

## 重要事項説明書

記入年月日	平成29年1月1日
記入者名	岩城 徹哉
所属・職名	施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) (か) きょうとみぶえん 株式会社 京都壬生苑	
主たる事務所の所在地	〒604-8821 京都市中京区壬生柳ノ宮町31番地	
連絡先	電話番号	075-823-3366
	FAX番号	075-822-7676
	ホームページアドレス	http://www.wellage-mibu.com
代表者	氏名	松浦俊海
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2年 4月 20日	
主な実施事業	有料老人ホーム事業 ※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) うえるえいじみぶ ウェルエイジみぶ	
所在地	〒604-8821 京都市中京区壬生榎ノ宮町31番地	
主な利用交通手段	最寄駅	①阪急京都線「大宮」駅 ②市バス「壬生寺道」停留所
	交通手段と所要時間	①阪急利用の場合 ・「大宮」駅下車で徒歩8分(630m) ②市バス利用の場合 ・「壬生寺道」停留所下車で徒歩3分(240m)
連絡先	電話番号	075-823-3366
	FAX番号	075-822-7676
	ホームページアドレス	http://www.wellage-mibu.com
管理者	氏名	岩城徹哉
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 4年 3月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 4年 5月 1日

### (類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	京都市指定第2670300132号
	指定した自治体名	京都市
	事業所の指定日	平成 12年 4月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成 26年 4月 1日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	2, 998. 11 m <sup>2</sup>				
	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				
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (平成24年12月3日～平成29年12月3日) 2 なし			
契約の自動更新	1 あり 2 なし					
建物	延床面積	全体	6, 006. 29 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	4, 934. 53 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物 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 3 木造 4 その他 ( )				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
契約期間		1 あり (平成24年12月3日～平成29年12月3日) 2 なし				
契約の自動更新	1 あり 2 なし					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最大	人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1 (A)	有/無	有/無	39.30 m <sup>2</sup>	35	一般居室個室
	タイプ2 (A')	有/無	有/無	39.30 m <sup>2</sup>	10	一般居室個室
	タイプ3 (C)	有/無	有/無	55.25 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
	タイプ4 (D)	有/無	有/無	49.37 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ5 (E)	有/無	有/無	45.03 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室

	タイプ6 (F)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	39.41 m <sup>2</sup>	3	一般居室個室
	タイプ7 (G)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	36.39 m <sup>2</sup>	3	一般居室個室
	タイプ8 (H)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	34.73 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ9 (I)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	78.60 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ10	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
※「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	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	62ヶ所	個室	60ヶ所		
			大浴場	2ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
			その他 ( )	0ヶ所		
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)		
	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	<input type="checkbox"/> 4	なし		
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
その他	ロビー、多目的ホール、娯楽室、トランクルーム、ゲストルーム、和室等					

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	<p>&lt;経営理念&gt;</p> <p>福祉の精神をもって、自治の精神の許、法令順守の徹底を図り、自由な発想と創意工夫により、ニーズに合ったサービスを提供し、健全で</p>
----------	---

	開かれた事業運営を行います。
サービスの提供内容に関する特色	当苑の看護・介護職員が終身にわたってケアを行い、個別の外出など各種レクリエーションも企画・実施し、充実したシニアライフをサポートいたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    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    2 委託    3 なし
生活相談サービス	<input checked="" 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	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅱ)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2 : 1 以上	
	2 なし		

**(医療連携の内容)**

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
		<input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 (入院時のお見舞い、洗濯物の交換等)	
協力医療機関	1	名称	医療法人財団 康生会 武田病院
		住所	京都市下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町

			841-5 ホームから約2.5km
		診療科目	総合内科・小児科、神経内科、外科、整形外科・皮膚科・泌尿器科、眼科ほか
		協力内容	①医療法人財団 康生会 武田病院 京都壬生苑 診療所（内科、神経内科、整形外科）のホーム内開業（平日午前中） ②武田病院健診センターによる年1回の健康診断と人間ドックの実施 （医療費その他の費用は入居者の自己負担）
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	斉藤歯科医院
		住所	京都市中京区壬生賀陽御所町3-1 京都幸ビル3F ホームから300m
		協力内容	定期往診（第2、第4月曜日午後、施設に往診）並びに症状により臨時往診を実施しています。（医療費その他の費用は入居者の自己負担）

**（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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）
判断基準の内容	退院や日常生活上で一時的に介護を要する場合に、一時介護室に移る場合があります。
手続きの内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームが指定する医師の意見を聴きます</li> <li>・入居者の意思を確認します</li> <li>・入居者の身元引受人の意見を聴きます</li> </ul>
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い	一時介護室で介護を行う場合の費用は当初の入居一時金及び月額利用料に含まれており、追加の費用は必要ありません。この場合、一般居室の利用権は継続します。
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との	面積の増減
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし

仕様の変更	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	(変更内容) 室内全体の仕様が異なる
		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	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"> <li>・満60才以上の方。</li> <li>・夫婦で入居の場合はどちらかが満60才以上、夫婦以外で二人入居の場合は二人とも満60才以上の方。</li> <li>・当苑の入居時審査の結果承認を得た方。</li> <li>・健康保険及び介護保険に加入されている方。</li> </ul>		
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者が逝去された場合</li> <li>・入居者が解約した場合</li> <li>・事業者が解除した場合</li> </ul>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者が解除を通告し、予告期間が満了したとき</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・入居契約書第20条の規定（禁止又は制限される行動）に違反したとき</li> <li>・入居者の行動が、他の入居者又は従業者の生命に危害を及ぼし、又は、その危害に切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき、等（その他は入居契約書参照）。</li> </ul>	
	解約予告期間	90日	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居の内容	1 あり (内容：7,560円 朝・夕食付、消費税含む)		
	2 なし		

入居定員	75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 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1
生活相談員	1	1 (*1)	0	0.4
直接処遇職員				
介護職員	11	5	6	9.1 (うち自立 0.4)
看護職員	9	2 (*1)	7	5.2 うち 自立 0.7 診療所 0.7
機能訓練指導員	2	1 (*1)	2	1.0
計画作成担当者	1	1 (*1)	0	0.3
栄養士				(外部委託)
調理員				(外部委託)
事務員	6	1	5 (*2)	3.0
その他職員	4		4 (*2)	2.7
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。 (\* )は兼任
- ※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	9	5	4
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2		2
介護支援専門員			

**(資格を有している機能訓練指導員の人数)**

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師	1	1	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士		1	
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 (16時45分～8時45分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	0人
介護職員	0人	0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	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
---------------------------	-----------------------	--------------------------

員の割合 (一般型特定施設以外の場 合、本欄は省略可能)		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)	1.9 : 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称									
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	2						
前年度1年間の 退職者数		3	2	1						
業務に従事した 経験年数に応じ た職員の人 数	1年未満			2						
	1年以上 3年未満							1		
	3年以上 5年未満			1	1					
	5年以上 10年未満			2	1					
	10年以上	2 (*1)	7	2	2	1 (*1)		1 (*1)	1	1 (*1)
	従業者の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり		2 なし						

## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式		
	<input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式		
	<input type="checkbox"/> 3 月払い方式		
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
利用料金の改定	条件	地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する。	
	手続き	入居契約書に定める運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する。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	自立	自立
	年齢	70歳	70歳
居室の状況	床面積	39.30 m <sup>2</sup>	78.60 m <sup>2</sup>
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	・入居一時金（家賃相当額） 33,890,000円 ・介護等一時金 5,670,000円	・入居一時金（家賃相当額） 58,820,000円 ・介護等一時金 5,670,000円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		160,710円	160,710円

		+光熱水費	+光熱水費	
家賃		0円	0円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	0円	0円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	63,510円	63,510円
		管理費	97,200円	97,200円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	実費	実費
その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有		

※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）

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
家賃	<p>目的施設（居室及び共用施設）を終身にわたって利用するため、土地・建物の賃借料、修繕費、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照のうえ、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額、及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用</p> <p>*二人入居の場合 追加入居金495万円が必要</p> <p>*入居一時金の85%を180ヶ月で均等償却</p>
敷金	家賃の ヶ月分
介護費用	<p>①要介護者への人員過配置サービス費            内容:費用算定時の長期推計に基き要介護者2人に対し週40時間換算で介護、看護職員を1人以上配置するための費用として受領する。介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして、合理的な積算根拠に基づく。            利用料:入居者1人あたり313,2万円の85%を180ヶ月で均等償却する。</p> <p>②要介護者への個別選択サービス費            内容:費用算定時の長期推計に基き要介護等の認定を受けている方の個別的な選択による介護サービスの費用として受領する。            利用料:入居時1人あたり27万円の85%を180ヶ月で均等償却</p> <p>③要介護者以外への入居者への生活支援サービス費            費用算定時の長期推計に基き、自立者に対し一時的な介護、看護職員を配置するための費用として受領する。            利用料:入居時1人あたり226,8万円の85%を180ヶ月で均等</p>

	償却 *消費税含む ※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・設備の維持管理費、健康管理部門、事務管理部門、介護・看護部門、フロント・日常業務等に係る人件費、事務用品費、什器備品費、通信費、健康増進事業費、外注委託費（共用部の清掃費、ゴミ収集作業費、植栽管理費等）
食費	63,510円（30日間1日3食を喫食した場合） 1日3食2,117円（朝443円 昼648円 夕1,026円） 月末に喫食数を集計し、次月20日に管理費と一緒に引き落す。 *消費税含む
光熱水費	上下水道使用料:月末に各居室ごとのメーター検針をし、使用料（2ヶ月毎）を管理費と一緒に引き落す。 給湯使用料:月末に各居室ごとのメーター検針をし、使用料（毎月）を管理費と一緒に引き落す。 電話:基本料と使用料を管理費と一緒に引き落す。 電気・TV放送受信料:関西電力、NHKと直接契約の上実費負担。
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	

**（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	基本報酬及び前掲の加算の利用者負担分
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）	（前掲）
※ 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	（家賃）老人福祉法令等により公益社団法人全国有料老人ホーム協会の試算プログラムによる （介護費用）要介護者への手厚い介護や要介護者以外への生活支援を提供するための人員配置費用
想定居住期間（償却年月数）	180ヶ月

償却の開始日		入居日の翌日
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）		（プラン1） 5, 934, 000円 （プラン2） 9, 673, 500円
初期償却率		15%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<p>受領済みの一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係わる利用料を下記計算式で受領する。</p> <p>1日当たりの施設の利用料 = (入居一時金 × 85%) ÷ 180ヶ月 ÷ 30日</p> <p>1日当たりの介護保険給付対象外費用 = (介護費用の一時金 × 85%) ÷ 180ヶ月 ÷ 30日</p> <p>*月払い利用料については日割計算を行う。</p> <p>*必要な原状回復費用があれば受領する。</p>
	入居後3月を超えた契約終了	<p>返還金 = (入居一時金 × 85%) ÷ 180ヶ月の実日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの実日数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>返還金は無利息。</li> <li>入居期間が償却期間を超える場合は、返還金はなくなりますが、追加入居金は不要。</li> <li>分割払いの場合、返還金から未払込の金額を差し引きます。</li> </ul> <p>*介護費用の一時金の返還金は下記計算式により返還。介護費用の一時金の15%を初期償却し、残金85%分を180ヶ月で均等償却。</p> <p>返還金 = (入居一時金 × 85%) ÷ 180ヶ月の実日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの実日数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>返還金は無利息</li> <li>入居期間が償却期間を超える場合は、返還金はなくなりますが、追加入居金は不要。</li> </ul> <p>分割払いの場合、返還金から未払込の金額を差し引きます。</p>

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	13人
	女性	47人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	17人
	85歳以上	39人
要介護度別	自立	30人
	要支援1	5人
	要支援2	3人
	要介護1	6人
	要介護2	6人
	要介護3	2人
	要介護4	3人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	2人
	1年以上 5年未満	21人
	5年以上 10年未満	8人
	10年以上 15年未満	14人
	15年以上	13人

### （入居者の属性）

平均年齢	85.3歳
入居者数の合計	60人
入居率※	95.0%
※ 契約済居室数（57室）を総居室数（60室）で除して得られた割合。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡者		2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。

窓口の名称		「ウエルエイジみぶ」 フロント・事務所	
電話番号		075-823-3366	
対応している時間	平日	9時～17時	
	土曜	9時～17時	
	日曜・祝日	9時～17時	
定休日		なし	

窓口の名称		(公社) 全国有料老人ホーム協会	京都府社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会
電話番号		03-3272-3781	075-252-2152
対応している時間	平日	10時～17時	9時～17時
	土曜	—	—
	日曜・祝日	—	—
定休日		土日・祝祭日・年末年始等	土日・祝祭日・年末年始等



京都市介護保険課	京都市中京区役所（福祉部）	京都府国民健康保険団体連合 会介護相談係
075-213-5871	075-213-0061	075-354-9090
8時30分～17時	8時30分～17時	9時～17時
—	—	—
—	—	—
土日・祝祭日・年末年始等	土日・祝祭日・年末年始等	土日・祝祭日・年末年始等

**(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)「有料老人ホーム賠償責任 保険」(施設・生産物・受託物)
	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)ヒヤリハット及び事故発 生対応要領
	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	平成23年12月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
第三者による評価の実施状 況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成24年2月24日
		評価機関名称	(公社)全国有料老人ホーム協会の有 料老人ホームプログラム 機関名:福祉経営ネットワーク
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	2 なし		

**9. 入居希望者への事前の情報開示**

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開

	<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 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 type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<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 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	随時
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<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		
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合	<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)	

性	3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	ウエルエイ ジみぶ	京都市中京区壬生椰ノ宮 町 3 1
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	ウエルエイ ジみぶ	京都市中京区壬生椰ノ宮 町 3 1
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

## 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		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 介護等一時 金	都度※2	料金※3	備 考 *：自立者へは「介護等一時 金」で 提供する一時的介護サービス		
介護サービス										
食事介助	なし	あり	なし	あり	○					* 必要に応じ実施
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○					* 必要に応じ実施
おむつ代			なし	あり		○				実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○					* 必要に応じ実施
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○					* 必要に応じ実施
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○					* 必要に応じ実施
機能訓練	なし	あり	なし	あり						状況により機能訓練指導
通院介助	なし	あり	なし	あり	○					* 医師の指示がある場合実施
生活サービス										
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	○	400円/30分			ケアプランにより週2回まで実施 * 必要に応じ実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○	400円/30分			ケアプランにより週1回まで実施 * 必要に応じ実施
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○	400円/30分			ケアプランにより週2回まで実施 * 必要に応じ実施
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○	○	400円/30分			ケアプランにより週7回まで実施 * 必要に応じ実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり						
おやつ			なし	あり						要介護者分は施設にて負担
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○				実費負担 1回/月訪問美容あり
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	○	400円/30分			* 必要に応じ実施
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	○	400円/30分			* 必要に応じ実施
金銭・貯金管理			なし	あり						実施していない

	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 介護等一時 金		都度※2	料金※3	備考 *：自立者へは「介護等一時金」で提供する一時的介護サービス
			なし	あり	なし	あり					
健康管理サービス											
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/>						年2回（健康診断、人間ドッグ）施設負担	
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり							
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり							
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○	○	400円/30分			*必要に応じ実施	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○	○	400円/30分			*必要に応じ実施	
入退院時・入院中のサービス											
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり						実施していない	
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○					適宜実施	
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○					週2回程度	
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○					週2回程度	

※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、月額の利用料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。