

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和2年7月1日 |
| 記入者名 | 土屋 泉 |
| 所属・職名 | 施設 長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) (か) きょうとみぶえん 株式会社 京都壬生苑 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒604-8821 京都市中京区壬生榎ノ宮町31番地 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 075-823-3366 |
| | FAX番号 | 075-822-7676 |
| | ホームページアドレス | http://www.wellage-mibu.com |
| 代表者 | 氏名 | 松浦俊海 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 2年 4月 20日 | |
| 主な実施事業 | 有料老人ホーム事業 ※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) うえるえいじみぶ ウェルエイジみぶ | |
| 所在地 | 〒604-8821 京都市中京区壬生榎ノ宮町31番地 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | ①阪急京都線「大宮」駅 ②市バス「壬生寺道」停留所 |
| | 交通手段と所要時間 | ①阪急利用の場合 ・「大宮」駅下車徒歩8分(630m) ②市バス利用の場合 ・「壬生寺道」停留所下車徒歩3分(240m) |
| 連絡先 | 電話番号 | 075-823-3366 |

| | | |
|---------------|------------|-----------------------------|
| | FAX番号 | 075-822-7676 |
| | ホームページアドレス | http://www.wellage-mibu.com |
| 管理者 | 氏名 | 土屋 泉 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 4年 3月 31日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 4年 5月 1日 |

【類型】【表示事項】

| | | |
|--|------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型 | | |
| 1又は2に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 京都市指定第2670300132号 |
| | 指定した自治体名 | 京都市 |
| | 事業所の指定日 | 平成12年4月1日 |
| | 指定の更新日（直近） | 令和 2年4月1日 |

3. 建物概要

| | | | |
|-----------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 土地 | 敷地面積 | 2,998.11㎡ | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | | 契約期間 | <input type="checkbox"/> 1 あり (平成29年3月9日～令和4年3月8日) 2 なし |
| 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 6,006.29㎡ |
| | | うち、老人ホーム部分 | 4,934.53㎡ |
| | 耐火構造 | <input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 | |
| | | 2 準耐火建築物 | |
| | | 3 その他 () | |
| | | 4 その他 () | |
| | 構造 | <input 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 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 | | |
| | 抵当権の設定 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|----------------------|--------|--------|
| | | 契約期間 | <input type="checkbox"/> あり (平成 29 年 3 月 9 日～令和 4 年 3 月 8 日) <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | | 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 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* |
| | タイプ 1 (A) | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 39.30 m ² | 3 7 | 一般居室個室 |
| | タイプ 2 (A') | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 39.30 m ² | 1 0 | 一般居室個室 |
| | タイプ 3 (C) | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 55.25 m ² | 4 | 一般居室個室 |
| | タイプ 4 (D) | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 49.37 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | タイプ 5 (E) | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 45.03 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | タイプ 6 (F) | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 39.41 m ² | 3 | 一般居室個室 |
| | タイプ 7 (G) | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 36.39 m ² | 3 | 一般居室個室 |
| タイプ 8 (H) | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 34.73 m ² | 2 | 一般居室個室 | |
| タイプ 9 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 14.40 m ² | 3 | 一時介護室 | |
| タイプ 10 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 22.10 m ² | 1 | 一時介護室 | |
| タイプ 11 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 39.30 m ² | 1 | 一時介護室 | |
| ※「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」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 5ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 4ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 1ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 3ヶ所 | 個室 | | 1ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | 2ヶ所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | | 1ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | 0ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | 1ヶ所 | |
| | | | その他 () | | 0ヶ所 | |
| 食堂 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | |
| エレベーター | <input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> 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、多目的ホール、娯楽室、トランクルーム、ゲストルーム、和室等 | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | | | | | | |
|-----------------|---|------|---------------------------------------|----|---|----|
| 運営に関する方針 | <p><経営理念></p> <p>福祉の精神をもって、自治の精神の許、法令順守の徹底を図り、自由な発想と創意工夫により、ニーズに合ったサービスを提供し、健全で開かれた事業運営を行います。</p> | | | | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>当苑の看護・介護職員が住み慣れた居室でケアを行い、各種レクリエーションも企画・実施し、充実したシニアライフをサポートいたします。</p> | | | | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 委託 | 3 | なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 入居継続支援加算 | 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 個別機能訓練加算 | 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 夜間看護体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 口腔衛生管理体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | 栄養スクリーニング加算 | 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 退院・退所時連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| 看取り介護加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | |

| | | |
|----------------------|--|---|
| | 介護職員処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 認知症専門ケア加算 | (I) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | (II) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (I)イ <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | | (I)ロ 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | (II) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | (III) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (介護・看護職員の配置率) 2 : 1 以上 |
| | 2 なし | |

(医療連携の内容)

| | | |
|----------------|--|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 (入院時のお見舞い、洗濯物の交換等) | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人財団 康生会 武田病院 |
| | 住所 | 京都市下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町 8 4 1 - 5 ホームから約 2. 5 k m |
| | 診療科目 | 総合内科・小児科、神経内科、外科、整形外科・皮膚科・泌尿器科、眼科ほか |
| | 協力内容 | ①医療法人財団 康生会 武田病院 京都壬生苑 診療所 (内科、神経内科) のホーム内開業 (平日午前中) ②武田病院健診センターによる年 1 回の健康診断 と人間ドックの実施 (医療費その他の費用は入居者の自己負担) |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 斉藤歯科医院 |
| | 住所 | 京都市中京区壬生賀陽御所町 3 - 1 京都幸ビル 3 F ホームから 3 0 0 m |
| | 協力内容 | 定期往診 (月 3 ~ 4 回、施設に往診) 並びに症状により臨時往診を実施しています。(医療費その他の費用は入居者の自己負担) |

| | |
|--------------|--|
| | <p>により入居したとき</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3か月以上遅滞したとき ・入居契約書第3条第4項の規定（居室の全部又は一部の転貸若しくは他の入居者が入居する居室との交換等の禁止）に違反したとき ・入居契約書第19条の規定（禁止又は制限される行動）に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者又は設置者の役職員の生命・身体・財産（設置者の財産を含む。）に危害を及ぼし、ないしは、その危害の切迫したおそれがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき <p>② 入居者又はその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等による、設置者の役職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき</p> <p>③ 入居者又は連帯保証人・身元引受人・返還金受取人が第43条（反社会的勢力の排除の確認）の確認に反する事実が判明したとき、又は入居契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> |
| | <p>解約予告期間</p> <p>90日、③の場合は直ちに解除</p> |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 |
| 体験入居の内容 | <p>1 あり（内容：7,692円 朝・夕食付、消費税含む）</p> <p>2 なし</p> |
| 入居定員 | 75人 |
| その他 | |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--|--------------|--------|-----|------------------------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 直接処遇職員 | 26 | 13(*2) | 13 | |
| 介護職員 | 17 | 10(*1) | 7 | 14.5 (うち自立0.9) |
| 看護職員 | 9 | 3(*1) | 6 | 5.3 (うち自立 0.9 診療所 0.5) |
| 機能訓練指導員 | 2 | 1(*1) | 1 | 1.0 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1(*1) | 0 | 0.5 |
| 栄養士 | 株式会社魚国総本社へ委託 | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 3 | 2 | 1 | 3.0 |
| その他職員 | 7 | 0 | 7 | 5.7 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 35 |
| ※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。 (*)は兼任 | | | | |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------|--------|-------|---|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 11(*1) | 7(*1) | 4 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 1 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 3 | 2 | 1 |
| 介護支援専門員 | 1(*1) | 1(*1) | 0 |

(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 | 1 | 1 | 0 |

| | | | |
|-------------|---|---|---|
| 理学療法士 | 1 | 0 | 1 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| | | |
|-------------------------|------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 (16時45分～8時45分) | | |
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 1人 | 0人 |
| 介護職員 | 0人 | 0人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率* 【表示事項】 | a 1. 5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2. 5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 1. 6 : 1 |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|--|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(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 | 0 | 1 | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------------|------|---|------|---|----|---|------|---|------|---|
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 3 | 5 | 8 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| | | (*1) | | (*1) | | | | (*1) | | (*1) | |
| | | | | | | | | | | | |
| 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 | | |
| | 2 一部前払い・一部月払い方式 | | |
| | 3 月払い方式 | | |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | <input checked="" 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 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 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 checked="" 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 | 地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する。 | |
| | 手続き | 入居契約書に定める運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する。改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。 | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 |
|--------|------|---|---|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 自立 | 自立 |
| | 年齢 | 70歳 | 70歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 39.30㎡ | 55.25㎡ |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無 |

| | | | | |
|--|----------------------------------|---|---|---------|
| | 浴室 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | ・入居一時金（家賃相当額） 28,640,000円 ・介護等一時金 5,775,000円 | ・入居一時金（家賃相当額） 45,200,000円 ・介護等一時金 5,775,000円 | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 163,080円 +光熱水費 | 163,080円 +光熱水費 | |
| 家賃 | | 0円 | 0円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用 | 0円 | 0円 | |
| | 介護保険外※ ² | 食費 | 64,080円 | 64,080円 |
| | | 管理費 | 99,000円 | 99,000円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 実費 | 実費 |
| その他 | 都度払いサービス有 | 都度払いサービス有 | | |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | | | | |
| ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない） | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|------|--|
| 家賃 | 目的施設（居室及び共用施設）を終身にわたって利用するため、土地・建物の賃借料、修繕費、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照のうえ、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額、及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 *二人入居の場合 追加入居金495万円が必要 *入居一時金の85%を180ヶ月で均等償却 |
| 敷金 | 家賃の ヶ月分 |
| 介護費用 | ①要介護者への人員過配置サービス費 内容:費用算定時の長期推計に基き要介護者2人に対し週35時間換算で介護、看護職員を1人以上配置するための費用として受領する。介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして、合理的な積算根拠に基づく。 利用料:入居者1人あたり319万円の85%を180ヶ月で均等償却する。 ②要介護者への個別選択サービス費 |

| | |
|----------------------|---|
| | <p>内容:費用算定時の長期推計に基き要介護等の認定を受けている方の個別的な選択による介護サービスの費用として受領する。</p> <p>利用料:入居時1人あたり27.5万円の85%を180ヶ月で均等償却</p> <p>③要介護者以外への入居者への生活支援サービス費</p> <p>費用算定時の長期推計に基づき、自立者に対し一時的な介護、看護職員を配置するための費用として受領する。</p> <p>利用料:入居時1人あたり231万円の85%を180ヶ月で均等償却</p> <p>*消費税含む</p> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> |
| 管理費 | <p>共用施設・設備の維持管理費、健康管理部門、事務管理部門、介護・看護部門、フロント・日常業務等に係る人件費、事務用品費、什器備品費、通信費、健康増進事業費、外注委託費（共用部の清掃費、ゴミ収集作業費、植栽管理費等）</p> |
| 食費 | <p>64,080円（30日間1日3食を喫食した場合）</p> <p>1日3食2,136円（朝443円 昼648円 夕1,045円）</p> <p>月末に喫食数を集計し、次月20日及び27日に管理費と一緒に引き落す。</p> <p>*消費税含む</p> |
| 光熱水費 | <p>上下水道使用料:月末に各居室ごとのメーター検針をし、使用料（2ヶ月毎）を管理費と一緒に引き落す。</p> <p>給湯使用料:月末に各居室ごとのメーター検針をし、使用料（毎月）を管理費と一緒に引き落す。</p> <p>電話:基本料と使用料を管理費と一緒に引き落す。</p> <p>電気・TV放送受信料:関西電力、NHKと直接契約の上実費負担。</p> |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

| 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 | 基本報酬及び前掲の加算の利用者負担分（別添3） |
| 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） | （前掲） |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領)

| | |
|------|---|
| 算定根拠 | (家賃) 老人福祉法令等により公益社団法人全国有料老人ホーム協会の試算プログラ |
|------|---|

| | | |
|--------------------------------------|---------------|---|
| | | ムによる (介護費用) 要介護者への手厚い介護や要介護者以外への生活支援を提供するための人員配置費用 |
| 想定居住期間 (償却年月数) | | 180ヶ月 |
| 償却の開始日 | | 入居日の翌日 |
| 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) | | (プラン1) 5, 162, 250円 |
| | | (プラン2) 7, 646, 250円 |
| 初期償却率 | | 15% |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | <p>受領済みの一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係わる利用料を下記計算式で受領する。</p> <p>1日当たりの施設の利用料 = (入居一時金 × 85%) ÷ 180ヶ月 ÷ 30日</p> <p>1日当たりの介護保険給付対象外費用 = (介護費用の一時金 × 85%) ÷ 180ヶ月 ÷ 30日</p> <p>*月払い利用料については日割計算を行う。</p> <p>*必要な原状回復費用があれば受領する。</p> |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | <p>返還金 = (入居一時金 × 85%) ÷ 180ヶ月の実日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの実日数</p> <ul style="list-style-type: none"> 返還金は無利息。 入居期間が償却期間を超える場合は、返還金はなくなりますが、追加入居金は不要。 分割払いの場合、返還金から未払込の金額を差し引きます。 <p>*介護費用の一時金の返還金は下記計算式により返還。介護費用の一時金の15%を初期償却し、残金85%分を180ヶ月で均等償却。</p> <p>返還金 = (入居一時金 × 85%) ÷ 180ヶ月の実日数 × 契約終了日から償</p> |

| | | |
|-------------|-------------------|--|
| | | 却期間満了日までの実日数 ・ 返還金は無利息 ・ 入居期間が償却期間を超える場合は、返還金はなくなりますが、追加入居金は不要。 分割払いの場合、返還金から未払込の金額を差し引きます。 |
| 前払金の 保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 | |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 | |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 | |
| | 4 全国有料老人ホーム協会 | |
| | 5 その他（名称： _____） | |

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

（入居者の人数）

| | | |
|-------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 14人 |
| | 女性 | 44人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 14人 |
| | 85歳以上 | 41人 |
| 要介護度別 | 自立 | 26人 |
| | 要支援1 | 3人 |
| | 要支援2 | 3人 |
| | 要介護1 | 9人 |
| | 要介護2 | 8人 |
| | 要介護3 | 3人 |
| | 要介護4 | 5人 |
| | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 0人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 0人 |
| | 1年以上5年未満 | 18人 |
| | 5年以上10年未満 | 13人 |
| | 10年以上15年未満 | 10人 |
| | 15年以上 | 17人 |

（入居者の属性）

| | |
|------|-------|
| 平均年齢 | 86.8歳 |
|------|-------|

| | |
|------------------------------------|-------|
| 入居者数の合計 | 58人 |
| 入居率* | 88.5% |
| ※ 契約済居室数（54室）を総居室数（61室）で除して得られた割合。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 0人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 4人 |
| | その他 | 1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 | 1人 |
| | | (解約事由の例) 入居者のご都合 |

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)

| | | | |
|----------|-------|---------------------|--|
| 窓口の名称 | | 「ウェルエイジみぶ」 フロント・事務所 | |
| 電話番号 | | 075-823-3366 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9時～17時 | |
| | 土曜 | 9時～17時 | |
| | 日曜・祝日 | 9時～17時 | |
| 定休日 | | なし | |

| | | | |
|----------|-------|------------------|-------------------|
| 窓口の名称 | | (公社) 全国有料老人ホーム協会 | 京都府福祉サービス運営適正化委員会 |
| 電話番号 | | 03-3548-1077 | 075-252-2152 |
| 対応している時間 | 平日 | 月・水・金 10時～17時 | 9時～17時 |
| | 土曜 | — | — |
| | 日曜・祝日 | — | — |
| 定休日 | | 土日・祝祭日・年末年始等 | 土日・祝祭日・年末年始等 |

| | | |
|-----------------|------------------------------------|---------------------------------|
| 京都市保健福祉局介護ケア推進課 | 京都市中京区役所 保健福祉センター 健康長寿推進課 高齢介護保険担当 | 京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護管理係 相談担当 |
| 075-213-5871 | 075-812-2566 | 075-354-9090 |
| 8時45分～17時30分 | 8時30分～17時 | 9時～12時 |

| | | |
|--------------|--------------|--------------|
| | | 13時～17時 |
| — | — | — |
| — | — | — |
| 土日・祝祭日・年末年始等 | 土日・祝祭日・年末年始等 | 土日・祝祭日・年末年始等 |

(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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容)「有料老人ホーム賠償責任保険」(施設・生産物・受託物) |
| | 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"/> あり | (その内容)ヒヤリハット及び事故発生対応要領 |
| | 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> あり | 実施日 | 令和元年6月 |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 2 なし | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日 | 令和2年1月29日 |
| | | 評価機関名称 | 特定非営利活動法人京都府認知症グループホーム協議会 |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 2 なし | | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 <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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 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 |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 |

| | |
|--|-----------|
| | 3 公開していない |
|--|-----------|

10. その他

| | | |
|--|--|------|
| 運営懇談会 | 1 あり | 随時 |
| | 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 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名：) | |
| | 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出 | 1 あり 2 なし | |
| | 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 (別に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)

別添 3 (特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ _____ 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | ウエルエイ ジみぶ | 京都市中京区壬生 椰ノ宮 町 3 1 |
| 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 | <input type="checkbox"/> | | |
| ＜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 | <input type="checkbox"/> | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |
| 介護医療院 | あり | なし | | |

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | なし | | あり | | | | | なし | | あり | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|----------------|------|----------|-------------------------------------|--|----|------------------------------|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 包含※2 介護等一時金 | 都度※2 | 料金※3 | 備考 *：自立者へは「介護等一時金」で提供する一時的介護サービス | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | | * 必要に応じ実施 |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | | * 必要に応じ実施 |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | | | | | 実費負担 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | | * 必要に応じ実施 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | | * 必要に応じ実施 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | | * 必要に応じ実施 |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | | | | 状況により機能訓練指導 |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | | * 医師の指示がある場合実施 |
| 生活サービス | | | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 400円/30分 | | | | ケアプランにより週2回まで実施 * 必要に応じ実施 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 400円/30分 | | | | ケアプランにより週1回まで実施 * 必要に応じ実施 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 400円/30分 | | | | ケアプランにより週2回まで実施 * 必要に応じ実施 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 400円/30分 | | | | ケアプランにより週7回まで実施 * 必要に応じ実施 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | | | | | | |
| おやつ | | | なし | あり | | | | | | | 要介護者分は施設にて負担 |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | | | | | 実費負担 1回/月訪問美容あり |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 400円/30分 | | | | * 必要に応じ実施 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 400円/30分 | | | | * 必要に応じ実施 |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | | | | 実施していない |

| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | | | 備考 *：自立者へは「介護等一時金」で提供する一時的介護サービス | |
|------------------|--|--|--|--|------|---|-------------------------------------|---------------------|
| | | | 包含※2 介護等一時 金 | 都度※2 | 料金※3 | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | | | 年2回（健康診断、人間ドッグ）施設負担 |
| 健康相談 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | | |
| 服薬支援 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | ○ | 400円/30分 | *必要に応じ実施 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | ○ | 400円/30分 | *必要に応じ実施 |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | | 実施していない |
| 入退院時の同行 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 適宜実施 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 週2回程度 |
| 入院中の見舞い訪問 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 週2回程度 |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。