

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和3年7月1日 |
| 記入者名 | 杉田 智子 |
| 所属・職名 | ホーム長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|---|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | ふりがな) ふぁみりー・ほすびすかぶしきがいしや ファミリー・ホスピス株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒100-0005 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-6368-4160 |
| | FAX番号 | 03-6368-4161 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | http://kairos-company.com/ |
| 代表者 | 氏名 | 本田 凜太郎 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成23年 12月 5日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別の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) ふぁみりー・ほすびすきょうときたやまはうす ファミリー・ホスピス京都北山ハウス | |
| 所在地 | 〒603-8056 京都市北区上賀茂石計町 74-1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 地下鉄 北山駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 地下鉄利用の場合 地下鉄烏丸線「北山」駅下車徒歩7分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 075-366-4331 |
| | FAX番号 | 075-366-4332 |
| | メールアドレス | kitayama_h@family-hospice.com |
| | ホームページアドレス | http://kairos-company.com/ |

| | | |
|---------------|----|-------------|
| 管理者 | 氏名 | 杉田 智子 |
| | 職名 | ホーム長 |
| 建物の竣工日 | | 令和3年 4月 30日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 令和3年 5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 | 県（市） |
| | 事業所の指定日 | 年 月 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|----------|--|---|---|
| 土地 | 敷地面積 | 830㎡ | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借） | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2021年5月1日～ 2071年4月30日) 2 なし |
| 契約の自動更新 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1779.16㎡ |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1539.17㎡ |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 | |
| | | 3 その他（ ） | |
| 4 その他（ ） | | | |
| 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | |
| | 2 鉄骨造 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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（普通賃借・定期賃借） | | |
| | 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（縁故者居室を含む） | | | | |
| | | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 12.32 m ² | 3室 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 12.28 m ² | 3室 | 介護居室個室 |
| | タイプ3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 12.56 m ² | 3室 | 介護居室個室 |
| | タイプ4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 12.51 m ² | 3室 | 介護居室個室 |
| | タイプ5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 12.13 m ² | 3室 | 介護居室個室 |
| | タイプ6 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 12.53 m ² | 16室 | 介護居室個室 |
| | タイプ7 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 20.35 m ² | 2室 | 介護居室個室 |
| タイプ8 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 20.36 m ² | 2室 | 介護居室個室 | |
| タイプ9 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 15.15 m ² | 2室 | 介護居室個室 | |
| タイプ10 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | 室 | | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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 | 0ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 5ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 1ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | ヶ所 | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 3ヶ所 | チェアー浴 | 1ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | 2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 | 1 あり 2 なし | | | | | |
| エレベーター | 1 あり（車椅子対応） 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 | 1 あり 2 なし | | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 あり 2 なし | | | | |

| | | | | | |
|---------|---------|----------------------------|------|---|------|
| | 火災通報設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | スプリンクラー | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | 防火管理者 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | 防災計画 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| 緊急通報装置等 | 居室 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | | |
| | | 2 | 一部あり | | |
| | | 3 | なし | | |
| | 便所 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | | |
| | | 2 | 一部あり | | |
| | | 3 | なし | | |
| | 浴室 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | | |
| | | 2 | 一部あり | | |
| | | 3 | なし | | |
| | その他 () | | | 1 | あり |
| | | | | 2 | 一部あり |
| | | | | 3 | なし |
| その他 | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | 入居者個人の個性を尊重し、お一人お一人のプランに沿ったよりよいサービスを提供できるよう、教育、環境、体制を整え、職員が一体的となりサービスに取り組み、常に職員の意識と技術の高揚を図り、地域社会に貢献できるように努めます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 口から食べることができる。自分でトイレに行くことができる。お風呂に入ることができる。という日々を大切にして自己決定を尊重しサポートします。本人の望まない介護や看護は行なうことがないように尊厳を守りながら支援いたします。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input 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 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input 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 | 2 | なし |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 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 |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1 | あり | 2 | なし |

| | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| | 栄養スクリーニング加算 | 1 あり 2 なし |
| | 退院・退所時連携加算 | 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 |
| | 介護職員処 遇改善加算 | (Ⅰ) 1 あり 2 なし |
| | | (Ⅱ) 1 あり 2 なし |
| | | (Ⅲ) 1 あり 2 なし |
| | | (Ⅳ) 1 あり 2 なし |
| | | (Ⅴ) 1 あり 2 なし |
| | 介護職員等 特定処遇改 善加算 | (Ⅰ) 1 あり 2 なし |
| | | (Ⅱ) 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) : 1 |
| | 2 なし | |

(医療連携の内容)

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|------------------|--|--|----|----------|----|------------------|------|------|------|------|------|
| 医療支援 | ※複数選択可 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (主治医への状態報告と本人家族への健康相談支援) | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | | 1 | <table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>医療法人社団都会</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>京都府京都市北区大宮南田尻町59</td> </tr> <tr> <td>診療科目</td> <td>内科</td> </tr> <tr> <td>協力科目</td> <td></td> </tr> <tr> <td>協力内容</td> <td>入居者の健康相談、健康診断の支援</td> </tr> </table> | 名称 | 医療法人社団都会 | 住所 | 京都府京都市北区大宮南田尻町59 | 診療科目 | 内科 | 協力科目 | | 協力内容 |
| 名称 | 医療法人社団都会 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 京都府京都市北区大宮南田尻町59 | | | | | | | | | | | |
| 診療科目 | 内科 | | | | | | | | | | | |
| 協力科目 | | | | | | | | | | | | |
| 協力内容 | 入居者の健康相談、健康診断の支援 | | | | | | | | | | | |
| | 2 | <table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>診療科目</td> <td></td> </tr> <tr> <td>協力科目</td> <td></td> </tr> <tr> <td>協力内容</td> <td></td> </tr> </table> | 名称 | | 住所 | | 診療科目 | | 協力科目 | | 協力内容 | |
| 名称 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | |
| 診療科目 | | | | | | | | | | | | |
| 協力科目 | | | | | | | | | | | | |
| 協力内容 | | | | | | | | | | | | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|------|--|
| | 住所 | |
| | 協力内容 | |

(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 2 介護居室へ移る場合 3 その他 () | |
| 判断基準の内容 | | |
| 手続きの内容 | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり 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 | 1 あり 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・既定の利用料の支払いが可能な方 ・公的な医療保険に加入している方 ・公的な介護保険に加入している方 (生活保護受給の方は応相談) ・保証人を定められる方 ・当施設の利用契約書、管理規程をご承諾いただき円滑に共同生活 が営める方 | |
| 契約解除の内容 | 入居契約書第 26 条のとおりとする | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | |
| | 解約予告期間 | 1 ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | | 1 ヶ月 |

| | |
|---------|------------------|
| 体験入居の内容 | 1 あり（内容： 2 なし |
| 入居定員 | 37人 |
| その他 | 1室の定員は1名とする |

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 | | 1 |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | | | | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | 2 | 6 | 4 |
| 事務員 | 1 | 1 | | 1 |
| 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 | | | | 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 | | | |
| 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 (時～ 時) | | |
|------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 人 | 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) | : 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | |
| | | 資格等の名称 | 看護師 |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 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年以上 | | | | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 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 checked="" 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 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 | 消費者物価指数及び人件費また諸種経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から運営懇談会での意見を聴いて改定する場合があります。 消費税が課税される費用については消費税率が改定になった場合は、改定の内容および法令等の定めにしたがい利用料も変更になります |
| | 手続き | |

(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 | | | |
| | 年齢 | 歳 | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 12.53 m ² | 20.36 m ² | |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 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 | 円 | 円 | |
| | 敷金 | 円 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 円 | 円 | |
| 家賃 | | 80,000 円 | 100,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 円 | 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 48,600 円 | 48,600 円 |
| | | 管理費 | 80,000 円 | 80,000 円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 円 |
| その他 | 5,500 円 | 5,500 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 | 居室および共用施設等の家賃相当額で近隣相場を勘案し建築費及び借地料、設備備品等を基礎として1室あたりの家賃を算出、設定しています |
| 敷金 | なし |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない |
| 管理費 | 共用施設の維持管理費、運営・管理に関わる住宅サービス提供者、管理部門の人件費を勘案して算出 |
| 食費 | <p>【食材費】</p> <p>食材費1食あたり540円（税込）で1日単価として食数を月末に集計し、翌月請求します。1日当たり1,620円単価×30日で積算（一人当たり）</p> <p>3日前の17時までに欠食の申出があった場合は費用をいたしません</p> |
| 光熱水費 | 管理費に含まれます |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 個別選択による介護サービス一覧表 参照 |

| | |
|-------------|---|
| その他のサービス利用料 | <ul style="list-style-type: none"> ・寝具一式：5,500円（税込）（週1回のリネン交換、リネン洗濯代含む） ・医療費、紙おむつ等の介護消耗品、衣類、クリーニング、理容、美容、し好品等入居者の個人的利用に係る費用はご負担いただきます |
|-------------|---|

（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 | |
| 想定居住期間（償却年月数） | ヶ月 |
| 償却の開始日 | 入居日 |
| 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） | 円 |
| 初期償却率 | % |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 |
| | 入居後3月を超えた契約終了 |
| 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 | 人 |
| | 女性 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 人 |
| | 85歳以上 | 人 |

| | | |
|-------|------------|---|
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援 1 | 人 |
| | 要支援 2 | 人 |
| | 要介護 1 | 人 |
| | 要介護 2 | 人 |
| | 要介護 3 | 人 |
| | 要介護 4 | 人 |
| | 要介護 5 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 人 |
| | 15年以上 | 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|---|
| 平均年齢 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 人 |
| 入居率※ | % |
| ※ 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 | 人 |
| | その他 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 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。

1

| | | |
|----------|-------|--------------------------|
| 窓口の名称 | | ファミリー・ホスピス京都北山ハウス 相談受付窓口 |
| 電話番号 | | 075-366-4331 |
| 対応している時間 | 平日 | 09:00～17:00 |
| | 土曜 | 09:00～17:00 |
| | 日曜・祝日 | 09:00～17:00 |
| 定休日 | | なし (365日営業) |

2

| | | |
|----------|-------|-----------------------|
| 窓口の名称 | | ファミリー・ホスピス株式会社お客様相談窓口 |
| 電話番号 | | 03-6368-4160 |
| 対応している時間 | 平日 | 10:00～17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |

3

| | | |
|-------|-------|------------------------|
| 窓口の名称 | | 京都市北区役所 健康長寿推進課 高齢介護担当 |
| 電話番号 | | 075-432-1364 |
| | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |

(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) 「福祉事業者施設賠償保険」に加入 |
| | 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 | 入居契約の規程に基づき対応します。 サービス提供に伴いファミリー・ホスピス京都北山ハウスの責に帰すべき事由により入居者の生命、身体、財産に損害を及ぼし、法的な賠償責任を負う場合には入居者に対して損害を賠償します。 通常の注意義務を超えて事故等が発生 |

| | | |
|------------------|---------------------------------------|---|
| | | し、その原因がファミリー・ホスピス 京都北山ハウスに起因しない場合には 責任を負いかねることがあります。 完全に転倒や転落を防げるものでない ことをあらかじめご同意ください。 天災などの不可抗力は賠償の対象から 除きます。 |
| | 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 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり <input type="checkbox"/> 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 | <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 |
| 管理規程 | <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 |
| 事業収支計画書 | <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 |
| 財務諸表の要旨 | 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 |
| 財務諸表の原本 | 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 |

10. その他

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| 運営懇談会 | <input type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 1 回 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 代替措置あり</td> <td>(内容) 入居者が少ないとき、感染症防止のためなどで会が開催できない場合は個別に状況報告をいたします</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 代替措置なし</td> <td></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり | (内容) 入居者が少ないとき、感染症防止のためなどで会が開催できない場合は個別に状況報告をいたします | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし |
| <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり | (内容) 入居者が少ないとき、感染症防止のためなどで会が開催できない場合は個別に状況報告をいたします | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし | | | | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | 有効面積が 13.2 m ² 以下の居室は 31 室となります。 | | | |
| 「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | <input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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 | | | | |
| 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)

※ _____ 様

説明年月日 令和 3 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等

| 介護サービス等の種類 | | | 併設・隣接の状況 | 事業所の名称 | 所在地 |
|--------------------------------|----|----|----------|--------------------|-----------------|
| <居宅サービス> | | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 | 訪問介護ファミリー・ホスピス京都北山 | 京都市北区上賀茂石計町74-1 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 | 訪問看護ファミリー・ホスピス京都北山 | 京都市北区上賀茂石計町74-1 |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <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 | 併設・隣接 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 | 訪問看護ファミリー・ホスピス京都北山 | 京都市北区上賀茂石計町74-1 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <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 | 併設・隣接 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護医療院 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | 訪問介護ファミリー・ホスピス京都北山 | 京都市北区上賀茂石計町74-1 |
| 通所型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| その他の生活支援サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |

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 | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----|----|----|------|-------|-------------|--------------------|
| | 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 | 都度※2 | 料金※3 | 備 考 |
| | | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,200 | 1回あたり | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,200 | 1回あたり | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | | 実費 | 持込又は業者と別途契約 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,200 | 1回あたり | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 4,400 | 1回あたり | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,200 | 1回あたり | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | | | | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,100 | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 週1回寝具一式レンタルに含まれる |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | | | | 必要に応じて洗濯業者を紹介 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 管理費に含まれる |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | ○ | | | | 食材費に含まれる |
| おやつ | | | なし | あり | | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | 実費 | | 訪問理美容で対応 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,100 | | 徒歩圏内での買い物に限る |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | | 年1回健康診断の機会を設ける |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 管理費に含まれる |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | | 薬剤管理は薬局と別途契約 |
| 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 | | | | | | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | | 状態確認は適宜実施 |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2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包含される場合と、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。

| 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 |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|------|------|---|---------|-------|
| | 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 | |
| | | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | | | |
| その他サービス | | | | | | | | |
| らいふプラン作成費 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 220,000 | 初回のみ |
| 包括ケアサービス | なし | あり | なし | あり | | ○ | 6,600 | 1日あたり |
| | なし | あり | なし | あり | | | | |
| | なし | あり | なし | あり | | | | |
| | なし | あり | なし | あり | | | | |
| | なし | あり | なし | あり | | | | |