

重要事項説明書

記入年月日	2024年6月1日
記入者名	津田 慎太郎
所属・職名	バルパージュ奈良あやめ池ニアレジデンス 支配人

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

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) あるそつくじょいらいふかぶしきがいしゃ ALSOKジョイライフ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒530-0047 大阪市北区西天満四丁目14番3号	
連絡先	電話番号	06-6360-6369
	FAX番号	06-6360-6368
	ホームページアドレス	https://joylife.alsok.co.jp/
代表者	氏名	遠藤 嘉裕
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成 12年10月6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) べるぱーじゅならあやめいけしにあれじでんす ベルパーージュ奈良あやめ池シニアレジデンス		
所在地	〒631-0032 奈良市あやめ池北1丁目32番10-2		
主な利用交通手段	最寄駅	近畿日本鉄道「菖蒲池」駅	
	交通手段と所要時間	駅から北へ600メートル(徒歩約8分)	
連絡先	電話番号	0742-31-9003	
	FAX番号	0742-31-9004	
	ホームページアドレス	https://joylife.alsok.co.jp/	
管理者	氏名	津田 慎太郎	
	職名	支配人	
建物の竣工日		昭和・平成	24年7月26日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	24年9月1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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	7435.88㎡		
	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(2012年9月1日~2062年8月31日) 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり	2 なし	
建物	延床面積	全体	6604.05㎡	
		うち、老人ホーム部分	6604.05㎡	

	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	Aタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	36.24 m ²	24 室	一般居室個室
	Bタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	44.88 m ²	12 室	一般居室個室
	Cタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	54.64 m ²	4 室	一般居室個室
	Dタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	54.99 m ²	8 室	一般居室個室
	Eタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	54.60 m ²	4 室	一般居室個室
	Fタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	56.22 m ²	8 室	一般居室個室
	Gタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	56.89 m ²	8 室	一般居室個室
	Hタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	58.82 m ²	4 室	一般居室個室
Iタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	74.56 m ²	4 室	一般居室個室	
ケアレジデンス	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	23.12 m ²	1 室	一時介護居室	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護居室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	5ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	0ヶ所		
			大浴場	2ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
ストレッチャー浴			1ヶ所			

			その他（個浴）	1ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし（ゲストルーム内）
	エレベーター	1	あり（車椅子対応）	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
その他	ロビー、応接室、防音室、カルチャールーム、くつろぎコーナー、ゲストルーム（有料）、プライベートダイニング、テラス、園芸スペース、喫煙ルーム、駐車場（有料）			

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	事業所が実施する事業は、利用者に対して健康管理をはじめ介護や食事提供等日常生活における様々なサービスを提供する。また、ご入居者が介護が必要となった場合、ご入居者自身の選択により地域の訪問介護等の介護サービスを利用しながら、当有料老人ホームでの生活を継続できるよう支援する他、「ベルパージュ奈良あやめ池ケアレジデンス」にて介護サービスが受けられるよう努める。また、協力する病院と連携し、ご入居者への医療協力体制を構築することで、いつまでも健康で豊かな生活向上に努める。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・ 互助サービス費採用による生活サポート ・ 利便性とプライバシーを重視した居室設計 ・ 資金計画に合わせ支払方法が選択可能
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	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
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1	あり	2	なし
(I)ロ		1	あり	2	なし	
(II)		1	あり	2	なし	
(III)		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) —			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援	<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 (訪問診療医の確保)				
協力医療機関	1	名称	やまだクリニック (メディカルコートあやめ池内)		
		住所	奈良市あやめ池北 1-32-21		
		診療科目	内科・消化器内科・腫瘍内科・外科		
		協力内容	定期健康診断、予防接種の受け入れ、クリニックへ出向くことが難しい入居者に対する定期診療、かかりつけ入居者およびその家族に対する医療相談への対応、入居者の介護レベルに対する医療的助言、往診・終末期医療・緊急医療の実施およびこれに関する医療上の指示、助言の 24 時間受け付け対応、入居者の死亡に際しての死亡診断書の作成、提供する医療サービスにかかる書類等の記録・作成		
	2	名称	社会福祉法人 恩賜財団済生会支部 奈良県済生会 済生会奈良病院		
		住所	奈良県奈良市八条 4-643		

		診療科目	内科、神経内科、外科、整形外科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、人工透析科、小児科
		協力内容	嘱託医・ホーム紹介利用者の緊急時の入院受付、嘱託医・ホーム紹介利用者の予約による優先入院の受入、嘱託医紹介利用者の検査等の外来受診、入居前健康診断の受け入れ、定期健康診断の受け入れ
	3	名称	医療法人 松本快生会 西奈良中央病院
		住所	奈良市鶴舞西町 1-15
		診療科目	内科、消化器内科、循環器内科、血液免疫内科、外科、整形外科、泌尿器科、肛門科、放射線科、リハビリテーション科、(人工透析センター、健康管理センター)
協力内容	嘱託医・ホーム紹介利用者の緊急時の入院受付、嘱託医・ホーム紹介利用者の予約による優先入院の受入、嘱託医紹介利用者の検査等の外来受診、入居前健康診断の受け入れ、定期健康診断の受け入れ		
協力歯科医療機関	名称	まつもと歯科医院	
	住所	奈良市あやめ池北 1-32-21 B206	
	協力内容	利用者の予約による外来治療の受入、利用者の予防歯科治療及び口腔ケアに関する助言・指導、診療所に出向くことが難しい利用者に対する定期的な往診による歯科治療及び口腔ケアの実施と評価、口腔機能の回復のための指導及び助言	

(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	<p>① 一時介護室へ移る場合 (ベルパージュ奈良あやめ池ケアレジデンス)</p> <p>② 介護居室へ移る場合 (ベルパージュ奈良あやめ池ケアレジデンス)</p> <p>3 その他 ()</p>
判断基準の内容	<p>(一時介護居室へ移る場合) 入居者が一時的に介護等が必要になり自立した生活が営めない場合</p> <p>(介護居室へ移る場合) 入居者の意思能力および身体能力の低下により専用居室での生活が困難であると判断した場合</p>

手続きの内容	①入居者および身元引受人、事業者にて協議する ②医師の意見を聴く ③入居契約書表題部の変更欄にその旨を記載するものとする。	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	本施設の入居契約を終了したうえで、「ベルパージュ奈良あやめ池ケアレジデンス」の入居契約を締結する。（入居一時金の精算あり）	
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり
	2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	原則70歳以上 身元引受人を定めることができること 健康保険、介護保険に加入していること	
契約の解除の内容	<p>(死亡による契約終了)</p> <p>事業者は、入居者が死亡した場合（入居者が一室2人入居の場合は2人とも死亡したとき）死亡の日をもってこの契約を終了する。</p> <p>(期間満了による契約終了)</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業者は、施設の土地の定期借地契約期限から原状回復期間を考慮し、2059年8月31日をもって全ての入居者との契約を終了する。 事業者は、前項の終了日以降、入居者が引き続き事業者の運営する別の施設への入居を希望する場合、別の施設に移ることができるよう努力する。 <p>(入居者からの契約終了)</p> <p>入居者は、いかなる場合でも所定の書面により、この契約を解</p>	

	<p>除することができる。尚、契約終了日は入居契約書第30条1項に定める居室の明け渡しによる確認を受けた日とする。</p> <p>(契約の消滅事項)</p> <p>天災、事変その他の不可抗力により、目的施設の継続的な運営が困難になった場合、この契約は消滅し終了する。</p>
<p>事業主体から解約を求める場合</p>	<p>解約条項</p> <p>(事業者からの契約解除)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者、身元引受人またはその家族等が次の各号に該当する場合、事業者は2ヶ月間の予告期間において書面による契約終了の通告を行い、かつその間に、弁明の機会を設けたうえで、信頼関係が将来にわたって回復できないと認められる場合、予告期間満了をもって契約を終了する。ただし、二号に該当する場合上記予告期間は1週間とし、弁明の機会を設ける必要はないものとする。 一 入居申込書等に虚偽の記載をする等不正手段により入居した場合 二 入居一時金を支払期日までに支払わない場合 三 月額利用料等の支払を2ヶ月以上滞納した場合 四 共同生活の秩序を著しく乱した場合 五 他の入居者、従業者および同一の建物を利用する者等に対するハラスメントにより、信頼関係が著しく害された場合 六 他の入居者、従業者および同一の建物を利用する者等の生命、身体または財産に危害を加えるおそれがある場合 七 その他この契約および利用規程に定める各条項に反した場合 ・入居者が次に該当する場合、事業者は医師の意見を聴き、2ヶ月間の予告期間において書面により契約終了をすることができる。 一 疾病を原因として、他の入居者、従業者および同一の建物を利用する者等の生命、身体または財産に危害を加えるおそれが

		<p>ある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 入居者、身元引受人またはその家族等が次の各号に該当する場合、事業者は入居者に対し、即時に契約終了することができる。 <ul style="list-style-type: none"> 一 他の入居者、従業者および同一の建物を利用する者等の生命、身体または財産に危害を加えた場合 二 入居者および身元引受人が入居契約書第42条（反社会的勢力の排除の確認）の確約に反したとき
	解約予告期間	2ヶ月
入居者からの解約予告期間		1ヶ月 (いかなる場合でも解約可能 但入居契約書第30条1項による事業者の確認を受けた日とする。)
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (1泊3食付 6,600 (税抜 6,000) 円) /人 <input type="checkbox"/> なし	
入居定員		106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する必要はありません）。

（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	1	1		0.7
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	9	4	5	5.8
介護職員	4	0	4	2.7
看護職員	5	4	1	3.1
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				

事務員	10	2	8	4.3
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}				38.5時間
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	4	4	
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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20時～翌8時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0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* 【表示事項】	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)	-
※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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称									
	2 なし									
	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年間の採用者数	1			1						
前年度1年間の退職者数				1						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満				1					
	1年以上 3年未満	2								
	3年以上 5年未満	3								
	5年以上 10年未満				2	1				
	10年以上		1		2					
	従業者の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 【表示事項】	<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 【表示事項】	<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 ※該当する方式を全て選択	<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 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<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	事業者は、改定する月額利用料の収支状況等や目的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、介護給付費体系等、人件費等が変動した場合、運営懇談会の意見を聴いた上で、入居契約書表題部（6）に定める月額利用料を3年に1回程度改定することができる。
	手続き	事業者は、入居者および身元引受人へ事前に通知するとともに、入居者は入居契約書表題部（6）に定める月額利用料に代えて、改定後の月額利用料を支払う。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		Aタイプ 215号 (入居一時金方式Aプラン)	Gタイプ 203号 (入居一時金方式Aプラン)
入居者の状況	要介護度	自立	自立
	年齢	70歳以上	70歳以上
居室の状況	床面積	36.24 m ²	56.89 m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	34,462,000円	65,472,000円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		205,470円	205,470円

	家賃		0 円	0 円
	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		0 円	0 円
サービス費用	介護保険外※ ²	食費（税抜）	40,470（37,530）円	40,470（37,530）円
		管理費（税抜）	123,750（112,500）円	123,750（112,500）円
		介護費用（税抜）	41,250（37,500）円	41,250（37,500）円
		光熱水費（税抜）	実費	実費
		その他	円	円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(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受領するもので、算定根拠は入居一時金に準ずる
敷金	—
介護費用	（互助サービス費） 一時的な体調不良時の介護や各種有料サービスの提供のために職員を配置するための費用。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	施設運営にかかる事務費・人件費、入居者に対する日常生活支援サービス提供にかかる事務費・人件費。
食費	厨房運営事業者への委託費用のうち、食材料費として支払う額を算定。 有料老人ホームにおける食費（飲食料品の提供の対価）に係る消費税については、一食 670 円以下、一日累計額 2,010 円に達するまでは、軽減税率（8%）の対象。当施設では、この軽減税率の対象となる飲食料品の提供を「朝食・昼食・夕食」の食費とする。それ以外の飲食料品の提供は、軽減税率の対象外。
光熱水費	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 2 サービス一覧表を参照
その他のサービス利用料	別添 2 サービス一覧表を参照

(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）※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定
想定居住期間（償却年月数）	Aプラン（入居時74歳以下）：17年（204ヶ月） Bプラン（入居時75歳以上）：12年（144ヶ月）
償却の開始日	入居開始日の翌日
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）	入居一時金方式 Aプラン（入居時74歳以下） 3,277,780円～11,240,680円 Bプラン（入居時75歳以上） 3,047,520円～10,450,860円 入居一時金半額方式 Aプラン（入居時74歳以下） 1,638,890円～7,153,160円 Bプラン（入居時75歳以上） 1,523,760円～5,225,430円
初期償却率	Aプラン（入居時74歳以下）：11% Bプラン（入居時75歳以上）：14%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 返還金＝（入居一時金×想定居住期間償却率）－控除額 控除額＝（1日当たりの目的施設の利用料）×（入居開始日から契約終了までの実日数） 1日当たりの目的施設の利用料＝（入居一時金×想定居住期間償却率）÷想定居住期間月数÷30 * 初期償却費用（Aプラン11%・Bプラン14%）については無利息で全額返還する。 * 月額利用料については日割精算を行う * 原状回復に必要な費用があれば受領する。
	入居後3月を超えた契約終了 返還金＝入居一時金×想定居住期間償却率

		(A プラン 89%・B プラン 86%)÷入居開始日の翌日から償却期間 (A プラン 204 ヶ月・B プラン 144 ヶ月) 満了日までの実日数×契約終了日から償却期間満了日までの実日数 *初期償却費用 (A プラ 11%・B プラン 14%) については返還しない *一般居室 (A プラン 17 年・B プラン 12 年) 経過後、ホームを退去した際は精算しない *月額利用料については日割精算を行う *原状回復に必要な費用があれば受領する
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	三井住友信託銀行
	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	33 人
	女性	52 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	4 人
	75 歳以上 85 歳未満	29 人
	85 歳以上	52 人
要介護度別	自立	58 人
	要支援 1	7 人
	要支援 2	6 人
	要介護 1	11 人
	要介護 2	2 人
	要介護 3	1 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	9 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	7 人
	1 年以上 5 年未満	34 人
	5 年以上 10 年未満	10 人
	10 年以上 15 年未満	25 人

	15年以上	0人
--	-------	----

(入居者の属性)

平均年齢	85.4歳
入居者数の合計	85人
入居率*	70/76室 92.1% 85/106名 80.1%
※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(2023年度)における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	2人
	社会福祉施設	8人
	医療機関	0人
	死亡者	3人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	10人
		(解約事由の例) ケアレジデンスに移り住み、自宅へ戻られる

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	奈良県国民健康保険団体連合会	奈良市保健福祉部 介護福祉課	公益社団法人全国有料老人ホーム協会	
電話番号	0744-29-8311	0742-34-5422	03-3272-3781	
対応している時間	平日	8:30~17:15	8:30~17:15	10:00~16:00
	土曜	-	-	-
	日曜・祝日	-	-	-
定休日	土日祝祭日	土日祝祭日	土日祝祭日	

(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) 損害保険ジャパン株式会社による「介護賠償責任保険」
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	常時意見箱設置
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
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
<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: ベルパージュ奈良あやめ池ケアレジデ)	

【表示事項】	ンス) 【表示事項】 類型：介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護） 居住の権利形態：利用権方式 利用料の支払い方式：一時金方式 入居時の要件：入居時要支援、要介護 介護保険：奈良市指定介護保険特定施設（一般型特定施設） 居室区分：全室個室 介護に係る職員体制：2.5：1以上 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 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり ② なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.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	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」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
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり ② なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別の実施する介護サービス一覧表）

別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 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
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーション ナービス奈良あやめ池	奈良市あやめ池北 1-32-10-1
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		