

住宅型有料老人ホーム

レガロアコンフォート 京都岩倉

入居者氏名

重要事項説明書

連帯保証人又は身元引受人

株式会社スマイルガーデン

重要事項説明書

| | |
|-------|---------------|
| 記入年月日 | 令和7年7月1日 |
| 記入者名 | 松本 由香里 |
| 所属・職名 | 株式会社 スマイルガーデン |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---|---|
| 種類 | 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ すまいるがーでん 株式会社 スマイルガーデン | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒606-0022 京都市左京区岩倉三宅町303番地 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 075-706-7818 |
| | FAX番号 | 075-706-7828 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | http://www.regalore.net/ |
| 代表者 | 氏名 | 大西 均 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成24年4月2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) れがろあこんふおーときょうといわくら レガロアコンフォート京都岩倉 | |
| 所在地 | 〒606-0015 京都市左京区岩倉幡枝町333番地3 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 京都バス 西幡枝 駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 京都バス 西幡枝前 停留所 下車 徒歩 約5分 (350m) |
| 連絡先 | 電話番号 | 075-705-0070 |
| | FAX番号 | 075-705-0071 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | |

| | | |
|---------------|----|------------------|
| 管理者 | 氏名 | 松本 由香里 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 平成 25 年 8 月 23 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成 25 年 10 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 | 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 | 2393.99㎡ | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | 2 事業者が賃借する土地（普通賃借） | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり (2013年10月1日～2038年9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 | 1383.38㎡ |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1383.38㎡ |
| | 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（ ） | |
| 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 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物（普通賃借） | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|-------|-------|--------|
| | 抵当権の設定 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | | |
| | 契約期間 | 1 あり (2013年10月1日~2038年9月30日) 2 なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 | 1 全室個室 | | | | |
| | 【表示事項】 | 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 | 18.2㎡ | 37 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.2㎡ | 2 | 一般居室個室 |
| | タイプ3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.2㎡ | 3 | 一般居室個室 |
| | タイプ4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.2㎡ | 1 | 一般居室個室 |
| | タイプ5 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | ㎡ | | |
| | タイプ6 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | ㎡ | | |
| タイプ7 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | ㎡ | | | |
| タイプ8 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | ㎡ | | | |
| タイプ9 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | ㎡ | | | |
| タイプ10 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | ㎡ | | | |
| ※「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 | 1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 | 1ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 1ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 0ヶ所 | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 2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 | 0ヶ所 | | |
| | | | その他(介助型) | 1ヶ所 | | |
| 食堂 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 1 あり | 2 なし | |
| | スプリンクラー | 1 あり | 2 なし | |
| | 防火管理者 | 1 あり | 2 なし | |
| | 防災計画 | 1 あり | 2 なし | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 あり | 2 一部あり | 3 なし |
| | 便所 | 1 あり | 2 一部あり | 3 なし |
| | 浴室 | 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 | 入居者の皆様が安心して暮らしていただき、また、充実した毎日をお過ごしいただくために、私たちは信頼できる家族であり続け、入居者の皆様と笑顔あふれる楽しい時間を大切にします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 私たちにしかできないサービスを追求する為に、家族サービス（施設サービス）をお手伝いする「ケアサポート」を設置し、ご自宅に近い形でサポートします。 ご入居者それぞれの方にあつた生活の支援、その時々により必要とする支援は違うはずです。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| | | | |
|---|-----------------|-----------|-----------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 | (I) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 1 あり 2 なし |
| ※1 「協力医療機関連携加算 (I)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算 (II)」は、「協力医療機関連携加算 (I)」以外に該当する場合を指す。 | 生活機能向上連携加算 | (I) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 1 あり 2 なし |
| | ADL維持等加算 | (I) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 1 あり 2 なし |
| | 個別機能訓練加算 | (I) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 1 あり 2 なし |
| | 夜間看護体制加算 | (I) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 1 あり 2 なし |
| ※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。 | 若年性認知症入居者受入加算 | | 1 あり 2 なし |
| | 協力医療機関連携加算 (※1) | (I) | 1 あり 2 なし |
| (II) | | 1 あり 2 なし | |
| 口腔衛生管理体制加算 (※2) | | 1 あり 2 なし | |
| 口腔・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 | |
| 退去時情報提供加算 | | 1 あり 2 なし | |
| | 看取り介護加算 | (I) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 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 |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (I) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 1 あり 2 なし |
| 新興感染症等施設療養費 | | 1 あり 2 なし | |
| | 生産性向上推進体制加算 | (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) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 1 あり 2 なし |
| | | (III) | 1 あり 2 なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (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) | 1 あり 2 なし |
| | | (V) (2) | 1 あり 2 なし |

| | | | |
|----------------------|------|----------------------|-----------|
| | | (V) (3) | 1 あり 2 なし |
| | | (V) (4) | 1 あり 2 なし |
| | | (V) (5) | 1 あり 2 なし |
| | | (V) (6) | 1 あり 2 なし |
| | | (V) (7) | 1 あり 2 なし |
| | | (V) (8) | 1 あり 2 なし |
| | | (V) (9) | 1 あり 2 なし |
| | | (V) (10) | 1 あり 2 なし |
| | | (V) (11) | 1 あり 2 なし |
| | | (V) (12) | 1 あり 2 なし |
| | | (V) (13) | 1 あり 2 なし |
| | | (V) (14) | 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 type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 (常勤正看護師による医療相談) | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 竹上内科クリニック 竹上 徹 | |
| | | 住所 | 京都市上京区出町柵方上ル青竜町 1 9 9 | |
| | | 診療科目 | 内科 | |
| | | 協力科目 | 内科 | |
| | 協力内容 | | 入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | | | 診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 2 | 名称 | 山根記念診療所 | |
| | | 住所 | 京都市上京区元誓願寺通大宮東入ル寺今町 522 | |
| 診療科目 | | 内科 | | |
| 協力科目 | | 内科 | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|-----------------------------------|--|------|--|
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし | |
| | | | 診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし | |
| | 3 | 名称 | 北山武田病院 | | | |
| | | 住所 | 京都府京都市北区上賀茂岩ヶ垣内町99番地 | | | |
| | | 診療科目 | 内科 | | | |
| | | 協力科目 | 内科 | | | |
| 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし | | | |
| | 診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし | | | |
| 新興感染症 発生時に連 携する医療 機関 | 1 あり | | | | | |
| | 医療機関の名称 | | | | | |
| | 医療機関の住所 | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | | | |
| 協力歯科医 療機関 | 1 | 名称 | アイデンタルクリニック 高野 雅彰 | | | |
| | | 住所 | 京都市下京区東塩小路町901番地 | | | |
| | | 協力内容 | 往診による診察・治療。口腔ケア。歯科に関する相談。 | | | |

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (原則として居室の移動はないものとするが、ご本人・ご家族の強い要望があった場合、または、事業者がご本人の身体状況に鑑み、居室変更の必要性があると判断した場合は居室の移動がある場合がある。) |
| 判断基準の内容 | ご本人・ご家族の強い要望があった場合、または、事業者がご本人の身体状況に鑑み、居室変更の必要性があると判断した場合。 |
| 手続きの内容 | 居室移動の変更契約書を交わす。 居室タイプにより追加費用が発生する場合があります。 |
| 追加的費用の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 居室利用権の取扱い | 利用権の対象居室は移動後の居室に変更となります。居室タイプによって追加費用が発生する場合があります。 |

| | | |
|------------------|--|---|
| 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 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|---|--|------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| 留意事項 | 日常継続的な医療行為や感染症のない方 共同生活を営める方 | | |
| 契約の解除の内容 | <p>①本人様の心身状況の変化や、認知症の進行等により、施設での共同生活が無理であると判断された場合。</p> <p>②ご本人様の心身状況の変化により、医療処置への依存度が高く、医学的管理項目が頻繁になられた場合。</p> <p>③入院もしくは長期外泊などで実態として居室に住まわれなくなって一ヶ月を経過した場合。</p> <p>④入居契約や入居事項説明などの諸規定を守っていただけない場合。</p> <p>⑤入居者または、その関係者による施設並びに施設関係者への過剰な要求、ハラスメント、暴力等の行為があると認められた場合。</p> | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書 10条 | |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 2ヶ月 | | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容：1泊 10,000円) <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 入居定員 | 43人 | | |
| その他 | | | |

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること

(職種別の職員数)

| | | |
|--|-----------|--------|
| | 職員数 (実人数) | 常勤換算人数 |
|--|-----------|--------|

| | 合計 | | | ※1※2 |
|---|----|----|-----|------|
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | | 1 | |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員※3 | 17 | | 17 | |
| 看護職員 | 1 | | 1 | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | 8 | 3 | 5 | |
| 事務員 | 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 | | | | |
| ※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。 ※3 訪問介護、夜間訪問介護を兼務している者を含む | | | | |

(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 | 11 | 0 | 11 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 6 | 0 | 6 |
| 介護支援専門員 | 2 | | 2 |

(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 | 3 | 0 | 3 |
| 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 | 1 | | 1 |
| 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（17時～ 9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 | 1 あり | 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 | | | | 1 | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | 8 | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | 1 | | 9 | | | | | |
| 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】 | 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 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 | 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 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり 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 | 1 減額なし 2 日割り計算で減額 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 | ① 物価その他経済事情の変動、消費税法改定等又は、その他必要があると事業者が認めたとき。 ② 事業者が賃貸する同種の建物の利用料と比較して不均衡が生じたときと事業者が認めたとき。 ③ 事業者が本物件及びその付帯施設又は、その敷地に改良を施したとき。 | |

| | |
|-----|--|
| 手続き | 利用料の改定をする際は、運営懇談会を開催し、甲及び身元引受人の意見を勘案し、改定を行う。 |
|-----|--|

(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 | 要介護1 | 要介護4 |
| | 年齢 | 88歳 | 87歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.2㎡ | 18.2㎡ |
| | 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 | 210,000円 | 210,000円 |
| 月額費用の合計 | | 184,690円 (税込) | 213,675円 (税込) |
| 家賃 | | 70,000円 | 70,000円 |
| サービス費用 | 介護保険外※ ² | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用 | 円 |
| | | 食費 | 57,240円 (税込) |
| | | 管理費 | 24,000円 |
| | | 介護費用 (ケアサポート費) | 16,500円 (税込) |
| | | 光熱水費 | 3,300円 |
| | | その他 保険料充当料 | 2,000円 |
| | | ケアサポート費追加 | 0円 (税込) |
| | | 洗濯費 (外部委託者) | 7,260円 (税込) |
| 消耗品購入代他 | 2,550円 (税込) | | |
| 補食保管・特別調理費他 | 0円 (税込) | | |
| その他 | 11,600円 (税込) | | |
| その他 | 5,115円 (税込) | | |

※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)

(注) 入居者がテレビを設置する場合は、入居者がNHKと個別に契約し、放送受信料を負担する必要があります。

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----|---|
| 家賃 | 70,000円 ~ 110,000円 |
| 敷金 | 入居一時金として、家賃の3ヶ月分 ※入居一時金は居室補修・修繕費・居室クリーニング代を差し引いて |

| | |
|----------------------|---|
| | 退去時に返金させていただきます。但し、故意に紛失・破損された場合、もしくは現状を著しく変更させた場合等で補修修繕費が入居一時金を上回った場合は別途請求をさせていただきます。 |
| 介護費用 | ケアサポート費として。 基本料金（5時間分のサービス）15,000円（税別）、追加サービスは30分1,000円（税別）いただきます。 ※介護保険サービスの自己負担額は含みません。 |
| 管理費 | 共益費として共用スペースの維持・管理・清掃費用、及び施設の光熱費、個室の水道代に充当 |
| 食費 | 一ヶ月53,000円（税別） ※特別食（キザミ食・ミキサー食・一口大、おにぎり）への変更の場合毎食別途55円がかかります。 ※下記の場合には1ヶ月を当月日割り計算した額を徴収または返金いたします。但し、1日1食でも喫食された場合は1日分の食事代をいただきます。日割り計算に1円未満の端数が生じた時はこれを四捨五入し計算いたします。 |
| 光熱水費 | 電気代は、各居室の電気メーターにより利用分を実費負担（KW当たり30円） |
| 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 | 保険充当料・汚染洗濯費・補助食保管料、レンタル料、浴室利用料、有料レクリエーション・消耗品購入代、特別調理加算・食事追加料金 |

（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 | 円 |

む。

(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 | 2人 |
| | 医療機関 | 4人 |
| | 死亡者 | 3人 |
| | その他 | 1人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 1人 (解約事由の例) ・職員へのハラスメント |
| | 入居者側の申し出 | 9人 (解約事由の例) ・他の社会福祉施設へ入居のため退去 ・入院後そのまま退去 |

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 1 | 株式会社 スマイルガーデン | |
| 電話番号 | 075-706-7818 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | 土曜、日曜、祝日 | |

| | | |
|---------|------------------------------|--|
| 窓口の名称 2 | 京都市左京区役所 保健福祉センター 健康長寿推進課 | |
| 電話番号 | 075-702-1069 | |

(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) 賠償責任保険 (企業用) 業務遂行中の事故 |
| | 2 なし | |

| | | |
|-------------------------------|--|-------------------------------|
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 上記賠償責任保険での補填 |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし | 実施日 | アンケート毎年1月実施/意見箱 常設 |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|-------|--|--------------|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (開催頻度) 年 1 回 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |

| | 1 代替措置あり | (内容) | | |
|--|--|--|--|--|
| | 2 代替措置なし | | | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 指針の整備 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 定期的な研修の実施 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 担当者の配置 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 指針の整備 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 定期的な研修の実施 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり |
| 2 なし | | | | |
| 業務継続計画の策定状況等 | 感染症に関する業務継続計画 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 災害に関する業務継続計画 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 職員に対する周知の実施 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 定期的な研修の実施 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 定期的な訓練の実施 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 定期的な業務継続計画の見直し | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり（提携ホーム名： ） <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | |
| 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 ____ 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 | | | 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 スマイルドア | 京都市左京区岩倉幡枝町333-3番地 |
| 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 | スマイルドア | 京都市左京区岩倉幡枝町333-3番地 |
| 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 | スマイルドア | 京都市左京区岩倉幡枝町333-3番地 |
| <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 スマイルドア | 京都市左京区岩倉幡枝町333-3番地 |
| 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 | 訪問介護 スマイルドア | 京都市左京区岩倉幡枝町333 -3番地 |
|--------------|----|----|-------|----------------|------------------------|

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 | |
|----------------------------------|-----------------------------------|------|------|---|
| | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | | |
| | 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） | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 |
| 介護サービス | | | | |
| 食事介助 | あり | なし | ○ | 介護上のプランに入っている場合は介護保険でのご利用になります。 |
| 排泄介助・おむつ交換 | あり | なし | ○ | ケアサポートの中に含まれます。 |
| おむつ代 | | | ○ | (15,000円を5時間のサービスとさせていただきます。5時間を超える場合は、30分単位1,100円の加算をさせていただきます) |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | あり | なし | ○ | 希望者にはオムツを含む消耗品を準備していただきますので、ご利用いただけます。 |
| 特浴介助 | あり | なし | ○ | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | あり | なし | ○ | |
| 機能訓練 | あり | なし | ○ | |
| 通院介助 | あり | なし | ○ | 予約制（前月15日までに予約）1日1組移動は、タクシー又は介護タクシー利用（実費）同行は、最初の1時間は3,300円（税込）。その後30分毎に1,650円（税込）加算。緊急の場合は、最初の2時間は8,800円（税込）その後30分毎に2,200円（税込）加算。時間算定は施設出発から施設帰着まで。 |
| 生活サービス | | | | |
| 居室清掃 | あり | なし | ○ | 介護保険上のご利用に入っている場合は介護保険でのご利用になります。 |
| リネン交換 | あり | なし | ○ | その他、ケアサポートの中に含まれます(15,000円（税込）で5時間のサービスとなります。5時間を超える場合は、30分単位1,100円（税込）の加算をさせていただきます) |
| 日常の洗濯 | あり | なし | ○ | 専門業者に外部委託か家族対応の選択専門業者への委託を選択された方において、ドライクリーニング・寝具類（シーツ・ベッドパッド等）は別途料金が必要となります。緊急汚染時の洗濯対応については、1回につき330円（税込）加算させていただきます。 |
| 居室配膳・下膳 | あり | なし | ○ | 家族等持ち込による補助食について、保管委託料月1,100円（税込） |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | あり | なし | ○ | 施設に理美容師来訪。予約制 |
| おやつ | あり | なし | ○ | 買い物代行の購入代行費用として、30分のケア |
| 理美容師による理美容サービス | あり | なし | ○ | |
| 買い物代行 | あり | なし | ○ | |

