

## 重要事項説明書

記入年月日	令和1年6月30日
記入者名	星田 理沙
所属・職名	サポート本部

## 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) にほんろんぐらいふかぶしきがいしゃ 日本ロングライフ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒530-0015 大阪市北区中崎西2-4-12 梅田センタービル25階	
連絡先	電話番号	06-6373-9136
	FAX番号	06-6373-9197
	ホームページ	<a href="http://www.j-longlife.co.jp">http://www.j-longlife.co.jp</a>
代表者	氏名	代表取締役
	職名	大麻 良太
設立年月日	昭和・平成 19年 12月 17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) 有料老人ホーム・グループホーム運営事業、子ども・子育て支援事業等	

## 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) ろんぐらいふきょうとあらしやま ロングライフ京都嵐山	
所在地	〒616-8191 京都市右京区太秦中山町19番6	
主な利用交通手段	最寄駅	京都市バス「宇多野病院前」駅
	交通手段と所要時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・JR「京都」駅より京都市バス26系統</li> <li>京阪「三条」駅より京都市バス10・59系統</li> <li>阪急京都線「西院」駅より京都市バス26系統</li> <li>「宇多野病院前」下車徒歩約1分</li> <li>・京福電鉄北野線「鳴滝」駅徒歩約12分</li> </ul>

連絡先	電話番号	075-466-3805
	FAX番号	075-466-3806
	ホームページアドレス	https://www.j-longlife.co.jp/arashiyama/
管理者	氏名	長洞 里可
	職名	ホーム長
建物の竣工日		昭和・平成 24年12月
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 24年12月5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	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	3864.66 m <sup>2</sup>	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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 ( 年 月 日～ 年 月 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	3473.72 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	3431.91 m <sup>2</sup>
	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】	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※
	《マンションタイプ》					
	ゴールドR	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	30.43㎡～31.03㎡	2	一般居室個室
	ゴールドS	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	32.26㎡～41.81㎡	8	
	プラチナR	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	36.73㎡～40.41㎡	9	
	プラチナS	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	40.00㎡～43.05㎡	7	一般居室個室 (親族のみ二人入居可)
	ロイヤルR	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	48.93㎡～51.59㎡	7	
	ロイヤルS	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	53.82㎡	1	
	プレミアムR	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	63.72㎡	1	
	プレミアムS	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	71.40㎡～71.95㎡	2	
ラグジュアリー	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	87.47㎡	1		
《ユニットケアタイプ》						
レギュラー	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	25.00㎡～26.51㎡	9	介護居室個室	
ゴールド	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	28.17㎡～31.95㎡	2		
プレチナ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	36.62㎡	1		
※「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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4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			ヶ所			
ストレッチャー浴			ヶ所			
その他( )			ヶ所			
食堂	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	<input type="checkbox"/> 2	なし (一部居室のみ)
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)
		<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	<input type="checkbox"/> 4	なし
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
その他	談話室、ロビー、フロント、洗濯室、汚物処理室、リネン室、エレベーターホール、中庭				

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	お客様の意志及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立った指定特定介護施設入居者生活介護の提供に努めるとともに、事業の実施に当たっては地域との結びつきを重視し、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、常に入居者の家族と連携を行い、交流の機会を確保するよう努めます。				
サービスの提供内容に関する特色	お客様一人ひとりの個性や背景を尊重し、日々よりよいシニアライフを送っていただけるようにサポートします。そして、お客様の「ずっと自分らしく生きたい」という当然の欲求に応えるため「楽しみ」からライフスタイル全般まで、そのプログラムや環境をアレンジしながらプロデュースする全人的ケアを目指します。				
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助（別途費用が必要です。） <input type="checkbox"/> 4 その他（ 訪問診療医の確保 ）	
協力医療機関	名称	医療法人祥風会 烏丸五条みどりクリニック
	住所	京都市下京区諏訪町通松原下る弁財天町 328 番地 ヴァン青雲 1 階
	診療科目	内科・精神科
	協力内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療科目：内科</li> <li>・訪問診療：内科（2週間に1回 緊急時は随時）</li> <li>・健康チェック（提携医療機関の医師による問診、聴診等）</li> <li>・健康相談</li> <li>・日常生活における機能回復訓練</li> <li>・健康診断：年2回以上実施の機会を設けます。</li> </ul>
協力歯科医療機関	名称	医療法人すみれ おおくぼ歯科クリニック
	住所	京都市左京区下鴨高木町 39-3
	協力内容	訪問歯科診療：随時

**(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	1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他（ ）	
判断基準の内容	心身状態の変化に鑑みて居室を変更することが適切であると認められる場合。	
手続きの内容	ご入居者、契約者及び身元引受人の同意を得た上で、居室を変更することがあります。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	転居後の居室に移転します。	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(変更内容)

(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	原則として満65歳以上の方。ユニットケアタイプの場合は、要支援または要介護認定を受けていらっしゃる方に限らせていただきます。	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 契約内容等に虚偽記載があったとき</li> <li>・ 一時金等を期限までに支払わなかったとき</li> <li>・ 費用の支払い3回にわたり滞納したとき</li> <li>・ 故意又は重大な過失により居室又は施設等を破損し、原状回復の要請に応じないとき</li> <li>・ 入居者の行動が入居者自身、他の入居者又は従業員の生命・心身に危害を及ぼし、又はその危害が切迫しており、かつ、通常の介護方法ではこれを防止することができないとき</li> <li>・ 共同生活の秩序を乱す行為があったとき等、入居契約書第26条参照。</li> </ul>
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    (内容：1泊2日(食事付) 10,000円(消費税別途) 2泊3日(食事付) 20,000円(消費税別途)) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	69人	
その他	必要に応じて運営懇談会を開催いたします。	

## 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	0.5
生活相談員	1	1	0	0.5
直接処遇職員	15	1	14	7.5
介護職員	13	0	13	5.8
看護職員	2	1	1	1.7
機能訓練指導員	1	0	1	0.2
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	1	0	0	1.0
その他職員	2	2	0	2.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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。				
※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			
介護福祉士	7	8	
実務者研修の修了者	2	1	
初任者研修の修了者	4	4	
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	1	1	
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 (19:30～7:30)		
	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	2人	0人

**(職員の状況)**

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし								
	業務に係る資格等		1 あり								
	資格等の名称		介護支援専門員								
			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				3							
前年度1年間の退職者数				1							
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	0	4	1	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	1	0	5	0	0	0	1	0	0
	10年以上	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	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 checked="" 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	消費者物価指数及び人件費等を勘案した結果による。
	手続き	運営懇談会において入居者等の意見を聴く。

### (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		マンションタイプ	ユニットケアタイプ	
入居者の状況	要介護度	自立・要支援・要介護	要支援・要介護	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	30.43㎡～87.47㎡	25.00㎡～36.62㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	3,200万円～9,600万円	1,800万円～2,200万円	
	敷金	－円	－円	
月額費用の合計		192,000円～272,000円	212,000円～252,000円	
家賃		(月払プランご利用時のみ) 285,700円～857,100円	(月払プランご利用時のみ) 160,700円～196,400円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	介護報酬告示上の額	介護報酬告示上の額	
	2 介護保険外 <sup>※</sup>	食費	72,000円 (1日2,400円)	72,000円 (1日2,400円)
		管理費	120,000円～160,000円	140,000円
		生活支援サービス料	0円～40,000円	0円～40,000円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む

	その他	個別サービス費用有	個別サービス費用有
<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。介護保険費用1割、2割又は3割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。）</p> <p>※3 食費・管理費・生活支援サービス料は消費税別途。</p>			

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠				
家賃	事業費（施設の開発費・土地代・建設費・大規模修繕等修繕費・借入利息、管理事務費等）、土地・建物の賃借料等				
敷金	—				
介護費用	<p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> <p>介護保険をご利用の方を対象に、ケアプランで計画されていないため訪問介護等の介護保険サービスが利用できない短時間の介護サービスを包括的にご提供するために必要となる費用です。</p> <p>介護度別に想定される想定時間を元に、1時間あたり2,000円として算出しております。包括的な請求のため、実際の介護にかかった時間が想定時間と異なったとしても、返金及び追加費用の請求はありません。</p> <p>入院時には介護保険同様に生活支援サービス料は発生いたしません。</p> <p>また、月内に介護度の変更があれば日割り計算にて計算し請求いたします。</p> <p>サービスの具体例：排泄介助、定期巡回、誘導、着替え、整容、見守り等の短時間のサービス（ケアプランにないものに限る）</p> <p>要支援1 = 0円      要支援2 = 16,000円            要介護1 = 18,000円      要介護2 = 20,000円      要介護3 = 32,000円            要介護4 = 36,000円      要介護5 = 40,000円      （1人月額 消費税別途）</p>				
管理費	専用居室・共用施設の水道光熱費、共用施設の備品・消耗品、建築維持管理（メンテナンス・クリーニング等）、フロントサービス費、24時間緊急時対応、生活の助言・相談、レクリエーション費（一部別途個人費用負担の場合あり）				
食費	<p>1人 日額2,400円（消費税別途）</p> <p>食事のキャンセルは2日前までにお知らせ下さい。キャンセルによる返金については内訳単価で計算し、翌々月12日（金融機関が休日の場合は翌営業日）に返金します。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>内訳 (消費税別途)</td> <td>朝食 500円</td> <td>昼食 950円</td> <td>夕食 950円</td> </tr> </table>	内訳 (消費税別途)	朝食 500円	昼食 950円	夕食 950円
内訳 (消費税別途)	朝食 500円	昼食 950円	夕食 950円		
光熱水費	管理費に含まれます。電話代・電話回線加入費用は別途実費負担となります。				
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2のとおり				
その他のサービス利用料					

(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	入居一時金は、想定居住期間（7年間）の家賃総額と想定居住期間を超えて本件契約が継続する場合に備えて事業主体が受領する金額の合計額です。
想定居住期間（償却年月数）	84ヶ月
償却の開始日	入居契約書第3条第1項記載の通り
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）	<p>&lt;マンションタイプ&gt;</p> <p>ゴールドR：8,001,200円          ゴールドS：8,253,600円          プラチナR：9,507,200円          プラチナS：10,003,600円          ロイヤルR：13,007,200円          ロイヤルS：13,756,000円          プレミアムR：17,500,000円          プレミアムS：19,502,400円          ラグジュアリー：24,003,600円</p> <p>&lt;ユニットケアタイプ&gt;</p> <p>レギュラー：4,501,200円          ゴールド：5,006,000円          プラチナ：5,502,400円</p>
初期償却率	概ね25%
返還金の算定方法	<p>入居後3月以内の契約終了</p> <p>1 1人入居の場合</p> <p>(1) 追加負担金の支払がない場合          入居一時金から、1日当たりの家賃（入居一時金のうち返還対象部分を、1ヶ月を30日として償却月数で割り返した額）に丙の入居日から契約終了日までの日数を乗じた金額を差し引いた金額</p> <p>(2) 追加負担金の支払がある場合          入居一時金と追加負担金の合計額から、1日当たりの家賃に丙の入居日から契約終了日までの日数を乗じた金額を差し引いた金額</p> <p>2 2人入居の場合</p> <p>(1) 追加入居負担金の支払がない場合          追加入居一時金から、1日当たりの追加家賃（追加入居一時金のうち返還対象部分を、1ヶ月を30日として償却月数で割り返した額）に追加入居者の入居日から契約終了日までの日数を乗じた金額を差し引いた金額</p> <p>(2) 追加入居負担金の支払がある場合          追加入居一時金と追加入居負担金の合計額から、1日当たりの追加家賃に追加入居者の入居日から契約終了日までの日数を乗じた金額を差し引いた金額</p> <p>※原状回復費用は実費をいただきます。</p>

	<p>入居後 3 月を超えた契約終了</p>	<p>1 1人入居の場合</p> <p>(1) 本件契約終了時の入居者の年齢が 65 歳以上の 場合 入居一時金のうち想定居住期間（7年間）の家 賃総額×（84ヶ月－入居経過月数）÷84ヶ月 〔入居月及び退去月は1ヶ月を30日として 日割計算し、その余の月は月割計算する。〕</p> <p>(2) 本件契約終了時の入居者の年齢が 65 歳未満 の場合 下記①と②の合計額</p> <p>① 追加負担金×{（入居日が属する月から入居 者が 65 歳に達する日が属する月までの月数） －入居経過月数} ÷（入居日が属する月から丙 が 65 歳に達する日が属する月までの月数） 〔入居月及び丙が 65 歳に達する日が属する 月は 1 ヶ月を 30 日として日割計算し、その余 の月は月割計算する。〕</p> <p>② 入居一時金のうち想定居住期間（7年間）の 家賃総額</p> <p>2 2人入居の場合</p> <p>(1) 本件契約終了時における追加入居者の年齢 が 65 歳以上の場合 追加入居一時金のうち想定居住期間（7年間） の家賃総額×（84ヶ月－入居経過月数）÷84 ヶ月 〔入居月及び退去月は1ヶ月を30日として 日割計算し、その余の月は月割計算する。〕</p> <p>(2) 本件契約終了時における追加入居者の年齢が 65 歳未満の場合 下記①と②の合計額</p> <p>① 追加入居負担金×{（追加入居者の入居日が 属する月から追加入居者が 65 歳に達する日 が属する月までの月数）－入居経過月数} ÷（追 加入居者の入居日が属する月から丙が 65 歳 に達する日が属する月までの月数） 〔入居月及び追加入居者が 65 歳に達する日 が属する月は 1 ヶ月を 30 日として日割計算 し、その余の月は月割計算する。〕</p> <p>② 追加入居一時金のうち想定居住期間（7年 間）の追加家賃総額</p> <p>※原状回復費用は実費をいただきます。</p>
<p>前払金の 保全先</p>	<p>1 連帯保証を行う銀行等の名称</p> <p>2 信託契約を行う信託会社等の名称</p> <p>3 保証保険を行う保険会社の名称</p> <p>4 全国有料老人ホーム協会</p> <p>5 その他（名称： _____）</p>	

## 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	13人
	女性	31人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	6人
	75歳以上 85歳未満	9人
	85歳以上	29人
要介護度別	自立	14人
	要支援1	3人
	要支援2	2人
	要介護1	5人
	要介護2	7人
	要介護3	6人
	要介護4	3人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	27人
	5年以上 10年未満	15人
	10年以上 15年未満	0人
	15年以上	0人

### (入居者の属性)

平均年齢	85.2歳
入居者数の合計	44人
入居率*	80.0%
※ 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。	

### (前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	3人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人

況		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0人
		(解約事由の例)

## 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	ロングライフ京都嵐山 苦情相談窓口：管理者	日本ロングライフ(株) お客様相談室	公益社団法人 全国 有料老人ホーム協会	
電話番号	075-466-3805	0120-550-294	03-3272-3781	
対応している 時間	平日	9:00~18:00	9:00~18:00	10:00~17:00
	土曜	9:00~18:00	9:00~18:00	—
	日曜・祝日	9:00~18:00	9:00~18:00	—
定休日	なし	1/1	土日祝日、12/29~1/3	

(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) 東京海上日動火災保険(株) 総合賠償責任保険加入
	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	1 あり	(その内容) 死亡、傷害、生産物共に一 事故につき限度1億円
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	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	1 あり	実施日	入居後3ヵ月後にアンケート調査実施
		結果の開示	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
	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 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 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 3 公開していない
財務諸表の要旨	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	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	(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 【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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添1（別を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 平成 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	ロングライフ京都嵐山ケアセンター	右京区太秦中山町19-6
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	ロングライフ京都嵐山ケアセンター	右京区太秦中山町19-6
＜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	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		

個別サービス等の一覧表

	管理費で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		備 考
介護サービス（消費税別途）					
食事介助	なし	あり	なし	あり	1,000 円/回
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	500 円/回（排泄介助は生活支援サービス料で実施）
おむつ代	なし	あり	なし	あり	実費
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	1,000 円/回
特浴介助	なし	あり	なし	あり	2,000 円/回
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	1,000 円/回
機能訓練	なし	あり	なし	あり	住戸での外部機能訓練、リハビリ可。但し実費
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	付き添い 2,000 円/60 分
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	付き添い 2,000 円/60 分
生活サービス（消費税別途）					
居室清掃	なし	あり	なし	あり	2,000 円/30 分（2 名で対応）
リネン交換	なし	あり	なし	あり	500 円/30 分
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	900 円/回
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	体調不良時のみ実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	
おやつ	なし	あり	なし	あり	実費
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	外出付き添いは実費
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	1,000 円/回
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	2,000 円/回
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	1,000 円/回
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	5,000 円/月（但し、上限 20 万円まで）
その他	なし	あり	なし	あり	
健康管理サービス（消費税別途）					
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	年 2 回の機会を設ける。
健康相談	なし	あり	なし	あり	随時実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	随時実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり	200 円/回
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	
入退院時・入院中のサービス（消費税別途）					
移送サービス	なし	あり	なし	あり	
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	30 分の付き添いは管理費に含む 30 分以降 2,000 円/1 時間
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	3,000 円/回
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	お見舞い時のみ実施 500 円/回
入院中のお見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	週 1 回

本書の通り、重要事項の説明ならびに管理規定の説明を致しました。

大阪市北区中崎西2丁目4番12号 梅田センタービル25階  
日本ロングライフ株式会社

説明者署名 \_\_\_\_\_ (印)

本書の通り、重要事項の説明ならびに管理規定の説明を受けました。

平成 年 月 日

契約者 住所：

氏名： \_\_\_\_\_ (印)

入居者 住所：

氏名： \_\_\_\_\_ (印)

身元引受人 住所：

氏名： \_\_\_\_\_ (印)