        | 自立   | 要支援1 | 要支援2 |      |      | 合計 |
| 自宅等    |      |      |      |      |      |    |
| 社会福祉施設 |      |      |      |      |      |    |
| 医療機関   |      |      |      |      |      |    |
| 死亡者    |      |      |      |      |      |    |
| その他    |      |      |      |      |      |    |

入居者の入居期間

| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満 | 10年以上1<br>5年未満 | 15年以上 |
|------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| 入居者数 | 2     | 1             | 1            | 5             | 4              | 1     |

施設、設備等の状況

|                                     |                                     |                                     |   |                                     |                                     |                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| 建物の構造                               | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物             |                                     |   | なし                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                     |
|                                     | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物            |                                     |   | なし                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                     |
| 居室の状況                               | 区分                                  |                                     |   | 室数                                  | 人数                                  | 1の居室の床面積            |
|                                     | 一般居室個室                              | あり                                  | <input type="checkbox"/>                    |                                     |                                     | m <sup>2</sup>      |
|                                     | 一般居室相部屋                             | あり                                  | <input type="checkbox"/>                    |                                     |                                     | m <sup>2</sup>      |
|                                     |                                     |                                     |   |                                     |                                     | m <sup>2</sup>      |
|                                     |                                     |                                     |   |                                     |                                     | m <sup>2</sup>      |
|                                     | 介護居室個室                              | <input checked="" type="checkbox"/> | なし  | 15                                  |                                     | 18.0 m <sup>2</sup> |
|                                     | 介護居室相部屋                             | あり                                  | <input type="checkbox"/>                    |                                     |                                     | m <sup>2</sup>      |
|                                     |                                     |                                     |   |                                     |                                     | m <sup>2</sup>      |
|                                     |                                     |                                     |   |                                     |                                     | m <sup>2</sup>      |
| 一時介護室                               | あり                                  | <input type="checkbox"/>            |   |                                     | m <sup>2</sup>                      |                     |
|                                     |                                     |                                     |   |                                     | m <sup>2</sup>                      |                     |
|                                     |                                     |                                     |   |                                     | m <sup>2</sup>                      |                     |
| 共用便所の設置数                            | うち男女別の対応が可能な数                       |                                     |   |                                     |                                     |                     |
|                                     | うち車椅子等の対応が可能な数                      |                                     |   |                                     |                                     |                     |
| 個室の便所の設置数                           | 15                                  | 個室における便所の設置割合                       |   |                                     | 100%                                |                     |
|                                     |                                     | うち車椅子等の対応が可能な数                      |   |                                     | 15                                  |                     |
| 浴室の設備状況                             | 浴室の数                                | 個浴                                  | 大浴槽   | 特殊浴槽                                | リフト浴                                |                     |
|                                     |                                     | 2                                   |   |                                     |                                     |                     |
| その他、浴室の設備に関する事項 簡易リフト、シャワーチェアあり     |                                     |                                     |   |                                     |                                     |                     |
| 食堂の設備状況                             | 2階                                  | 28.54m <sup>2</sup>                 |   |                                     |                                     |                     |
| 入居者等が調理を行う設備状況                      |                                     |                                     |   | なし                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                     |
| その他、共用施設の設備状況                       |                                     | 3階                                  | 娯楽室、応接室兼用                                   |                                     | 28.54m <sup>2</sup>                 |                     |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | (その内容)                              |   |                                     |                                     |                     |
| バリアフリーの対応状況                         |                                     | 全てバリアフリー                            |   |                                     |                                     |                     |
| (その内容)                              |                                     |                                     |   |                                     |                                     |                     |
| 緊急通報装置の設置状況                         | なし                                  | 一部あり                                | <input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり |                                     |                                     |                     |
| 外線電話回線の設置状況                         | なし                                  | 一部あり                                | <input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり |                                     |                                     |                     |
| テレビ回線の設置状況                          | なし                                  | 一部あり                                | <input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり |                                     |                                     |                     |
| 施設の敷地に関する事項                         |                                     |                                     |   |                                     |                                     |                     |
| 敷地の面積                               |                                     |                                     |   |                                     |                                     |                     |
| 事業所を運営する法人が所有                       |                                     | なし                                  | 一部あり  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                     |
| 抵当権の設定                              |                                     |                                     | なし  | あり                                  |                                     |                     |
| 貸借（借地）                              |                                     |                                     |   |                                     |                                     |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> | あり                                  | 契約期間                                | 始   | 終                                   |                                     |                     |
| 契約の自動更新                             |                                     |                                     |   | なし                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                     |

|  |  |  |  |              |  |  |  |
|--|--|--|--|--------------|--|--|--|
| 施設の建物に関する事項                                      |  |  |  |              |  |  |  |
| 建物の構造  |  |  |  | RC造地上 3階建て   |  |  |  |
| 建物の延床面積  |  |  |  | 609.95㎡      |  |  |  |
| 事業所を運営する法人が所有                                    |  | なし                                     |  | 一部あり         |  | <input checked="" type="checkbox"/> あり |  |
| 抵当権の設定   |  |  |  | なし           |  | あり                                     |  |
| 貸借（借家）   |  |  |  |              |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> なし           |  | あり                                     |  | 契約期間         |  | 始                                      |  |
|  |  |  |  | 契約の自動更新      |  | 終                                      |  |
|  |  |  |  |              |  | なし                                     |  |
|  |  |  |  |              |  | あり                                     |  |
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況                              |  |  |  |              |  |  |  |
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口                    |  |  |  |              |  |  |  |
| 窓口の名称  |  | 相談窓口                                   |  |              |  |  |  |
| 電話番号   |  | 072-756-6541                           |  |              |  |  |  |
| 対応している時間   |  | 平日                                     |  | 9時～17時       |  |  |  |
|  |  | 土曜                                     |  | 9時～12時       |  |  |  |
|  |  | 日曜・祝日                                  |  | 9時～12時       |  |  |  |
| 定休日等   |  | 年末年始                                   |  |              |  |  |  |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等                          |  |  |  |              |  |  |  |
| 窓口の名称  |  | 川西市長寿・介護保険課/兵庫県国民保険連合会                 |  |              |  |  |  |
| 電話番号   |  | 072-740-1174 / 078-332-5601            |  |              |  |  |  |
| 対応している時間   |  | 平日                                     |  | 9時～17時       |  |  |  |
|  |  | 土曜                                     |  |              |  |  |  |
|  |  | 日曜・祝日                                  |  |              |  |  |  |
| 定休日等   |  | 土曜日・日曜日・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                                    |  |  |  |              |  |  |  |
| なし   |  | <input checked="" type="checkbox"/> あり |  | (その内容)       |  |  |  |
|  |  |  |  | あいおい損保と契約を締結 |  |  |  |
| その他、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に関すること          |  |  |  |              |  |  |  |
| なし   |  | <input checked="" type="checkbox"/> あり |  | (その内容)       |  |  |  |
|  |  |  |  | あいおい損保と契約を   |  |  |  |
| サービスの提供内容に関する特色等                                 |  |  |  |              |  |  |  |
| (その内容) 15人という少人数でアットホームな環境の中で、その都度、個別のサービスを実施できる |  |  |  |              |  |  |  |
| 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                 |  |  |  |              |  |  |  |
| なし   |  | <input checked="" type="checkbox"/> あり |  | 実施した年月日      |  | 平成24年10月                               |  |
|  |  |  |  | 当該結果の開示状況    |  | なし                                     |  |
|  |  |  |  |              |  | <input checked="" type="checkbox"/> あり |  |



| 第三者による評価の実施状況 |    |             |                                     |
|---------------|----|-------------|-------------------------------------|
| なし            | あり | 実施した年月日     | 平成24年1月                             |
|               |    | 実施した評価機関の名称 | 有料老人ホーム協会<br>有料老人ホームサービス<br>評価プログラム |
|               |    | 当該結果の開示状況   | なし                                  |

5. 利用料金

| 利用料の支払い方式   | 一時金方式        | <u>月払い方式</u>                       | 選択方式        |              |             |           |             |
|---|--------------|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-----------|-------------|
| 入居金   | 300,000      |                                    |             |              |             |           |             |
| <u>月払い方式</u>  |              |                                    |             |              |             |           |             |
| <u>一時金及び月単位で支払う利用料</u>                                |              |                                    |             |              |             |           |             |
| <u>年齢に応じた金額設定</u>                                     | <u>なし</u>    | <u>あり</u>                          |             |              |             |           |             |
| <u>要介護状態に応じた金額設定</u>                                  | <u>なし</u>    | <u>あり</u>                          |             |              |             |           |             |
| <u>料金プラン</u>  |              |                                    |             |              |             |           |             |
| <u>プラン名称</u>  | <u>敷金</u>    | <u>月額</u>                          | <u>(内訳)</u> |              |             |           |             |
|   |              |                                    | <u>計</u>    | <u>家賃相当額</u> | <u>介護費用</u> | <u>食費</u> | <u>光熱水費</u> |
| 基本プラン   |              |                                    |             |              |             |           |             |
|   |              |                                    |             |              |             |           |             |
| <u>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</u>                          |              |                                    |             |              |             |           |             |
| <u>算定根拠</u>   | <u>家賃相当額</u> |                                    |             |              |             |           |             |
|   | <u>介護費用</u>  | <u>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</u><br>なし |             |              |             |           |             |
|   | <u>食費</u>    |                                    |             |              |             |           |             |
|   | <u>光熱水費</u>  | なし                                 |             |              |             |           |             |
|   | <u>管理費</u>   |                                    |             |              |             |           |             |
|   | <u>一時金</u>   |                                    |             |              |             |           |             |
| <u>一時金の償却に関する事項</u>                                   |              |                                    |             |              |             |           |             |
| <u>償却開始日の設定</u>                                       | <u>入居日</u>   | <u>入居日の翌日</u>                      |             |              |             |           |             |
| <u>初期償却率 (%)</u>                                      |              |                                    |             |              |             |           |             |
| <u>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</u>                   |              |                                    | <u>0円</u>   |              |             |           |             |
| <u>権利金等(※)の額</u>                                      |              |                                    | <u>0円</u>   |              |             |           |             |
| <u>(※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。</u> |              |                                    |             |              |             |           |             |
| <u>償却年月数</u>  |              |                                    |             |              |             |           |             |
| <u>(想定居住期間)</u>                                       |              |                                    |             |              |             |           |             |

|  |              |   |                |               |               |                      |
|--|--------------|---|----------------|---------------|---------------|----------------------|
| <u>契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例</u>                |              |   |                |               |               |                      |
|  |              |   |                |               |               |                      |
| <u>保全措置の実施状況</u>                           |              |   | <u>なし</u>      | <u>あり</u>     |               |                      |
| <u>三月以内の契約終了による返還金について</u>                 |              |   |                |               |               |                      |
| <u>三月の起算日</u>                              |              | <u>入居日</u>                                |                | <u>入居日の翌日</u> |               |                      |
| <u>契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法</u> |              |   |                |               |               |                      |
|  |              |   |                |               |               |                      |
| <u>敷金の支払方法</u>                             |              |   |                |               |               |                      |
| 入居契約締結日後、1週間以内に振り込む                        |              |   |                |               |               |                      |
| <u>月払い方式</u>                               |              |   |                |               |               |                      |
| <u>月単位で支払う利用料</u>                          |              |   |                |               |               |                      |
| <u>年齢に応じた金額設定</u>                          |              |   | <u>なし</u>      | <u>あり</u>     |               |                      |
| <u>要介護状態に応じた金額設定</u>                       |              |   | <u>なし</u>      | <u>あり</u>     |               | <u>介護保険の1割、2割を徴収</u> |
| <u>料金プラン</u>                               |              |   |                |               |               |                      |
| <u>プラン名称</u>                               |              | <u>月額</u>                                 | <u>(内訳)</u>    |               |               |                      |
|  |              | <u>計</u>                                  | <u>家賃相当額</u>   | <u>介護費用</u>   | <u>食費</u>     | <u>光熱水費</u>          |
| <u>基本料金</u>                                |              |   | <u>100,000</u> |               | <u>540,00</u> | <u>73,000</u>        |
|  |              |   |                |               |               |                      |
|  |              |   |                |               |               |                      |
| <u>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</u>               |              |   |                |               |               |                      |
| <u>算定根拠</u>                                | <u>家賃相当額</u> |   |                |               |               |                      |
|  | <u>介護費用</u>  | <u>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</u><br><u>なし</u> |                |               |               |                      |
|  | <u>食費</u>    | 人件費等の諸経費、食材費に基づく費用<br>(喫食数による返金制度もあり)     |                |               |               |                      |
|  | <u>光熱水費</u>  | <u>なし</u>                                 |                |               |               |                      |
|  | <u>管理費</u>   | 事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費               |                |               |               |                      |

|   |   |           |           |
|---|---|-----------|-----------|
| <u>一時金方式・月払い方式共通</u>  |   |           |           |
| <u>介護保険サービスの自己負担額</u>   |   |           |           |
| <u>内容</u>   | ※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。                    |           |           |
| <u>人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）</u>                                      |   | <u>なし</u> | <u>あり</u> |
| <u>内容</u>   |   |           |           |
| <u>利用料</u>  | 円（ <u>月額</u> ・ <u>日額</u> ）                |           |           |
| <u>算定根拠</u>   |   |           |           |
| <u>支払い方法</u>  | <u>月単位（日割りの有無</u> <u>あり</u> ・ <u>なし</u> ) |           |           |
| <u>利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料</u>                                   |   |           |           |
| <u>個別的な選択による生活支援サービス</u>  |   | <u>なし</u> | <u>あり</u> |
| <u>算定根拠</u>   | 人件費等を勘案したサービスごとの価格設定<br>(介護サービス等の一覧表を参照)  |           |           |
| <u>料金改定の手続</u>  |   |           |           |
| ① <u>ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費などを勘案し、管理費および食費の単価を改定することがあります</u> |   |           |           |

## 6. その他

|                                       |               |           |           |
|---------------------------------------|---------------|-----------|-----------|
| <u>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</u> |               | <u>あり</u> | <u>なし</u> |
| <u>有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項</u>          |               |           |           |
| <u>なし</u>                             |               |           |           |
| <u>あり</u>                             | <u>(その内容)</u> |           |           |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 令和    年    月    日

説明者署名 \_\_\_\_\_