

# 重要事項説明書

海岸通 介護付有料老人ホーム

*Rey Siesta* し ら ゆ り

## レイシエスタしらゆり

特定施設入居者生活介護 及び 介護予防特定施設入居者生活介護 並びに入居契約に関する重要事項説明書

### 1. 事業主体概要

事業主体名	有限会社 ケアサービスしらゆり
代表者名	代表取締役社長 明山 憲司
所在地	神戸市垂水区宮本町 3 番 13 号
設立年月日	平成 8 年 1 月 30 日
他の主な事業	訪問介護事業、介護予防訪問介護事業、 居宅介護・重度訪問介護事業、移動支援事業

### 2. 施設概要

施設名	レイシエスタしらゆり	
所在地・電話番号・FAX 番号	神戸市垂水区海岸通 5 番 67 号 TEL 078-708-3060 FAX 078-707-4643	
ホームページアドレス	<a href="http://www.care-net.biz/28/shirayuri/">http://www.care-net.biz/28/shirayuri/</a>	
交通の手段	J R 垂水駅／山陽垂水駅より 635m 徒歩 8 分	
施設長（施設の管理者）名	若林 理恵	
施設の類型及び表示事項	類型	介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)
	居住の権利形態	利用権方式
	入居時の要件	入居時自立・要支援・要介護
	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所 神戸市指定第 2870801962 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 神戸市指定第 2870801962 号
	事業の開始年月日	平成 18 年 8 月 1 日
	事業所の指定年月日	特定施設 平成 18 年 8 月 1 日 介護予防特定施設 平成 28 年 8 月 1 日
	指定の更新年月日	特定施設 平成 30 年 8 月 1 日
	介護居室区分	相部屋あり (2 人部屋 2 室)
	介護に関わる職員体制	3 : 1 以上

介護保険の指定居宅サービスの種類	特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護
開設年月日	平成 18 年 8 月 1 日
敷地概要（権利関係）	499.48 m <sup>2</sup> （事業主体所有）
敷地が防災上地域指定されている場合の名所及び対策	準防火地域・法令に準拠
建物概要（権利関係）	建築面積 278.84 m <sup>2</sup> 延床面積 986.31 m <sup>2</sup>
	建物の構造 R C 造 4 階建て（事業主体所有）
建築年月日	平成 18 年 3 月 30 日
居室（一般居室・介護居室）、一時介護室の概要	一般居室 5 室 定員 5 名 （27.86 m <sup>2</sup> ～ 30.79 m <sup>2</sup> ） 介護居室 13 室（個室 11 室 2 人部屋 2 室） 定員 15 名 （15.05 m <sup>2</sup> ～ 29.08 m <sup>2</sup> ） 一時介護室 1 室（11.79 m <sup>2</sup> ） ベッド数 1 床
浴室、食堂、機能訓練室の概要	浴室／2F（機械浴室）・3F（一般浴室）・4F（一般浴室） レストラン・談話コーナー（兼用）／1F（27 席） ※食事の時間においては談話コーナーとして利用できないことがあります。食堂・機能訓練室（兼用）／2F・3F
その他の共用設備の概要	理美容コーナー・洗濯室・健康管理室・エレベーター・駐車場
スプリンクラーの設置の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ナースコール等緊急連絡・安否確認	協力医療機関との連携やナースコール設置等で 24 時間対応。安否確認はご本人の状態により定時または随時巡回等により行います。

### 3. 利用料金

(1) 利用料の支払い方式	一時金方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式			
(2) 敷金	300,000 円（家賃の		ヶ月分）			
(3) 月払い方式						
① 単位で支払う利用料						
年齢に応じた金額設定		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
要介護状態に応じた金額設定		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
料金プラン						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃相当額	食費	管理費	光熱水費	介護費用

	個室 2, 3F	188,320円	100,000円	58,320円	30,000円	なし	※
	個室 4F	228,320円	130,000円	58,320円	40,000円	なし	※
	夫婦部屋	311,640円	150,000円	116,640円	45,000円	なし	※
	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
算定根拠	家賃相当額	入居者が終身にわたって居住する居室、その他共用施設等の利用のための費用の月額支払い分。					
	食費	人件費等の諸経費、および食材費に基づく費用。					
	管理費	施設長その他必要な職員を配置して、入居者の日常生活に必要な諸業務を処理するとともに、建物及び付帯設備の維持管理費					
	光熱水費	なし					
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まれない。					
(4)一時金方式・月払い方法共通							
①介護保険サービスの自己負担額							
	内容	※要介護度に応じて介護費用の1割～2割を徴収する。					
②人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）					なし	あり	
	内容						
	利用料	円（月額・日額）					
	算定根拠						
	支払い方法	月単位（日割りの有無あり・なし）					
③利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料							
個別的な選択による生活支援サービス					なし	あり	
	算定根拠	人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。					
(5)料金改定の手続							
・運営懇談会等の意見を聴いて、料金改定することがある。							

費用の納入方式	ホーム指定の金融機関に、口座開設自動引き落とし		
入居時敷金	2F 介護居室	個室 30万円	二人部屋 60万円
	3F 介護居室	個室 30万円	二人部屋 60万円
	4F 一般居室	個室 30万円	
月額利用料			
内	管理費 2.3階	個室 30,000円（税込）	二人部屋 45,000円

訳	管理費 4階	個室 40,000 円 (税込)
	使途	光熱費・事務管理部門の person 費・共用施設の維持管理費等
	食費	月額 (30 日 3 食) 58,320 円 (税込) 朝食 500 円・昼食 500 円・夕食 800 円 おやつ 150 円 ※禁食・代替え食品等別途費用 (税別)
	介護費用 (介護保険に係る利用料を除く)	入居者の個人的な希望及び個別選択的な個別介護サービスの利用料 (介護サービス等一覧表「個別選択によりその都度徴収するサービス」による)
	使途	サービスにかかる実費とサービス提供のための person 費
	光熱水費	管理費に含む
	家賃相当額	2F 介護居室 個室 100,000 円 二人部屋 150,000 円 3F 介護居室 個室 100,000 円 二人部屋 150,000 円 4F 一般居室 個室 130,000 円
	その他	介護用品費は別途実費負担
	改定ルール	入居契約書第 27 条により、事業者は費用の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発する消費者物価指数及び person 費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとします。改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。
	介護保険に係る利用料	介護保険にかかる介護サービスの利用料として、費用の一定割合を負担いただきます。負担額は介護度により異なります。 ※一定以上の所得のある方は、サービスを利用したときの負担が 2 割もしくは 3 割になります。(平成 30 年 8 月より)
	銀行保証の有無及び内容	有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	その他の保全措置の有無及び内容	有 ・ <input type="checkbox"/> 無 入居敷金の金額については、貸借対照上、流動負債とする。
	損害賠償額の予定の定め の有無及び内容	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 (東京海上日動火災保険に加入)
	消費税	入居敷金は非課税。月額利用料は一部税込。
	月額利用額料 (介護費用を除く) に含まれるサービス	食事サービス・生活サービス・健康管理・レクリエーション
	ホームが提供する介護サービスの内容、頻度及び費用負担	別添 介護サービス等の一覧表による
	上記以外の別途費用負担の必要なサービスとその利用料	おむつ代、医療費 (医療保険の自己負担分)、理美容代、日用生活品、電話料金、NHK 受信料、新聞購読料、ボランティア費用 等の実費、(介護サービス一覧表に記載)

4. サービスの内容

(1)施設の運営に関する方針		
<p>垂水区を中心とした自立の方から要介護の方までを対象にし、また認知症の方専用のフロアも設けており、比較的安い料金設定にするなどして幅広いニーズに応えられるような施設としていきます。住み慣れた環境の中で不安な老後をいつまでも安心して生きがいを持った生活が送れるような支援をしていき、我が家のような施設づくりを目指します。</p>		
(2)介護サービスの内容、利用定員等		
①個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	あり
②夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	あり
③医療機関連係加算（介護報酬加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	あり
④看取り介護加算（介護報酬加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	あり
⑤サービス提供体制強化加算（介護報酬加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	あり
⑥介護職員処遇改善加算の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
④人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> なし	あり
⑤利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
⑥協力医療機関の名称	武村内科・黒田医院・いのうえ眼科・池垣クリニック 徳洲会病院	
(協力の内容)	健康相談、健康診断、訪問診療、緊急時対応	
⑦協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
その名称	井上歯科	
(協力の内容)	定期健診・歯科医療面で診察が必要なとき、往診を依頼	
⑧要介護時における居室の住み替えに関する事項		
(ア)要介護時に介護を行う場所		
自室（介護居室）及び共用部（食堂・トイレ・浴室等）		
(イ)入居後に居室を住み替える場合		
(i)一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
一時的に24時間の介護、見守りが必要になった時。		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
一時的に利用する共用施設であり、居室の利用権に変更はない。		
入居一時金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> なし	あり

	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	従前居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	浴室の変更の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	洗面所の変更の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	台所の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	その他の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
	(その内容)		
	(ii) 介護居室へ移る場合		
	判断基準・手続について		
	(その内容)		
	・長期間の介護が必要になり、要介護認定がおりたとき。		
	追加的費用の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	居室利用権の取扱い		
	(その内容)		
	・一般居室の利用権は消滅し、介護居室の利用権を取得する。		
	入居一時金償却の調整の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	従前居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	浴室の変更の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	洗面所の変更の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	台所の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	その他の変更の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	(その内容)		
	一般居室から介護居室への住み替えの場合は室内の仕様が異なる。		
	(iii) その他	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
	判断基準・手続について		
	(その内容)		
	追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
	居室利用権の取扱い		
	(その内容)		
	入居一時金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり

	従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	従前居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	台所の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	その他の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	(その内容)		
⑨施設の入居に関する要件			
	自立している者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	要支援の者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	要介護の者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 60歳以上</li> <li>・ 他の入居者に伝染する疾患がない方</li> <li>・ 自傷、他傷の恐れがなく共同生活が円満にできる方</li> </ul>	
	⑨契約の解除の内容	<p>① 入居者が逝去した場合</p> <p>② 入居者が解約した場合は30日前の予告期間が必要です。</p> <p>③ 事業者が解約した場合90日前の予告期間をおきます。</p> <p>(主な解約理由)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 不正手段の入居</li> <li>・ 利用料、その他の支払いの滞納</li> <li>・ 入居契約書 第20条の禁止行為の違反した時</li> <li>・ サービス提供が困難になった時</li> <li>・ 行動が、他の利用者に迷惑や危険を及ぼし、事業者が相当の努力をしても防ぐことが出来ない時</li> </ul>	
	⑩体験入居の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1泊 10000円 (税別) 3食付 1週間程度</li> </ul> <p>(必要と認められる場合は延長することあり)</p>	
	⑪入居定員	20名	
	⑫その他	<p>* 短期解約特例</p> <p>敷金の償却起算日後90日以内に解約される場合は、入居契約書第45条に基づき、返還します。</p>	



5. 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		
①事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口		
窓口の名称	レイシエスタしらゆり	
電話番号	078-708-3060	
対応している時間	平日	9：00～17：00
	土曜	9：00～17：00
	日曜・祝日	9：00～17：00
定休日等		
②上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等		
窓口の名称	① 兵庫県国民健康保険団体連合会 ② 神戸市保健福祉局高齢福祉部介護指導課 ③ 神戸市消費生活センター	
電話番号	① 078-332-5617 ② 078-322-6326 ③ 078-371-1221	
対応している時間	平日	① 平日8時45分～17時15分
		② 平日8時45分～12時及び13時～17時30分
		③ 平日8時45分～17時30分
定休日等	土日・祝祭日・年末年始	
(6)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損害賠償責任保険の加入状況		
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災保険会社(株)に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体を害したり、入居者の物を壊したりしたため、賠償が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
②その他、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に関すること		
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)
③事故発生時の対応方法について		
(その内容) ・利用者に対する介護予防・特定施設入居者生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 また、利用者に対する介護予防・特定施設入居者生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。		
(7)サービスの提供内容に関する特色等		
(その内容) ・一律的でない自由意志に基づいた暮らしを送って頂けるような介護サービス		

(8)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				
①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				
なし	あり	実施した年月日		
		当該結果の開示状況	なし	あり
②第三者による評価の実施状況				
なし	あり	実施した年月日		
		実施した評価機関の名称		
		当該結果の開示状況	なし	あり

## 6. 介護を行う場所

要介護時（認知症を含む）に介護を行う場所	軽度の介護については、入居されている一般居室において介護します。
入居後に居室又は施設を移る場合	
介護居室へ移る場合 （判断基準・手続き、費用の追加・調整の要否、居室利用権の取扱、占有面積の変化等）	長期間の介護が必要となった場合は、一定の観察期間をおき、医師の意見を踏まえ、本人等の同意を求め介護居室で介護します。介護費用は、介護保険給付対象となりますので、利用料の一～三割負担が必要となります。この場合、一般居室の利用権は消滅し、介護居室の利用権を取得します。
他のホームへ移る場合（同上）	本人の意思を確認し入居契約における身元引受人の意見を聴いた上、他のホームへ移って頂く。この場合、解約時と同じく返還金の計算を行います。

## 7. 医療・健康管理

### (1) 協力医療機関等の概要

協力医療機関(又は嘱託医)の名称及び診療科目	神戸徳洲会病院（内科・消化器科・循環器科・心臓血管外科・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・婦人科・耳鼻咽喉科・眼科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科）、武村内科（内科）井上歯科医院（歯科）、黒田医院（内科）、いのうえ眼科（眼科）、池垣クリニック（内科）
------------------------	---

注）協力医療機関だからといって、優先的に治療を受けられたり、入院できるわけではありません。

### (2) 医療・機能訓練・健康管理サービスの概要

内容	回数	サービス提供主体	費用負担
●健康管理 健康診断 健康相談	1回／年 随時	嘱託医 看護師	医療保険で支給される以外の費用は入居者負担

栄養指導 ●医療 居室への往診 ●機能訓練 自立の場合 要介護者等	随時  1～2回/月  随時 随時	嘱託医  嘱託医  看護師 看護師	
●関連サービス 通院時の移送 入院時の移送 薬の受取代行 ●その他	随時 随時 随時	直接処遇職員 ホーム職員	1時間 2,100円

(3) 緊急に医療が必要になった場合の対応

協力医療機関の神戸徳洲会病院に連絡をとり、入院が必要な場合は速やかに手続きをとる。  
 また、その他の協力医療機関とも連携をとり、対処する。

8. 入居者の状況等

(入居者の人数)

入居者数及び定員	9人（定員20人） 令和3年7月1日現在			
性別	男性 0人 女性 9人			
年齢別	65歳以上	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	8人
要介護度別	自立	0人	要支援1	2人
	要支援2	2人	要介護1	1人
	要介護2	0人	要介護3	1人
	要介護4	1人	要介護5	2人
入居期間別	6か月未満	1人	6か月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	3人	5年以上 10年未満	4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	88.6歳	男性一歳	女性88.6歳
入居率	45%		

※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	社会福祉施設	医療機関	死亡者	その他
	0人	0人	0人	3人	0人
生前解約の人数	施設側の申し出	0人	(解約事由の例)		
	入居者側の申し出	0人	(解約事由の例)		
運営懇談会の開催状況 (開催回数、主な議題等)	年に2回 入居者、サービス提供者の状況、管理費、食費の収支等の内容、等				

## 9. 職員体制

(1) 職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
① 有料老人ホーム・特定施設入所生活介護の提供に当たる人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長		1			1	1.0
生活相談員		2			2	2.0
看護職員		1		1	2	1.4
介護職員	3	1	6	1	11	7
機能訓練指導員		1		1	2	1.4
計画作成担当者		1			1	1.0
栄養士	外部委託					
調理員		1		1	2	1.6
事務員		2		1	3	2.5
その他従業者			2		2	0.7
② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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。						
③ 従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	2					
介護職員基礎研修	1			1		

訪問介護員 1 級						
2 級			4			
3 級						
介護支援専門員		1	1	1		
④従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師		1		1		
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
⑤夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均人数 18 時～翌朝 9 時		最小時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0名		0名			
介護職員	1名		1名			
⑥管理者の他の職務との兼務の有無						
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称			
⑦特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合				112% 1.12: 1		
(2) 従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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	1	1		
前年度1年間の退職者数		1		2		
業務に従事した経験年数	看護職員		介護職員		生活相談員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1年未満の者の人数					1	
1年以上3年未満の者の人数			1			
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数				1		

10年以上の者の人数	1	1	2	5	1	
	機能訓練指導員			計画作成担当者		
	常勤	非常勤		常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数		1				
前年度1年間の退職者数		1				
業務に従事した経験年数	/			/		
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数	1	1		1		
(3)従業者の健康診断の実施状況				なし		あり

10. 施設、設備等の状況

①建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			なし	あり
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物			なし	あり
②居室の状況	区分		室数	人数	1の居室の床面積
	一般居室 個室	あり なし	5室	5名	27.89㎡ ~30.79㎡
	一般居室 相部屋	あり なし			㎡
	介護居室 個室	あり なし	11 室	11名	15.05㎡ ~18.49㎡
	介護居室 相部屋・夫婦 部屋	あり なし	1室 1室	2名 2名	26.20㎡ ~29.08㎡
	一時介護室	あり なし	1室	1名	11.79㎡ ㎡
	③共用便所の 設置数	2	うち男女別の対応が可能な数		0
うち車椅子等の対応が可能な数			2		
④個室の便所の設 置数	12	個室における便所の設置割合		定員20名に対し 60%	

		うち車椅子等の対応が可能な数			7
⑤浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
		3	0	1	0
その他、浴室の設備に関する事項					
⑥食堂の設備状況	1階大食堂				63.92㎡
	2階ダイルーム				40.57㎡
	2階機能訓練室				32.26㎡
	3階ダイルーム				30.36㎡
	3階機能訓練室				37.51㎡
入居者等が調理を行う設備状況			なし	あり	
⑦その他、共用施設の設備状況					
なし	あり	(その内容) 理美容室、医務室、駐車場			
⑧バリアフリーの対応状況					
(その内容) ・居室、廊下、トイレ、浴室等段差なし ・廊下、浴室等に手すり設置 ・エレベーター設置					
⑨緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり	
⑩外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり	
⑪テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	各居室にあり	
⑫施設の敷地に関する事項					
敷地の面積			499.48㎡		
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり	
抵当権の設定			なし	あり	
貸借(借地)					
なし	あり	契約期間	始	終	
契約の自動更新				なし	あり
⑬施設の建物に関する事項					
建物の構造			鉄筋コンクリート造・4階建		
建物の延床面積			986.31㎡		
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり	
抵当権の設定			なし	あり	
貸借(借家)					
なし	あり	契約期間	始	終	
契約の自動更新				なし	あり

11. 入居・退去等

入居者の条件	自立・要介護者、要支援者、身元引受人のある方	
身元引受人等の条件、義務等	入居者の緊急時に連絡の取れる方 入居者の連帯保証、身柄引取り	
契約の解除	契約書第 28 条 (契約の終了)	1. 入居者が死亡したとき（入居者が 2 名の場合は両者とも死亡したとき） 2. 事業者の契約解除に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき 3. 入居者からの解約に基づき解約をおこなったとき
	契約書第 29 条 (事業者からの契約解除)	1. 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。 ①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ② 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ③ 第 20 条（契約書に記載）（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき ④ 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する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 2. 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。 ①契約解除の通告について 180 日の予告期間をおく（ただし、他の入居者の生命に危害を及ぼすなど重大な場合に限り予告なく解除することもあります） ②前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける ③解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者関係機関と協議し、移転先の確保について協力する 3. 本条第 1 項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います ①医師の意見を聴く      ②一定の観察期間をおく
	契約書第 30 条	1. 入居者は、事業者に対して、少なくとも 30 日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。 2. 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して 30 日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。
体験入居	一般居室      原則として 1 週間      まで 介護居室      原則として 10 日      まで      （延長する場合あり） 1 日 10,000 円      1 泊 3 食付      （税別）	



12. その他

運営懇談会の開催状況 (開催回数、主な議題等)	年に2回 入居者、サービス提供者の状況、管理費、食費の収支等の内容、等		
(1) 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"/>	<input type="checkbox"/>	なし
(2) 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項			
	<input checked="" type="checkbox"/>		
	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容)	

13. の開示の状況

重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	財務諸表の閲覧	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

添付書類：「介護サービス等の一覧表

13. 個人情報使用の取り扱いについて

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲で 使用することに同意いたします。

1. 使用する目的

- (1) 事業者が介護保険法に関する法令に従い、私のサービス計画に基づくサービスなどを円滑に実施するために行うサービス担当者会議などにおいて必要な場合。
- (2) 私が入院など医療機関を受診するときに、当該医療機関に対して個人情報を使用する場合。
- (3) 事業者が、契約終了によって、私を他の施設へ紹介するなどの援助を行う際に、必要な個人情報を使用する場合。
- (4) 介護保険施設などにおいて行われる研修生、実習生、学生への教育。
- (5) 行政からの調査、外部機関による施設評価、学会や出版物などで個人名が特定されない形で報告する場合。

2. 使用するにあたっての条件

(1) 個人情報の提供は1に記載する目的の範囲で必要最小限にとどめ、情報提供の際には、関係者以外に決して漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。

(2) 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容などについて記載しておくこと。

3. 個人情報の内容 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況その他一切の利用者や家族に関する情報。
4. 同意しなかった場合の不都合 サービス調整ができず、一体的なサービス提供ができないなどの不都合が生じる。

5. 使用する期間 申込み日より契約終了日まで

本契約書及び個人情報取り扱いについて、同意いたします。

説明年月日 令和 年 月 日

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

入居者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護費、各種一時金月額の利用料等で、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				
食事介助	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	実費 週3回以上 1,575円/回  タクシー代 等実費
排泄介助・おむつ交換	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
おむつ代	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
特浴介助	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
身辺介助（移動・着替え等）	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
機能訓練	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
通院介助（協力医療機関）	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
通院介助（協力医療機関以外）	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
生活サービス				
居室清掃	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	実費 実費 実費 実費 実費 実費
リネン交換	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
日常の洗濯	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
居室配膳・下膳	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
おやつ	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
理美容師による理美容サービス	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
買い物代行（通常の利用区域）	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
買い物代行（上記以外の区域）	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
役所手続き代行	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
金銭・貯金管理	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
健康管理サービス				
定期健康診断	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	実費
健康相談	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
生活指導・栄養指導	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
服薬支援	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	タクシー代
入退院時の同行（協力医療機関）	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	

入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	等実費
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	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	なし	あり	

介護保険費用負担について 令和3年4月1日より

介護保険法に定める「介護予防特定入居者生活介護」及び「特定施設入居者生活介護」サービスを受けるにいたった場合の利用自己負担金は、以下の目安になります。（参考）神戸市4級地の1か月30日で計算

※令和3年4月から介護報酬が改訂され、利用者負担額も一部見直されます。

※利用者負担額（介護保険適用1割負担の場合）算出方法

例) 要介護1

利用料金総額＝利用単位数×地域区分率（神戸市4級地 10.54）

16,140 単位数×10.54＝170,154（小数点以下切り捨て）

利用者負担額＝利用料金総額の1割負担

170,154×1割＝17,012（小数点以下切り上げ）

処遇加算・・・1か月単位数の8.2%

16,140×8.2%＝1,323（小数点以下四捨五入）

1,323×10.54＝13,944（小数点以下切り捨て）

13,944×1割＝1,395円（小数点以下切り上げ）

※合計 17,012円 + 1,395円 = 18,407円

要介護度	(利用料金の1割)		
	利用者負担額	処遇改善1	合計
要支援1	5,755円	473円	6,228円
要支援2	9,834円	807円	10,641円
要介護1	17,012円	1,395円	18,407円
要介護2	19,099円	1,567円	20,666円
要介護3	21,312円	1,748円	23,060円
要介護4	23,336円	1,913円	25,249円
要介護5	25,518円	2,093円	27,611円