

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和7年9月30日 |
| 記入者名  | 有井 啓二     |
| 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                                 |                                |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしやらいふけあ・びじょん<br>株式会社ライフケア・ビジョン |                                |
| 主たる事務所の所在地 | 〒533-0033 大阪府大阪市東淀川区東中島一丁目18番22号            |                                |
| 連絡先        | 電話番号  | 06-6160-7088                   |
|            | FAX 番号                                      | 06-6160-7087                   |
|            | ホームページアドレス                                  | http://lifecare-happylyfe.com/ |
| 代表者        | 氏名  | 祝嶺 良太                          |
|            | 職名  | 代表取締役                          |
| 設立年月日      | 昭和・平成 23年7月8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)                      |                                |

## 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) きーびすつきこうれいしやむけじゅうたくはっぴーらいふながおかてんじん<br>サービス付き高齢者向け住宅はっぴーらいふ長岡天神 |                               |
| 所在地      | 〒617-0823<br>京都府長岡京市長岡2丁目 11-13                                       |                               |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅   | 阪急京都線 長岡天神 駅<br>J R 京都線 長岡京 駅 |
|          | 交通手段と所要時間   | 阪急京都線長岡天神駅から徒歩10分             |

|               |            |                                |
|---------------|------------|--------------------------------|
| 連絡先           | 電話番号       | 075-956-2555                   |
|               | FAX 番号     | 075-958-2166                   |
|               | ホームページアドレス | http://lifecare-happylife.com/ |
| 管理者           | 氏名         | 有井 啓二                          |
|               | 職名         | 施設長                            |
| 建物の竣工日        |            | 昭和・平成 25 年 11 月 1 日            |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 昭和・平成 25 年 11 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<br>該当する場<br>合                    | 介護保険事業者番号  |          |
|   | 指定した自治体名   |          |
|   | 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  | 744.39 m <sup>2</sup>  |   |
|         | 所有関係  | 1 事業者が自ら所有する土地   |   |
|         |   | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が貸借する土地                     |   |
|         |   | 抵当権の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし   |
|         |   | 契約期間   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br>(令和 1 年 12 月 1 日～令和 21 年 11 月 末日)<br>2 なし |
| 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |  |   |
| 建物      | 延床面積  | 全体   | 995.96 m <sup>2</sup>   |
|         |   | うち、老人ホーム部分   | 875.91 m <sup>2</sup>   |
|         | 耐火構造  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( ) |   |

|  |   |  |   |                      |        |        |
|--|---|--|---|----------------------|--------|--------|
| 構造   | 1 鉄筋コンクリート造   |  |   |                      |        |        |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が貸借する建物                  |  |   |                      |        |        |
|  | 抵当権の設定  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                           |   |                      |        |        |
|  | 契約期間  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br>(令和1年12月1日～令和21年11月末日)<br>2 なし |   |                      |        |        |
|  | 契約の自動更新   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                           |   |                      |        |        |
| 居室の状況  | 居室区分<br>【表示事項】  | 1 全室個室（縁故者居室を含む）   |   |                      |        |        |
|  |   | <input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり                                |   |                      |        |        |
|  |   | 最少   | 1人部屋  |                      |        |        |
|  | 最大  | 2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          | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 36.72 m <sup>2</sup> | 1      | 一般居室個室 |
|  | タイプ2  | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無          | <input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 21.90 m <sup>2</sup> | 2      | 一般居室個室 |
|  | タイプ3  | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無          | <input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 21.00 m <sup>2</sup> | 8      | 一般居室個室 |
|  | タイプ4  | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無          | <input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.00 m <sup>2</sup> | 6      | 一般居室個室 |
|  | タイプ5  | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無          | <input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.06 m <sup>2</sup> | 2      | 一般居室個室 |
| タイプ6   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無          | 18.14 m <sup>2</sup>  | 4                    | 一般居室個室 |        |
| ※「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<br>便房  | 3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  | 2ヶ所  | 個室  | 2ヶ所                  |        |        |
|  |   |  | 大浴場   | 0ヶ所                  |        |        |
|  | 共用浴室における<br>介護浴槽  | 1ヶ所  | チェアー浴   | 0ヶ所                  |        |        |
|  |   |  | リフト浴  | 1ヶ所                  |        |        |
|  |   |  | ストレッチャー浴  | 0ヶ所                  |        |        |
| その他 ( )  |   |  | 0ヶ所   |                      |        |        |
| 食堂   | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                     |  |   |                      |        |        |

|         |          |  |  |  |   |
|---------|----------|--|--|--|---|
|         | エレベーター   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応）<br><input type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応）<br><input type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない）<br><input type="checkbox"/> 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   |  |   |
| 緊急通報装置等 | 居室       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br><input type="checkbox"/> 2 一部あり<br><input type="checkbox"/> 3 なし   | 便所<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br><input type="checkbox"/> 2 一部あり<br><input type="checkbox"/> 3 なし | 浴室<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br><input type="checkbox"/> 2 一部あり<br><input type="checkbox"/> 3 なし | その他（ ）<br><input type="checkbox"/> 1 あり<br><input type="checkbox"/> 2 一部あり<br><input type="checkbox"/> 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        | 事業者は利用者に対し、安全で快適に、且つ自由な生活環境を維持できるように配慮した運営を行います。  |  |                               |
| サービスの提供内容に関する特色 | 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場にたち、必要とされるサービスの提供に努めます。また、サポートが必要になった場合は、訪問介護サービス等の居宅サービスを受けられる体制を支援します。 |  |                               |
| 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 |

(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 |
| ※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。  | 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 |
| 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 |
| 退居時情報提供加算  |                 |         | 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)<br>: 1 |   |    |
| 2 |                      | なし       |    |                      |   |    |

**(医療連携の内容)**

|        |                               |   |                               |   |  |  |  |
|--------|-------------------------------|---|-------------------------------|---|--|--|--|
| 医療支援   |                               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助<br>4 その他 ( ) |                               |   |  |  |  |
| 協力医療機関 | 1                             | 名称  | 馬場診療所                         |   |  |  |  |
|        |                               | 住所  | 長岡京市今里西ノ口7-1 診療所ビル2階          |   |  |  |  |
|        |                               | 診療科目  | 内科・外科                         |   |  |  |  |
|        |                               | 協力科目  | 内科・外科                         |   |  |  |  |
|        |                               | 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 |  |  |  |
|        | 2                             | 名称  |                               |   |  |  |  |
|        |                               | 住所  |                               |   |  |  |  |
|        |                               | 診療科目  |                               |   |  |  |  |
|        |                               | 協力科目  |                               |   |  |  |  |
| 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 | 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   | 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 |      |                   |
|                   | 2 なし    |      |                   |
| 協力歯科医療機関          | 1       | 名称   | 佐々木歯科医院           |
|                   |         | 住所   | 長岡京市向日市上植野町堂ノ前5-3 |
|                   |         | 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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他 (ご希望がある場合) |      |                    |
| 判断基準の内容                  | ご本人及びご家族の意向                                     |      |                    |
| 手続きの内容                   | 入居契約による   |      |                    |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり 2 なし ※居室費用の差額が生じる場合があります。                  |      |                    |
| 居室利用権の取扱い                | 入居契約による   |      |                    |
| 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 居室の仕様が異なる場合   |
|                          | 便所の変更   | 1 あり | 2 なし 居室の仕様が異なる場合   |
|                          | 浴室の変更   | 1 あり | 2 なし               |
|                          | 洗面所の変更  | 1 あり | 2 なし 居室の仕様が異なる場合   |
|                          | 台所の変更   | 1 あり | 2 なし               |
|                          | その他の変更  | 1 あり | (変更内容) 居室の仕様が異なる場合 |
|                          | 2 なし  |      |                    |

(入居に関する要件)

|                    |                                 |  |      |
|--------------------|---------------------------------|--|------|
| 入居対象となる者<br>【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               | 年齢：60歳以上(身元引受人兼連帯保証人引受人を立てられる方) |  |      |
| 契約の解除の内容           | 入居者又は事業者から契約解除が行われた場合           |  |      |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                            | 賃料支払義務違反(第11条1項1号) 共益費支払義務違反(第11条1項2号) 生活相談サービス料支払義務違反 |      |

|              |                                 |   |
|--------------|---------------------------------|---|
|              |                                 | (第 11 条 1 項 3 号)<br>使用目的遵守義務違反 (第 11 条 2 項 1 号)<br>禁止行為、制限行為の違反 (第 11 条 2 項 2 号)<br>その他虚偽表明による入居の場合 |
|              | 解約予告期間                          | 相当期間  |
| 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 : 1 泊 6,000 円)<br>2 なし |   |
| 入居定員         |                                 | 24 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（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<br>※1※2 |
|--|----------|----|-----|----------------|
|  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者  | 1        | 1  |     | 1.0            |
| 生活相談員  |          |    |     |                |
| 直接処遇職員   |          |    |     |                |
| 介護職員   | 14       | 6  | 8   | 10.2           |
| 看護職員   |          |    |     |                |
| 機能訓練指導員  |          |    |     |                |
| 計画作成担当者  |          |    |     |                |
| 栄養士  |          |    |     |                |
| 調理員  |          |    |     |                |
| 事務員  | 2        |    | 2   | 0.79           |
| その他職員  | 2        | 1  | 1   | 0.25           |
| 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     | 8  | 4   | 4 |
| 実務者研修の修了者 | 2  | 1   | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 3  |     | 3 |
| 介護支援専門員   | 1  | 1   |   |

**(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 (18時00分～9時00分) |      |                |
|-------------------------|------|----------------|
|                         | 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                    | 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<br>(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※<br><b>【表示事項】</b>       | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|  | 実際の配置比率<br>(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   |     | 介護福祉士     |           |       |     |         |     |         |     |
|                         | 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             | 1        |     |           | 4         |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数             |          |     |           | 3         |       |     |         |     |         |     |
| 応じた職員の数<br>業務に従事した経験年数に | 1年未満     |     |           | 3         |       |     |         |     |         |     |
|                         | 1年以上     |     |           | 1         | 4     |     |         |     |         |     |
|                         | 3年未満     |     |           |           |       |     |         |     |         |     |
|                         | 3年以上     |     |           | 2         | 4     |     |         |     |         |     |
|                         | 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<br>【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<br>【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<br>※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>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<br>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<br>改定                    | 条件                         | 物価変動、人件費上昇等により改定する場合がある。 |
|                                | 手続き                        | 予め周知し、運営懇談会等で協議する。       |

**(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             |      | (定めなし)               | (定めなし)               |
|            | 年齢               |      | 60歳以上                | 60歳以上                |
| 居室の状況      | 床面積              |      | 21.00 m <sup>2</sup> | 18.00 m <sup>2</sup> |
|            | 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               |      | 156,000円             | 150,000円             |
| 月額費用の合計    |                  |      | 214,544円             | 211,544円             |
| 家賃         |                  |      | 78,000円              | 75,000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            | 食費   | 58,644円(税込)          | 58,644円(税込)          |
|            |                  | 管理費  | 30,000円              | 30,000円              |
|            |                  | 介護費用 | (実費)円                | (実費)円                |
|            |                  | 光熱水費 | 10,500円(税込)          | 10,500円(税込)          |
|            |                  | その他  | 37,400円(税込)          | 37,400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サービスであっても、本欄には記入していない）  
 ※3 火災保険料は保険代理店との契約・お支払いとなります。

**(利用料金の算定根拠)**

| 費目   | 算定根拠                                      |
|------|---|
| 家賃   | 施設の建設費、修繕費、地代等を基礎とし、近傍同種の住宅の家賃等を参考に算定した金額 |
| 敷金   | 家賃の 2 ヶ月分                                 |
| 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等                               |
| 食費   | 調理委託費、食材費、人件費等                            |

|                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| 光熱水費                 | 施設内の光熱水費を基礎として1室あたりの金額を算出  |
| 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          | 状況把握・生活相談・生活支援サービスの人件費・事務費 |

**(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          | 2人  |
|       | 女性          | 21人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 0人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 0人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 1人  |
|       | 85歳以上       | 22人 |
| 要介護度  | 自立          | 0人  |
|       | 要支援1        | 2人  |
|       | 要支援2        | 0人  |
|       | 要介護1        | 3人  |
|       | 要介護2        | 10人 |
|       | 要介護3        | 5人  |
|       | 要介護4        | 2人  |
|       | 要介護5        | 1人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 1人  |
|       | 6ヶ月以上 1年未満  | 4人  |
|       | 1年以上 5年未満   | 18人 |
|       | 5年以上 10年未満  | 0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  | 92.8歳 |
| 入居者数の合計   | 23人   |
| 入居率※  | 100%  |
| ※ 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    | 0人 |
|         | 社会福祉施設 | 3人 |
|         | 医療機関   | 0人 |
|         | 死亡     | 1人 |
|         | その他    | 0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 | 3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    | はっぴーらいふ長岡天神 相談窓口 |             |
| 電話番号     | 075-956-2555     |             |
| 対応している時間 | 平日               | 10:00～16:00 |
|          | 土曜               | 10:00～16:00 |
|          | 日曜・祝日            | 10:00～16:00 |
| 定休日      | なし               |             |

#### (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)<br>保険会社名 損保ジャパン<br>保険名 「ウォームハート」<br>保障の概要 業務の結果に起因する身体障害や財物損壊、受託監理財物の損壊、臨時借用自動車の事故、プライバシーの侵害等による人格権障害、身体障害や財物損壊を伴わない経済的損失 |
|                               | 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)   |
|                               | 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    | ご意見等は意見箱にて随時受付 |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>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<br>2 入居希望者に交付<br>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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>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<br>2 入居希望者に交付<br>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  |  |           |
| 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  | 1 あり 2 なし                                    |           |
|                                    | 指針の整備   | 1 あり 2 なし                                    |           |
|                                    | 定期的な研修の実施   | 1 あり 2 なし                                    |           |
|                                    | 担当者の配置  | 1 あり 2 なし                                    |           |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況                | 身体的拘束適正化検討委員会の開催  | 1 あり 2 なし                                    |           |
|                                    | 指針の整備   | 1 あり 2 なし                                    |           |
|                                    | 定期的な研修の実施   | 1 あり 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                            |  |           |
|                                    | 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載 | 1 あり 2 なし |
|                                    | 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   | 1 あり 2 なし                                    |           |
|                                    | 災害に関する業務継続計画  | 1 あり 2 なし                                    |           |
|                                    | 職員に対する周知の実施   | 1 あり 2 なし                                    |           |
|                                    | 定期的な研修の実施   | 1 あり 2 なし                                    |           |
|                                    | 定期的な訓練の実施   | 1 あり 2 なし                                    |           |
|                                    | 定期的な業務継続計画の見直し  | 1 あり 2 なし                                    |           |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                | 1 あり (提携ホーム名： )<br>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<br>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、高齢者の居住の安全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基準指針「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基準指針の不適合事項                |                |                   |
| 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                      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 事業主体が京都府内（京都市内を除く。）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                      |
|------------------------------|----|----|----------|------------------|--------------------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |    |          |                  |                          |
| 訪問介護                         | あり | なし | 併設・隣接    |                  |                          |
| 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    |                  |                          |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |    |          |                  |                          |
| 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    | ハッピースタッフ<br>長岡天神 | 京都府長岡京市長<br>岡 2 丁目 11-13 |
| 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    |                  |                          |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |    |          |                  |                          |
| 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    |                  |                          |
| 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    |                  |                          |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |    |          |                  |                          |
| 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    | ハッピースタッフ<br>長岡天神 | 京都府長岡京市長<br>岡 2 丁目 11-13 |
| 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    |                  |                          |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |    |    |          |                  |                          |
| 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 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 |  |  |
| 通所型サービス           | あり | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 |  |  |
| その他の生活支援サービス      | あり | <input type="checkbox"/> 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

|                    |                  | 個別の利用料で実施するサービス |                                       | 備 考                       |
|--------------------|------------------|-----------------|---------------------------------------|---------------------------|
|                    |                  |                 | 料金※(税込)                               |                           |
| 介護サービス             | 食事介助             | あり              | 3,200円/回                              |                           |
|                    | 排せつ介助・おむつ交換      | あり              | 2,200円/回 2,700円/早朝夜間 2,200円/夜間 2,700円 |                           |
|                    | おむつ代             | あり              |                                       | おむつ等介護消耗品は入居者負担           |
|                    | 入浴(一般浴)介助・清拭     | あり              | 5,100円/回                              |                           |
|                    | 特浴介助             | あり              | 5,100円/回                              |                           |
|                    | 身辺介助(移動・着替え等)    | あり              | 3,200円/回                              |                           |
|                    | 機能訓練             | なし              |                                       |                           |
|                    | 通院介助             | あり              | 1,850円/30分                            | 原則として家族対応。やむを得ない場合のみ施設対応。 |
| 生活サービス             | 居室清掃             | あり              | 2,400円/回                              |                           |
|                    | リネン交換            | あり              | 2,400円/回                              |                           |
|                    | 日常の洗濯            | あり              | 2,400円/回                              |                           |
|                    | 居室配膳・下膳          | あり              | 100円/1食                               | 体調不良等の場合のみ                |
|                    | 入居者の嗜好に応じた特別な食事  | なし              |                                       | 代替食の場合一食につき200円上乗せ        |
|                    | おやつ              | なし              |                                       |                           |
|                    | 理美容サービス          | なし              |                                       |                           |
|                    | 買い物代行            | あり              | 2,400円/回                              | 通常の利用区域に限る                |
|                    | 役所手続き代行          | あり              | 1,850円/30分                            |                           |
| トロミ付け業務(服薬時・水分補給時) | あり               | 2,000円/月        |                                       |                           |
| 金銭・貯金管理            | あり               | 月額900円          | 原則として家族対応。希望者のみ別途契約(有料)               |                           |
| 健康管理サービス           | 定期健康診断           | なし              |                                       |                           |
|                    | 健康相談             | あり              | 無償                                    | 施設で対応可能な範囲は必要に応じて行う。      |
|                    | 生活指導・栄養指導        | あり              | 無償                                    | 施設で対応可能な範囲は必要に応じて行う。      |
|                    | 服薬支援(服薬確認)       | あり              | 無償                                    |                           |
|                    | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | あり              | 無償                                    | (排便、食事量、睡眠状況等)            |
| 入退院サービス            | 移送サービス           | あり              | 1,850円/30分                            | 原則として家族対応。やむを得ない場合のみ施設対応。 |
|                    | 入退院時の同行          | あり              | 1,850円/30分                            | 原則として家族対応。やむを得ない場合のみ施設対応。 |
|                    | 入院中の洗濯物交換・買い物    | あり              | 1,850円/30分                            | 原則として家族対応。やむを得ない場合のみ施設対応。 |
|                    | 入院中の見舞い訪問        | あり              | 1,850円/30分                            | 原則として家族対応。やむを得ない場合のみ施設対応。 |

## 《施設サービスについてのご注意》

※ 施設サービスは入居者の緊急時や病気(慢性的なものを除く)等のやむを得ない場合にサービスを利用された場合の料金となります。

※ 原則として、入浴、排泄、食事介助等の身体介護、掃除、買い物等の生活援助を希望される場合は、原則は訪問介護サービス等の在宅サービスをご利用ください。

※ 安否確認は原則として、毎食事、夜間は2～3時間に1回を目安に行いますが、常時見守りはいたしません。

※ 金銭管理を希望の方は別途契約を締結のうえ対応させていただきます。

※ 通院、入退院時における治療に関する方針等の判断は施設では行えませんので、原則として家族にてご対応ください。