

(別表6)

有料老人ホーム重要事項説明書

| | | | |
|------|-------|-------|-------------|
| | | 記入年月日 | 2023年4月1日 |
| 記入者名 | 東山 将也 | 所属・職名 | ユトリーム朝霧 支配人 |

1. 事業主体概要

| | | | | |
|-------------------------------------|------------------|--|--|------|
| (1) 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 | | | | |
| ① 事業主体の主たる事務所の所在地 | 法人等の種類 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 営利法人 |
| | 名称 | (ふりがな)あるそつくじょいらいふかぶしきがいしや ALSOKジョイライフ株式会社 | | |
| ② 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒530-0047 | | | |
| | 大阪市北区西天満4丁目14番3号 | | | |
| ③ 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 06-6360-6369 | | |
| | FAX番号 | 06-6360-6368 | | |
| | ホームページ | なし | | |
| | アドレス | <input checked="" type="checkbox"/> あり | https://joylife.alsok.co.jp/ | |
| (2) 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 遠藤 嘉裕 | | |
| | 職名 | 代表取締役社長 | | |
| (3) 事業主体の設立年月日 | 2000年10月6日 | | | |

| | | | | |
|----------------------------|----|--|-----|--|
| (4) 事業主体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 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 訪問入浴介護 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 訪問看護 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 通所介護 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 福祉用具貸与 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | |
| 複合型サービス | 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 | | |

※ 神戸市外で実施する介護サービスについては、別葉に記載すること。

2. 施設概要

| | | | |
|--|--|--|--|
| (1) 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
| ①施設の名称 | (ふりがな) | あさぎり ユトリーム朝霧 | |
| ②施設の所在地 | 〒655-0049 兵庫県神戸市垂水区狩口台6丁目12番1号 | | |
| ③施設の連絡先 | 電話番号 | 078-224-5001 | |
| | FAX番号 | 078-224-5011 | |
| | ホームページ | なし | |
| | アドレス | あり https://joylife.alsok.co.jp/ | |
| (2) 施設の開設年月日 | | 2011年5月1日 | |
| (3) 施設の管理者の氏名及び職名 | 氏名 | 東山 将也 | |
| | 職名 | 支配人 | |
| (4) 施設までの主な利用交通手段 | | | |
| JR「朝霧」駅より徒歩4分(約250m) | | | |
| (5) 施設の類型及び表示事項 | 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) 標示事項:居住の権利形態・・・利用権方式 利用料の支払い方式・・・選択方式 入居時の要件・・・入居時自立、要支援、要介護 介 護 保 険・・・神戸市指定介護保険特定施設 (一般型特定施設) 介護居室区分・・・全室個室 介護に係る職員体制・・・2.5対1以上 | | |
| (6) 介護保険事業所番号 | 特定施設入居者生活介護事業所 兵庫県指定第2870802713号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 兵庫県指定第2870802713号 | | |
| (7) 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) | | | |
| ① 事業の開始(予定)年月日 | 2011年5月1日 | | |
| ② 指定の年月日 | 2011年5月1日 | | |
| ③ 指定の更新年月日 | 2017年5月1日 | | |

3. 従業者に関する事項

(1) 職種別の従業者の人数及びその勤務形態

① 有料老人ホームの人数及びその勤務体制

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|--------------------|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 施設長 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 生活相談員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0.5 |
| 看護職員 | 2 | 1 | 1 | 0 | 4 | 3.7 (内、自立者対応0名) |
| 介護職員 | 12 | 0 | 8 | 0 | 20 | 19 (内、自立者対応0名) |
| 機能訓練指導員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | (0.5) (看護職が兼務) |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| 事務員 | 1 | 0 | 4 | 0 | 5 | 3.0 |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |

② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 38.5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。

② 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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 12 | 0 | 2 | 0 |
| 実務者研修 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護職員初任者研修 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 | 0 |

③ 従業者である機能訓練指導員が有している資格（看護職員が兼務）

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|-----------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 看護師及び准看護師 | 0 | 1 | 0 | 0 |

| | | | | |
|-------------|---|---|---|---|
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 |

④ 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

| 人数 | 夜勤帯平均人数 (20時～ 7時) | 最小時人数 (休憩者等を除く) |
|------|-----------------------|--------------------|
| 看護職員 | 0 | 0 |
| 介護職員 | 3 | 2 |

⑤ 特定施設入居者生活介護及び介護予防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 | 常勤換算人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|--------------------|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 生活相談員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0.5 |
| 看護職員 | 2 | 1 | 1 | 0 | 4 | 3.2 |
| 介護職員 | 12 | 0 | 8 | 0 | 20 | 19 |
| 機能訓練指導員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | (0.5) (看護職員が兼務) |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |

⑦ 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

38.5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。

⑧ 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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 12 | 0 | 3 | 0 |
| 実務者研修 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護職員初任者研修 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 | 0 |

⑨ 従業者である機能訓練指導員が有している資格（看護職員が兼務）

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|-------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | |
|--|----|----|-----------------|--------|
| 看護師及び准看護師 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ⑩管理者の他の職務との兼務の有無 | | | | |
| 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 介護福祉士 | |
| ⑪特定施設入居者生活介護等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（要介護者等の数に対する介護・看護職員の配置比） | | | | 1.76:1 |

(2) 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 | 1 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 2 | 1 | 4 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | / | | / | | / | |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| 10年以上の者の人数 | 3 | 1 | 10 | 2 | 0 | 0 |
| | 機能訓練指導員 (看護職員の内数) | | 計画作成担当者 (介護(看護)職員の内数) | | | |
| | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10年以上の者の人数 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (3) 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

| | | |
|--|--------------|----|
| (1) 施設の運営に関する方針 | | |
| <p>事業者が実施する事業は、入居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介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護）として運営する。また協力医療機関と連携し、利用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。</p> | | |
| (2) 介護サービスの内容、利用定員等 | | |
| ① 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| ② 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| ③ 医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| ⑥ 介護職員処遇改善加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| ⑦ 介護職員等特定処遇改善加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| ⑧ 看取り介護加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり |
| ⑨ 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | なし | あり |
| ⑩ 口腔衛生管理体制加算 | なし | あり |
| ⑪ 退院・退所時連携加算 | なし | あり |
| ⑫ 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 | 医療法人薫風会 佐野病院 | |
| <p>(協力の内容)</p> <p>○住 所:神戸市垂水区清水が丘2丁目5番1号</p> <p>○病 床:160床</p> <p>○標榜科目:内科・消化器内科・腫瘍内科・内視鏡内科・糖尿病内科・人工透析内科・疼痛緩和内科・外科・消化器外科・腫瘍外科・乳腺外科・内視鏡外科・肛門外科・整形外科・リハビリテーション科・婦人科・小児科・放射線診断科</p> <p>○関連施設:介護老人保健施設マイン・レーベン</p> <p>○協力概要:</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 全診療科目での時間内及び時間外受診 ② 利用者の緊急時の入院受付 ③ 利用者の入院受付 ④ 利用者の検査等の外来受診 ⑤ 利用者の入居前健康診断の受け入れ ⑥ 定期健康診断(人間ドック含む)の受け入れ <p>○医療費は自己負担</p> | | |

| | | | |
|--|--------|--|----------------------|
| 協力医療機関の名称 | 関西電力病院 | | |
| (協力の内容) | | | |
| ○住 所：大阪市福島区福島 2 丁目 1－7 | | | |
| ○診療科目：内科、循環器内科、消化器・肝胆臓内科、糖尿病・代謝・内分泌センター ・血液内科、腎臓内科、呼吸器内科、腫瘍内科神経内科、神経科、消化器外科、脊柱外来・手外科・整形外科・脳神経外科、リハビリテーション科、呼吸器外科、形成再建外科皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線診断科・放射線治療科、麻酔科、救急集中治療・総合診療科 | | | |
| ○協力概要 | | | |
| 1. 嘱託医・ホーム紹介利用者の緊急時の入院受付 | | | |
| 2. 嘱託医・ホーム紹介利用者の予約による入院の受入 | | | |
| 3. 嘱託医紹介利用者の検査等の外来受診 | | | |
| 4. 入居前健康診断の受け入れ | | | |
| 5. 定期健康診断の受け入れ | | | |
| ○医療費は自己負担 | | | |
| 協力医療機関の名称 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | その名称 神戸医療生活協同組合 協同歯科 |
| (協力の内容) | | | |
| ○住 所：明石市大蔵谷狩口192-3 | | | |
| ○診療科目：歯科 | | | |
| ○協力概要： | | | |
| 1. 利用者およびホーム内従業員の予約による外来治療の受入れ | | | |
| 2. 利用者およびホーム内従業員の予防歯科治療及び口腔ケアに関する助言・指導 | | | |
| 3. 診療所に出向くことが難しい利用者に対する定期的な訪問歯科診療による歯科治療および口腔ケアの実施と評価 | | | |
| 4. 口腔機能の回復のための指導および助言 | | | |
| 5. 利用者に関してホーム内従業員が行なうカンファレンスへの可能な範囲での参加および助言 | | | |
| ○医療費は自己負担 | | | |
| ⑪要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | |
| (ア)要介護時に介護を行う場所 | | | |
| 介護居室、一時介護居室もしくは一般居室にて介護を行う。 | | | |
| (イ)入居後に居室を住み替える場合 | | | |
| (i)一時介護室へ移る場合 | | | |
| 判断基準・手続について | | | |

| | | |
|---|--|--|
| (その内容) 一般居室の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において、入居者および身元引受人は、事業者と協議し、医師の意見を聴いたうえで、入居者が一時介護居室を利用することができるものとする。 | | |
| 追加的費用の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 居室利用権の取扱い | | |
| (その内容) 一時介護居室利用中の一般居室の居室利用権については継続する。 | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり |
| 浴室の変更の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 洗面所の変更の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 台所の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| その他の変更の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| (その内容) 介護ベット・エアコン・防炎カーテン・照明備付。室内全体の仕様も異なる。 | | |
| (ii) 介護居室へ移る場合 | | |
| 判断基準・手続について | | |
| (その内容) <ul style="list-style-type: none"> 一般居室の入居者および身元引受人は、入居者の意思能力および身体能力の低下により一般居室での生活が困難であると判断した場合、事業者と協議のうえ、一般居室の居室利用契約を終了し、新たに介護居室へ移り住みを行うことができるものとする。 前項の場合、事業者、入居者および身元引受人は、入居者の介護居室への移り住みにあたり別途覚書を締結するものとする。 介護居室への移り住みに伴い、入居一時金および月額利用料の精算をする。精算方法については利用規程に記載する。 入居者および身元引受人は、介護居室への移り住みの日から15日以内に一般居室の所有物を搬出し、入居契約書第30条1項による事業者の確認を受けるものとする。 移り住み後の介護居室については、入居者の心身の状態を考慮のうえ、事業者と協議のうえ居室番号を決定するものとする。 | | |
| 追加的費用の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 居室利用権の取扱い | | |

| | | |
|--|--|--|
| (その内容) 一般居室の居室利用権を終了し、新たに介護居室へ移り住むことができる。 (入居一時金の精算あり) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 台所の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり |
| その他の変更の有無 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| (その内容) 介護ベット・エアコン・防災カーテン・照明備付。室内全体の仕様も異なる。 | | |
| (iii)その他 () | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり |
| 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) | | |
| ⑫施設の入居に関する要件 | | |
| 自立している者を対象 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 要支援の者を対象 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 要介護の者を対象 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |

| | |
|-----------|---|
| 留意事項 | <p>○一般居室は、原則70歳以上。介護居室は、原則65歳以上。</p> <p>○身元引受人を定めることができること。</p> <p>○健康保険、介護保険に加入していること。</p> <p>○2人入居の場合は、3親等以内の血族または1親等以内の姻族であること。</p> |
| ⑬契約の解除の内容 | <p>(死亡による契約終了)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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>(期間満了による契約終了)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業者は、第3条の定めにかかわらず目的施設の土地の定期借地契約が満了する平成53年2月28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> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者は、いかなる場合でも事業者に対して事業者が別途定める書面によりこの契約を終了することができる。なお、契約終了日は入居契約書第30条1項による事業者の確認を受けた日とする。 <p>(事業者からの契約終了)</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。 <ol style="list-style-type: none"> 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 第11条に定める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 |

| | |
|----------|--|
| | <p>七 その他、本契約および利用規程に定める各条項に反した場合</p> <p>・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。</p> <p>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ある場合</p> <p>三 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、即時に契約終了をすることができる。</p> <p>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</p> <p>二 入居契約書第42条の確約に反した場合</p> |
| ⑭体験入居の内容 | 1泊2日 6,600(税抜6,000)円/人(食費込み) |
| ⑮入居定員 | 61名 |
| ⑯その他 | |

(3) 入居者の状況

| | | | | | | |
|---------------------------|-------|------|------|--------|-------|----|
| ① 入居者の人数 (2023年4月1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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 75歳以上85歳未満 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| 85歳以上 | 2 | 5 | 6 | 5 | 6 | 25 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 合計 |
| 65歳未満 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 1 | 0 | | | 1 |
| 75歳以上85歳未満 | 5 | 1 | 0 | | | 6 |
| 85歳以上 | 2 | 6 | 3 | | | 11 |
| ②入居者の平均年齢 | 94.6歳 | | | | | |
| ② 入居者の男女別人数 | 男性 | 8 | 女性 | 39 | | |
| ④ 入居率 (一時的に不在となっている者を含む。) | | | | 46/51室 | 90.0% | |
| | | | | 47/61名 | 77.0% | |
| ⑤前年度の有料老人ホームを退居した者の人数 | | | | | | |
| | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 社会福祉施設 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|--------|----|------|------|---|---|----|
| 医療機関 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 死亡者 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 6 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 合計 |
| 自宅等 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 社会福祉施設 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 医療機関 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 死亡者 | 0 | 0 | 1 | | | 1 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |

⑥入居者の入居期間

| | | | | | | | |
|------|------|--------------|--------------|---------------|-----------|-----------|-----------|
| 入居期間 | 6月未満 | 6月以上 1年未満 | 1年以上 5年未満 | 5年以上 10年未満 | 10年 以上 | 15年 未満 | 15年 以上 |
| 入居者数 | 6 | 7 | 11 | 16 | 5 | 0 | 0 |

(4) 施設、設備等の状況

| | | | | | | |
|------------|--------------------------|----------------|-----|------|--------------|---------------|
| ①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 | あり | |
| | 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 | あり | |
| ②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 | なし | 12室 | 22名 | 27.72㎡～53.88㎡ |
| | 一般居室相部屋 | あり | なし | | | ㎡ |
| | | | | | | ㎡ |
| | | | | | | ㎡ |
| | 介護居室個室 | あり | なし | 39室 | 39名 | 18.00㎡～19.50㎡ |
| | 介護居室相部屋 | あり | なし | | | ㎡ |
| | | | | | | ㎡ |
| | | | | | ㎡ | |
| ③共用便所の設置数 | 9 | うち男女別の対応が可能な数 | | | 2 | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | 6 | |
| ④個室の便所の設置数 | 51 | 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 | | | 39 | |
| ⑤浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | |
| | | 18 | | 1 | | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | |
| ⑥食堂の設備状況 | | 1階 集会室兼食堂 51.1㎡ 2階 食堂兼機能訓練室 46.8㎡ 3階 食堂兼機能訓練室 46.8㎡ 4階 食堂兼機能訓練室 46.8㎡ | |
| 入居者等が調理を行う設備状況 | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| ⑦その他、共用施設の設備状況 | | | |
| なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | エントランスホール、受付カウンター、健康管理室、ダイニングルーム、食堂兼機能訓練室、機械浴室、個室浴室、ルーフテラス、駐輪場、メールボックス、エレベーター、等 | |
| ⑧バリアフリーの対応状況 | | | |
| (その内容) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・玄関、共用部、居室のフルフラット対応、車椅子での移動可能 ・共用施設（廊下、エレベーター等）への手すり設置 ・介護居室は車椅子対応の洗面台及びトイレを設置 | | | |
| ⑨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 |
| ⑩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 |
| ⑪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 |
| ⑫施設の敷地に関する事項 | | | |
| 敷地の面積 | | 1 1 8 4 . 5 3 ㎡ | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | 一部あり あり |
| 抵当権の設定 | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり |
| 貸借（借地） | | | |
| なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 契約期間 | 始 2011.3.1 終 2041.2.28 |
| | | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> なし あり |
| ⑬施設の建物に関する事項 | | | |
| 建物の構造 | | 鉄筋コンクリート造地上6階建 | |
| 建物の延床面積 | | 2 4 1 1 . 6 7 ㎡ | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | 一部あり あり |
| 抵当権の設定 | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり |
| 貸借（借家） | | | |
| なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 契約期間 | 始 2011.3.1 終 2041.2.28 |
| | | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> なし あり |
| (5)利用者からの苦情に対応する窓口等の状況 | | | |
| ①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 | ① ホーム苦情相談窓口 管理者 東山 将也 ②本社苦情相談窓口 西村 誉代 (苦情処置担当者を定め体制を整備。苦情申立を受けた場合、迅速かつ適切に対応するとともに、入居者に対してこれを理由とした不当な対応を行わない) | |
| 電話番号 | ① 078-224-5001 ② 06-6360-6369 | |
| 対応している時間 | 平日 | ① ②9時から18時 |
| | 土曜 | ①9時から18時 |
| | 日曜・祝日 | ①9時から18時 |
| 定休日等 | ①なし ②土曜・日曜・祝祭日・12月30日から1月3日 | |
| ②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 | ① 神戸市保健福祉局監査指導部 ② 兵庫県国民健康保険団体連合会 ③ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 ④ 神戸市消費生活センター | |
| 電話番号 | ① 078-322-6242 ② 078-322-5617 ③ 03-3272-3781 ④ 078-371-1221 | |
| 対応している時間 | 平日 | ①8時45分から12時、13時から17時30分 ②8時45分から17時15分 ③9時00分から17時00分 ④8時45分から17時30分 |
| | 土曜 | ①、②、③、④なし |
| | 日曜・祝日 | ①、②、③、④なし |
| 定休日等 | 土曜・日曜・祝日・年末年始 | |
| (6)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) 損害保険ジャパン株式会社による「介護賠償責任保険」に加入しており、事業者の責めによる事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、入居者に対して損害を賠償する。ただし、入居者に過失がある場合、賠償額は減額される。 |
| ②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 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | (その内容) |

| | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------|--|
| (7) サービスの提供内容に関する特色等 | | | |
| (その内容) | | | |
| ○既存事業所の運営ノウハウに基づく「安全」「安心」なサービスの提供 | | | |
| ○利便性とプライバシーを重視した居室設計 | | | |
| (8) 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 | | | |
| ①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"/> | 実施した年月日 | 2020年9月 |
| | | 当該結果の開示状況 | なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| ②第三者による評価の実施 | | | |
| なし | <input checked="" type="checkbox"/> | 実施した年月日 | 2014年2月 |
| | | 実施した評価機関の名称 | 株式会社 川原経営総合センター |
| | | 当該結果の開示状況 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |

5. 利用料金

| (1) 利用料の支払い方式 | 一時金方式 | 月払い方式 | <input checked="" type="checkbox"/> 選択方式 | | | | |
|----------------------|--|---------|--|----------------|----------------------|----------------|--------|
| (2) 敷金 | -円 (家賃の 月分) | | | | | | |
| (3) 一時金方式 | | | | | | | |
| ①一時金及び月単位で支払う利用料 | | | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | | | |
| 料金プラン () 内は税抜額 | | | | | | | |
| プラン名称 月額低額 プラン | 一時金 【万円】 | 月額【円】 | (内訳) 【円】 () は税抜額 | | | | |
| | | 計 | 家賃 相当額 | 上乗せ介護 サービス費 | 食費 | 水光 熱費 | 管理費 |
| 一般居室 1人入居 | 1473.9~ 2337.8 | 181,420 | 65,200 | — | 74,420 (67,600) | 実費 (38,000) | 41,800 |
| 一般居室 2人入居 | 1473.9~ 2337.8 | 293,020 | 65,200 | — | 148,840 (135,200) | 実費 (71,800) | 78,980 |

| | | | | | | | |
|----------------|-------------------|---------|-------------------|--------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
| 介護居室 | 1141.1～ 1289.9 | 215,220 | 48,400 | 33,000 (30,000) | 74,420 (67,600) | 17,600 (16,000) | 41,800 (38,000) |
| プラン名称 基本プラン | 一時金 【万円】 | 月額【円】 | (内訳) 【円】 () は税抜額 | | | | |
| | | 計 | 家賃相 当額 | 上乗せ介護 サービス費 | 食費 | 水光 熱費 | 管理費 |
| 一般居室 1人入居 | 960.3～ 1824.2 | 212,520 | 96,300 | — | 74,420 (67,600) | 実費 | 41,800 (38,000) |
| 一般居室 2人入居 | 960.3～ 1824.2 | 324,120 | 96,300 | — | 148,840 (135,200) | 実費 | 78,980 (71,800) |
| 介護居室 | 745.2～ 894 | 246,320 | 79,500 | 33,000 (30,000) | 74,420 (67,600) | 17,600 (16,000) | 41,800 (38,000) |

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

算
定
根
拠

| | |
|------------------------|---|
| 家賃 相当額 | <p>入居一時金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は入居一時金に準ずる。</p> <p>*入居一時金の償却期間経過後も、当該月払い家賃相当額は継続支払が必要。</p> <p>【月額低額プラン】</p> <p>一般居室：65,200円/月 介護居室：48,400円/月</p> <p>【基本プラン】</p> <p>一般居室：96,300円/月 介護居室：79,500円/月</p> |
| 上乗せ 介護 サービス 費 | <p>月額：33,000(30,000)円/人</p> <p>介護予防特定施設入居者生活介護および特定施設入居者生活介護を利用している入居者に対して、介護・看護職員を人員過配置するための費用。</p> <p>※介護予防特定施設入居者生活介護および特定施設入居者生活介護の利用の有無により、上乗せ介護サービス費を支払う。</p> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> |
| 食費 ()は税 抜額 | <p>・食堂運営費(厨房運営事業者への委託費用)</p> <p>45,320円(41,200)円/月/人</p> <p>食堂運営費にかかる消費税額の軽減税率適用については、朝食・昼食・夕食の喫食数を元に計算。</p> <p>・食材費 朝食：230(253)円/食</p> |

| | |
|---------------------|---|
| | <p>昼食：319（290）円/食 夕食：398（362）円/食</p> <p>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640円以下、一日累計額1,920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、上記の食堂運営費および「朝食・昼食・夕食」の食材費とする。それ以外の飲食料品の提供は、軽減税率の対象外。</p> |
| 水光熱費 （ ）は税 抜額 | <p>一般居室：電力会社等との個別契約により実費支払い。 介護居室：17,600（16,000）円/月を定額にて負担</p> |
| 管理費 （ ）は税 抜額 | <p>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。</p> <p>一般居室 1人入居：41,800（38,000）円/月 2人入居：78,980（71,800）円/月 介護居室：41,800（38,000）円/月</p> |
| 入居 一時金 | <p>入居一時金は、専用居室および共用施設を終身にわたって利用するための家賃相当額および想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用とする。老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金または対価性のない金品に該当しない。</p> <p>【月額低額プラン】</p> <p>一般居室 1人入居：1473.9万円 ～ 2337.8万円 2人入居：1473.9万円 ～ 2337.8万円 介護居室：1141.1万円 ～ 1289.9万円</p> <p>【基本プラン】</p> <p>一般居室 1人入居：960.3万円 ～ 1824.2万円 2人入居：960.3万円 ～ 1824.2万円 介護居室：745.2万円 ～ 894万円</p> <p><入居一時金の算定方法></p> <p>入居一時金 = (1ヶ月分の家賃相当額の一部) × (想定居住期間(月数) [*1]) + (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて有料老人ホームの設置者が受領する額 [*2])</p> <p>[*1]厚生労働省による平均余命等をもとに、一般居室は108ヶ月、介護居室は72ヶ月と設定。</p> <p>[*2]想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要の家賃相当額</p> |

| | |
|--|---|
| | の一部として算定し、一般居室は入居一時金の17%、介護居室は入居一時金の20%と設定。 |
|--|---|

一時金の償却に関する事項

| | | |
|--|-----------------------------------|----------|
| 償却開始日の設定 | 入居開始日 | 入居開始日の翌日 |
| 初期償却率 (%) 一般居室：入居一時金の17% 介護居室：入居一時金の20% | | |
| 想定居住期間を越えて契約が継続する場合に備えて受領する額 | 入居一時金ごとに異なる | |
| 権利金等 (※) の額 | 0円 | |
| ※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。 | | |
| 償却年月数 (想定居住期間) | 一般居室：108ヶ月 (9年) 介護居室：72ヶ月 (6年) | |

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例

| |
|--|
| <p>契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例</p> <p>想定居住期間内に契約解除・終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還する。</p> <p>算定方法</p> <p>*入居一時金</p> <p>契約の解除・終了した日以降の想定居住期間までの期間につき、日割精算により算出した家賃等の金額を返金する。</p> <p>・返還金＝契約の解除・終了日から想定居住期間の末日までの間における家賃等 (入居一時金×想定居住期間償却率 (一般居室：83%、介護居室：80%)) ÷ (入居開始日の翌日から償却期間 (一般居室：108ヶ月、介護居室：72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)</p> <p>*「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費用 (一般居室：17%、介護居室：20%)」は短期解約特例終了後一括償却する。</p> <p>*月額利用料については日割精算を行う。</p> <p>*一般居室は9年経過後、介護居室は6年経過後、ホームを退去した際は精算しない。</p> <p>*原状回復に必要な費用があれば受領する。</p> |
|--|

| | | | |
|-----------|----|----|----------------|
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | (保全先) 三井住友信託銀行 |
|-----------|----|----|----------------|

②三月以内の契約終了による返還金について

| | | |
|-------------------------------------|-------|----------|
| 三月の起算日 | 入居開始日 | 入居開始日の翌日 |
| 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 | | |

入居開始日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済の一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料及び控除額を下記算定方法に基づき受領する。

・算定方法

*入居一時金

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

*「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費用(一般居室: 17%、介護居室: 20%)」は全額返金する。

*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。

注) ・月初が起算日の場合…期間満了日は最終月の末日

・月途中に起算日、最終月に応当日がある場合

…期間満了日は最終月の応当日の前日

・月途中に起算日、最終月に応当日がない場合

…期間満了日は最終月の末日

③一時金の支払い方法

事業者からの請求に基づき、事業者の指定金融機関口座に振込むものとする。振込手数料は、入居者にて負担する。なお事業者は、これらの支払いに対する領収書の発行は行わない。

(4) 月払い方式

①月単位で支払う利用料

| 年齢に応じた金額設定 | | なし | あり | | | |
|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|----------------------|----------|--------------------|
| 要介護状態に応じた金額設定 | | なし | あり | | | |
| 料金プラン () 内は税抜額 | | | | | | |
| プラン名称 毎月払 プラン | 月額【円】 | (内訳)【円】 | | | | |
| | 計 | 家賃 相当額 | 上乗せ介 護サービ ス費 | 食費 | 水光 熱費 | 管理費 |
| 一般居室 1人入居 | 317,220～ 403,220 | 201,000～ 287,000 | — | 74,420 (67,600) | 実費 | 41,800 (38,000) |
| 一般居室 2人入居 | 461,820～ 514,820 | 234,000～ 287,000 | — | 148,840 (135,200) | 実費 | 78,980 (71,800) |

| | | | | | | |
|------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 介護居室 | 353,820～ 373,820 | 187,000～ 207,000 | 33,000 (30,000) | 74,420 (67,600) | 17,600 (16,000) | 41,800 (38,000) |
|------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

| | | |
|-----------|---|---|
| 算定根拠 | 家賃相当額 | <p>入居一時金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は入居一時金に準ずる。</p> <p>*入居一時金の償却期間経過後も、当該月払い家賃相当額は継続支払が必要。</p> <p>一般居室</p> <p>1人入居：201,000円/月 ～ 287,000円/月</p> <p>2人入居：234,000円/月 ～ 287,000円/月</p> <p>介護居室：187,000円/月 ～ 207,000円/月</p> |
| | 上乗せ介護サービス費 | <p>月額：33,000（税抜30,000）円/人</p> <p>介護予防特定施設入居者生活介護および特定施設入居者生活介護を利用している入居者に対して、介護・看護職員を人員過配置するための費用。</p> <p>※介護予防特定施設入居者生活介護および特定施設入居者生活介護の利用の有無により、上乗せ介護サービス費を支払う。</p> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> |
| | 食費（）は税抜額 | <ul style="list-style-type: none"> ・食堂運営費（厨房運営事業者への委託費用） 45,320円（41,200）円/月/人 <p>食堂運営費にかかる消費税額の軽減税率適用については、朝食・昼食・夕食の喫食数を元に計算。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食材費 朝食：230（253）円/食 昼食：319（290）円/食 夕食：398（362）円/食 <p>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640円以下、一日累計額1,920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、上記の食堂運営費および「朝食・昼食・夕食」の食材費とする。それ以外の飲食料品の提供は、軽減税率の対象外。</p> |
| | 水光熱費（）は税抜額 | <p>一般居室：電力会社等との個別契約により実費支払い。</p> <p>介護居室：17,600（16,000）円/月を定額にて負担</p> |
| 管理費（）は税抜額 | <p>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。</p> <p>一般居室：1人入居：41,800（38,000）円/月</p> <p>2人入居：78,980（71,800）円/月</p> | |

介護居室：41,800(38,000)円/月

(5)一時金方式・月払い方法共通

①介護保険サービスの自己負担額

| 内容 | <p>※要介護度に応じて介護費用の1割、2割もしくは3割を徴収する。</p> <p>・介護予防特定施設入居者生活介護及び特定施設入居者生活介護を利用した場合の介護保険自己負担額(ひと月30日として)のめやす</p> <p>○費用</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>介護度</th> <th>基本単位</th> <th>1割負担額</th> <th>2割負担額</th> <th>3割負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>182単位/日</td> <td>5,755円</td> <td>11,510円</td> <td>17,265円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>311単位/日</td> <td>9,834円</td> <td>19,668円</td> <td>29,502円</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>538単位/日</td> <td>17,012円</td> <td>34,023円</td> <td>51,035円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>604単位/日</td> <td>19,099円</td> <td>38,197円</td> <td>57,296円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>674単位/日</td> <td>21,312円</td> <td>42,624円</td> <td>63,936円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>738単位/日</td> <td>23,336円</td> <td>46,671円</td> <td>70,007円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>807単位/日</td> <td>25,518円</td> <td>51,035円</td> <td>76,552円</td> </tr> </tbody> </table> <p>※当ホームの介護報酬は1単位=10.54円(4級地)です</p> <p>※サービス提供体制強化加算(I)適用の場合、22単位/日が加算されます</p> <p>※夜間看護体制加算適用の場合、10単位/日が加算されます</p> <p>※医療連携体制加算適用の場合、80単位/月が加算されます</p> <p>※口腔衛生管理体制加算適用の場合、30単位/月が加算されます</p> <p>※退院・退所時連携加算適用の場合、入居日から30日間は30単位/日が加算されます</p> <p>※介護職員処遇改善加算(I)適用の場合、基本単位に各種加算を加えた単位数×8.2%/日が加算されます</p> <p>※介護職員処遇改善加算(II)適用の場合、基本単位に各種加算を加えた単位数×1.8%/日が加算されます</p> <p>※生活機能向上連携加算(I)適用の場合、100単位/月が加算されます</p> <p>※看取り介護加算適用の場合は以下の該当日数に応じて最大6,428単位加算されます</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>死亡日1,280単位/日</td> <td>死亡日前日・前々日680単位/日</td> </tr> <tr> <td>死亡日4~30日 144単位/日</td> <td>死亡日31~45日 72単位/日</td> </tr> </table> <p>※科学的介護推進体制加算適用の場合、40単位/月が加算されます</p> <p>※ベースアップ等支援加算の場合、基本サービス+加減算を加えた単位数に加算率を乗じて加算されます(加算率はサービス種別により、1.5%~2.4%)</p> | | | | | 介護度 | 基本単位 | 1割負担額 | 2割負担額 | 3割負担額 | 要支援1 | 182単位/日 | 5,755円 | 11,510円 | 17,265円 | 要支援2 | 311単位/日 | 9,834円 | 19,668円 | 29,502円 | 要介護1 | 538単位/日 | 17,012円 | 34,023円 | 51,035円 | 要介護2 | 604単位/日 | 19,099円 | 38,197円 | 57,296円 | 要介護3 | 674単位/日 | 21,312円 | 42,624円 | 63,936円 | 要介護4 | 738単位/日 | 23,336円 | 46,671円 | 70,007円 | 要介護5 | 807単位/日 | 25,518円 | 51,035円 | 76,552円 | 死亡日1,280単位/日 | 死亡日前日・前々日680単位/日 | 死亡日4~30日 144単位/日 | 死亡日31~45日 72単位/日 |
|------------------|---|---------|---------|---------|--|-----|------|-------|-------|-------|------|---------|--------|---------|---------|------|---------|--------|---------|---------|------|---------|---------|---------|---------|------|---------|---------|---------|---------|------|---------|---------|---------|---------|------|---------|---------|---------|---------|------|---------|---------|---------|---------|--------------|------------------|------------------|------------------|
| 介護度 | 基本単位 | 1割負担額 | 2割負担額 | 3割負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援1 | 182単位/日 | 5,755円 | 11,510円 | 17,265円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援2 | 311単位/日 | 9,834円 | 19,668円 | 29,502円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護1 | 538単位/日 | 17,012円 | 34,023円 | 51,035円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護2 | 604単位/日 | 19,099円 | 38,197円 | 57,296円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護3 | 674単位/日 | 21,312円 | 42,624円 | 63,936円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護4 | 738単位/日 | 23,336円 | 46,671円 | 70,007円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護5 | 807単位/日 | 25,518円 | 51,035円 | 76,552円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡日1,280単位/日 | 死亡日前日・前々日680単位/日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡日4~30日 144単位/日 | 死亡日31~45日 72単位/日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

②人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲)

なし

あり

| | |
|------|----------|
| 内容 | |
| 利用料 | 円(月額・日額) |
| 算定根拠 | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 支払い方法 | 月単位 (日割りの有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし) | | |
| ③利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | | | |
| 個別的な選択による生活支援サービス | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | |
| 算定根拠 | | | |
| (6) 料金改定の手続 | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・事業者は、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、介護給付費体系または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、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。 ・前項による月額利用料の改定があった場合には、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替えて、改定後の月額利用料を支払うものとする。但し、入居一時金の精算は行わない。 | | | |

6. その他

| | | |
|--|--|----|
| (1) 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="checkbox"/> あり | なし |
| (2) 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| あり | (その内容) | |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 年 月 日

説明者職名・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。