

ローズライフ京都

特定施設入居者生活介護利用契約

重要事項説明書

記入年月日	2025年4月1日
記入者名	山田 久雄
所属・職名	支配人

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) あるそつくじょいらいふかぶしきがいしゃ ALSOKジョイライフ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒530-0047 大阪府大阪市北区西天満4丁目14番3号 リゾートトラスト御堂筋ビル17F	
連絡先	電話番号	06-6360-6369
	FAX番号	06-6360-6368
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	https://joylife.alsok.co.jp/
代表者	氏名	遠藤 嘉裕
	職名	代表取締役
設立年月日	2000年10月6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) 介護保険事業	

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) ろーずらいふきょうと ローズライフ京都	
所在地	〒604-8845 京都市中京区壬生東高田町1番地の23	
主な利用交通手段	最寄駅	阪急京都線・京福嵐山線「西院」駅、 JR嵯峨野線「丹波口」駅
	交通手段と所要時間	①電車利用の場合、阪急京都線・京福嵐山線「西院」駅、JR嵯峨野線「丹波口」駅より、それぞれ徒歩約10分(約800m) ②バス利用の場合、京都市バス「市立病院前」バス停より、徒歩3分(約240m)
連絡先	電話番号	075-323-0321
	FAX番号	075-323-0327
	メールアドレス	rosekyoto@joylife.alsok.co.jp
	ホームページアドレス	https://joylife.alsok.co.jp/
管理者	氏名	西出 麻哉
	職名	副支配人
建物の竣工日		2014年10月31日
有料老人ホーム事業の開始日		2014年11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2670301528号
	指定した自治体名	京都市
	事業所の指定日	令和7年4月1日
	指定の更新日(直近)	令和7年4月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,538.09 m ²				
	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・定期賃借）				
		抵当権の有無	1	あり	2	なし
		契約期間	1	あり	(年 月 日～年 月 日)	
	2	なし				
	契約の自動更新	1	あり	2	なし	
建物	延床面積	全体				5,066.97 m ²
		うち、老人ホーム部分				5,066.97 m ²
	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（普通賃借・定期賃借）						
抵当権の設定		1	あり	2	なし	
契約期間		1	あり	(年 月 日～年 月 日)		
		2	なし			
	契約の自動更新	1	あり	2	なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者居室を含む）				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1 (Aタイプ)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	20.04～21.27 m ²	7 8	介護居室個室
	タイプ2 (Sタイプ)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	42.07～42.41 m ²	3	介護居室個室 ※夫婦等の二人入居可能
	タイプ3 (Sタイプ)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無 シャワーブ ースあり	42.10～42.64 m ²	8	介護居室個室 ※夫婦等の二人入居可能

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

共用施設	共用便所における 便房	8ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	8ヶ所
	共用浴室	10ヶ所	個室	10ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	10ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	6ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（ 個浴 ）	4ヶ所
食堂	1 あり 2 なし	※各階(2～6階)のリビング・ダイニングにおいて食事提供。		
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 あり 2 なし			
エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし			
消防用設備 等	消火器	1 あり 2 なし		
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし		
	火災通報設備	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	便所	浴室	その他（ ）
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり
	2 一部あり 3 なし	2 一部あり 3 なし	2 一部あり 3 なし	2 一部あり 3 なし
その他	機能訓練室 1階に1か所 (48.34㎡)			

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢社会に適応した安全、安心の住環境と、心身ともに健康で文化的な生活への快適なサービスを提供します。 ・人権尊重を基本理念とし、施設にかかわるすべての人を大切に、公正で中立な事業運営を行います。 ・個人の尊厳とプライバシーを守り、個人情報の保護、権利擁護への取り組みを行います。
----------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自立支援と自己決定をもとに、個別のケアプランに基づく、適切なサービス提供を行います。 ・ 医療機関との連携を行うとともに、医療と介護の協力体制を確立します。 ・ 企業の社会的責任に基づき、法令遵守による施設運営と情報公開を行います。 ・ 安定的かつ継続的な運営を行うため、事業運営と財務状況の健全性を保ちます。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・ ホームにおいて、入居者が安全かつ安心して主体的に生活できるよう、次のような状況把握・生活相談サービスを行います。 <ul style="list-style-type: none"> ①日常生活のなかで対応できる安否確認、声かけ、緊急通報等による状況把握サービス ②一般的に対応や照会ができる相談や助言の生活相談サービス 支配人以下、ホームの職員はいつでも入居者やご家族の相談を承ります。 また、専門的な相談には、医師・弁護士・税理士その他、適切な専門家をご依頼に応じて紹介します。 ただし、専門家への相談費用等は別途、自己負担となります。 ・ 高齢者が「安心」して暮らせる「住まい」の提供を目的に、医療連携と看護職員の24時間配置（満室時）により療養生活や緊急時の対応を行うとともに、介護保険（一般型特定施設入居者生活介護）の人員基準の2倍以上の手厚い介護体制を整え、家庭的な雰囲気の中、フロアごとのグループで、安心して落ち着いた暮らしを過ごしていただけるよう、入居者の生活リズムに合わせたケアを行います。 ・ 個性豊かに、その方らしい生活を過ごしていただけるよう、ラウンジ、多目的ホール、機能訓練室、リビング・ダイニング、ファミリールーム、足湯、ヘアサロンなど、ホーム内に充実した共用スペースを備え、健康管理、食事、生活支援、アクティビティ（趣味・イベント等の活動）などの多彩なサービスを提供し、心身の健康と、潤いある豊かな生活をサポートします。 ・ 檜風呂の浴槽での入浴、買い物や行楽などの外出、季節ごとの行事やアクティビティ、趣味クラブなど、より質の高いサービスを提供し、華やかで、いきいきとした日常生活を

	<p>お楽しみいただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「入居されている方の声に、しっかりと耳を傾ける」ことをサービスの基本姿勢とし、お客さまのご要望を取り入れながら、ホームの運営やサービスの改善に努めます。 		
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	2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input 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

<p>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</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>	入居継続支援加算	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算（※1）	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算（※2）		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
退去時情報提供加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
看取り介護加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 2 なし
高齢者施設等感染対策向上加算		(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
新興感染症等施設療養費			1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
生産性向上推進体制加算		(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
サービス提供体制強化加算		(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
介護職員等処遇改善加算		(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅳ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅴ) (1)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅴ) (2)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅴ) (3)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅴ) (4)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅴ) (5)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅴ) (6)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅴ) (7)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅴ) (8)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅴ) (9)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅴ) (10)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅴ) (11)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ) (12)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	(Ⅴ) (13)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	(Ⅴ) (14)	1 あり <input 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 type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 1. 5 : 1以上	
	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 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	一般財団法人京都地域医療学際研究所「がくさい病院」	
		住所	京都市中京区壬生東高田町1番9	
		診療科目	内科、整形外科、神経内科、心療内科、皮膚科、リハビリテーション科 他	
		協力科目	整形外科	
		協力内容	①嘱託医の派遣、②定期健康診断の実施、③対応可能な外来診療	
			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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
	2	名称	医療法人回生会「京都回生病院」	
		住所	京都市下京区松原通七本松西入	
		診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、外科、整形外科、脳神経外科、消化器外科、皮膚科、泌尿器科、肛門外科、眼科、リハビリテーション科 他	
		協力科目	同上	
		協力内容	①協力医療機関の診療科目における入居者の受診、治療、ならびに入院加療の支援、②緊急時その他、必要な場合のホームからの連絡への対応（診断、治療を含む）、③専門医及び医療機関等の二次搬送先の紹介	
			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	
	3	名称	医療法人島津医院	
住所		京都市中京区壬生東高田町31番地		
診療科目		内科・アレルギー科・呼吸器科・小児科		
協力科目		内科・アレルギー科・呼吸器科		
協力内容		①協力医療機関の診療科目における入居者の受診、治療、ならびに入院加療の支援、②緊急時その他、必要な場合のホー		

			ムからの連絡への対応（診断、治療を含む）、③専門医及び医療機関等の二次搬送先の紹介		
			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	
	4	名称	医療法人啓誠会「谷口医院」		
		住所	京都市中京区壬生桜町14番地の1		
		診療科目	内科・循環器内科		
		協力科目	同上		
協力内容		①協力医療機関の診療科目における入居者の受診、治療、ならびに入院加療の支援、②緊急時その他、必要な場合のホームからの連絡への対応（診断、治療を含む）、③専門医及び医療機関等の二次搬送先の紹介			
		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	医療法人社団佳永会 堀川歯科クリニック		
		住所	京都市上京区堀川通り寺之内下ル芝之町511番地		
		協力内容	①歯科における入居者の受診、治療、服薬等、②入居者の歯科に関する症状悪化、その他必要な場合のホームからの連絡への対応、（診断、治療を含む） ③専門医及び医療機関等の紹介		

（入居後に居室を住み替える場合）※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1	一時介護室へ移る場合
	2	介護居室へ移る場合
	3	その他（入居者からの希望による居室変更）

判断基準の内容		<p>[2 介護居室へ移る場合]</p> <p>「ローズライフ京都」では、全ての居室が介護居室となっており、入居後に要介護状態の程度が変化した場合でも、原則として介護居室を変更していただく必要はありません。</p> <p>ただし、入居者の心身の状況に著しい変化があったときは、介護居室の変更を行う場合があります。</p> <p>[3 その他（入居者からの希望による居室変更の場合）]</p> <p>入居者からの希望により、面積の異なる居室へ変更される際には、前払金の追加または返還、ならびに引越し費用が必要な場合があります。その場合、従来の居室の明け渡しによる原状回復費用についても、入居者にご負担いただきます。</p>
手続きの内容		<p>[2 介護居室へ移る場合]</p> <p>介護居室の変更の判断に際しては、あらかじめ下記の手続を行います。</p> <p>①一定の観察期間を設け、嘱託医の意見を聴く。</p> <p>②入居者、契約者又は身元引受人等の同意を得る。</p> <p>③居室変更後の居室の概要、介護の内容、権利の変動、及び費用負担の増減等についての説明を行う。</p> <p>[3 その他（入居者からの希望による居室変更の場合）]</p> <p>介護居室の変更を行った場合、従来の居室を利用する権利はなくなりますが、新たな介護居室を利用する権利を取得します。</p>
追加的費用の有無		<p>[2 介護居室へ移る場合]</p> <p>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p> <p>[3 その他（入居者からの希望による居室変更の場合）]</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</p>
居室利用権の取扱い		<p>[2 介護居室へ移る場合]</p> <p>介護居室の変更を行った場合、従来の居室を利用する権利はなくなりますが、新たな介護居室を利用する権利を取得します。</p> <p>[3 その他（入居者からの希望による居室変更の場合）]</p> <p>介護居室の変更を行った場合、従来の居室を利用する権利はなくなりますが、新たな介護居室を利用する権利を取得します。</p>
前払金償却の調整の有無		<p>[2 介護居室へ移る場合]</p> <p>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p> <p>[3 その他（入居者からの希望による居室変更の場合）]</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</p>
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<p>[2 介護居室へ移る場合]</p> <p>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p> <p>[3 その他（入居者からの希望による居室変更の場合）]</p>

		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
便所の変更	[2 介護居室へ移る場合] 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし [3 その他（入居者からの希望による居室変更の場合）] <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
浴室の変更	[2 介護居室へ移る場合] 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし [3 その他（入居者からの希望による居室変更の場合）] <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
洗面所の変更	[2 介護居室へ移る場合] 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし [3 その他（入居者からの希望による居室変更の場合）] <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
台所の変更	[2 介護居室へ移る場合] 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし [3 その他（入居者からの希望による居室変更の場合）] <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
その他の変更	[3 その他（入居者からの希望による居室変更の場合）] <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(変更内容) 方角、階数
	[2 介護居室へ移る場合] <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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	1. 身体機能の低下または認知症等により、要介護認定で要介護度が1以上の概ね65歳以上の方 2. 常時医療機関において治療をする必要のない方 3. 他の入居者に伝染する疾患のない方 4. 自傷他害の恐れのない方 5. 健康保険に加入されている方 6. 身元引受人を立てることのできる方 7. 入居契約書に定めることを承認し、事業者の運営方針に賛同できる方	

契約解除の内容	契約者は、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、入居契約を解約することができます。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>事業者は、契約者又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は、90 日の予告期間において入居契約を解除することがあります。ただし、⑥または⑦による契約解除については、事業者は催告なく、これを行うことができるものとします。</p> <p>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</p> <p>② 契約書にもとづく金銭債務の支払いを正当な理由なく遅滞し、文書による事業者の通知後も改善されないとき</p> <p>③ 契約書の条項その他に正当な理由なく重大な違反をし、文書による事業者の通知後も改善されないとき</p> <p>④ 入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、または、その危害の切迫した恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法および接遇方法ではこれを防止することができないと、嘱託医の意見をもとに客観的判断がなされ、必要と認められる場合</p> <p>⑤ 入居者が目的施設では提供できない医療施設への恒常的な入院入所を要する状態となるなど、目的施設において入居者に対する適切なサービスの提供が困難であると、嘱託医の客観的な意見をもとに合理的に判断されるとき</p> <p>⑥ 契約者または入居者が、自らまたは第三者をして、他の入居者または従業員に対し、暴力的行為（精神的暴力も含む）、性的ないやがらせ行為などのセクシャルハラスメント、詐術、脅迫的言動、著しく迷惑を及ぼす言動、業務妨害行為、暴力的要求行為などを行い、または合理的範囲を超える負担を請求した場合</p> <p>⑦ 契約者または入居者が、暴力団関係者であることが判明した場合</p>
	解約予告期間	90 日前

入居者からの解約予告期間	30日前
体験入居の内容	<p>1 あり (内容) 利用料：1日あたり11,000円(本体価格10,000円、消費税1,000円) 利用時間：(1日あたり)10:00～翌日10:00 ※3食の食事料金を含みます。 ※体験入居期間は、最長10日間とします。 ※食事をされなかった場合も料金の返金はありません。</p>
入居定員	90名(89室/全室個室)※6Fの居室のみ二人入居可能
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名	1名		1名
生活相談員	2名	2名		2名
直接処遇職員	73名	40名	33名	52.15名
介護職員	53名	34名	19名	42.98名
看護職員	19名	5名	14名	9.17名
機能訓練指導員	4名	2名	2名	2.47名
計画作成担当者	1名	1名		1名
栄養士	(委託)			
調理員	(委託)			
事務員	3名	3名		
その他職員	26名			
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
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	29名	18名	11名
実務者研修の修了者	4名	3名	1名
初任者研修の修了者	20名	13名	7名
介護支援専門員	0名	0名	0名

(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	1名		1名
作業療法士	3名	2名	1名
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 (21時00分～ 7時00分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	2人	1人
介護職員	5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)	1.21 : 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	ホームの職員数	人

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)	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	0名	2名	9名	3名	0名	0名	1名	1名	1名	0名	
前年度1年間の退職者数	0名	4名	2名	3名	0名	0名	1名	1名	2名	0名	
応じた職員の人 業務に従事した経験年数に	1年未満	0名	4名	8名	3名	0名	0名	1名	1名	0名	0名
	1年以上 3年未満	2名	2名	6名	4名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
	3年以上 5年未満	2名	2名	7名	7名	1名	0名	0名	0名	0名	0名
	5年以上 10年未満	1名	5名	14名	6名	1名	0名	0名	1名	1名	0名
	10年以上	0名	0名	1名	1名	0名	0名	1名	0名	0名	0名
		0名	0名	1名	1名	0名	0名	1名	0名	0名	0名
従業者の健康診断の実施状況			1 あり		2 なし						

※前年度 = 2024年度 (2024年4月 ~ 2025年3月)

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	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	1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	入居契約書 28 条に基づく
	手続き	費用の改定にあたっては、目的施設が所在する目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数および人件費等を勘案し、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。 また、料金の価格改定にあたっては、契約者または身元引受人へ事前に通知します。

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

		プラン1（前払い）	プラン2（月払い）	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護1	
	年齢	85歳	85歳	
居室の状況	床面積	20.04 m ²	20.04 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	15,000,000円	0円	
	敷金	0円	300,000円	
月額費用の合計		310,526円	481,526円	
家賃		0円	171,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	(注)20,026円	(注)20,026円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	70,200円	70,200円
		管理費	124,300円	124,300円
		介護費用	96,000円	96,000円
		光熱水費	0円	0円
その他	円	円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p> <p>(注) 1割負担の額を表示</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠						
家賃	土地建物費、内装設備費、修繕維持費、諸税、借入金利息、管理事務費等を基礎とし、算定しています。						
	1 全額前払い方式 (月額)						
			介護費前払いプラン		Aプラン		
	居室Aタイプ 約 20 m ²		不要		不要		
	居室Sタイプ 約 42 m ²		不要		不要		
	2 一部前払い・一部月払い方式 (月額)						
			Bプラン		Cプラン		
	居室Aタイプ 約 20 m ²		69,500 円		138,900 円		
	居室Sタイプ 約 42 m ²		125,000 円		250,000 円		
	3 月払い方式 (月額)						
		月払い方式					
居室Aタイプ 約 20 m ²		171,000 円					
居室Sタイプ 約 42 m ²		300,000 円					
敷金	300,000 円 (月払い方式のみ)						
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
	介護保険の基準よりも手厚い職員配置のための費用。						
	一人当たり (月額)						
			介護費前 払いプラン	Aプラン	Bプラン	Cプラン	月払い 方式
	居室A タイプ	19,000 円	96,000 円				
居室S タイプ							
当ホームでは、現在および将来にわたって、要介護者 1.5 人に対し、職員 1 人以上 (週 40 時間の常勤換算) の割合で介護にあたります。これは介護保険における特定施設入居者生活介護の基準の 2 倍以上の人数で介護保険給付収入によって賄えない額に充当するもので、合理的な積算根拠に基づくものです。							

<p>管理費</p>	<p>管理人件費、光熱水費、共用施設の維持運営費（消耗品費、通信費）、車両維持費、外部業者委託費（清掃、植栽、警備等）、健康管理費、日常生活支援サービス提供のための人件費、アクティビティの費用。</p> <table border="1" data-bbox="539 331 1469 488"> <thead> <tr> <th></th> <th>お一人目（月額）</th> <th>お二人目（月額）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>居室Aタイプ 約 20 m²</td> <td>124,300 円</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>居室Sタイプ 約 42 m²</td> <td>124,300 円</td> <td>62,150 円</td> </tr> </tbody> </table> <p>※居室Sタイプは二人入居可</p>		お一人目（月額）	お二人目（月額）	居室Aタイプ 約 20 m ²	124,300 円	—	居室Sタイプ 約 42 m ²	124,300 円	62,150 円
	お一人目（月額）	お二人目（月額）								
居室Aタイプ 約 20 m ²	124,300 円	—								
居室Sタイプ 約 42 m ²	124,300 円	62,150 円								
<p>食費</p>	<p>1日3回の食事と1回のおやつを提供するための費用。 一人当たり 70,200 円（月額） 食材費、栄養士・調理員等厨房関係人件費、厨房設備費、光熱水費、厨芥処理費、消耗品費、通信費を基礎として算定しています（一部軽減税率8%を適用）。 ※欠食の届出があった場合は、欠食分の食費を減額し、精算します。</p>									
<p>光熱水費</p>	<p>管理費に含みます。</p>									
<p>利用者の個別的な選択によるサービス利用料</p>	<p>別添2</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者の個別的な希望によるサービス ＊利用料 1,540 円（税込）（30分毎／対応スタッフ1人の場合） ＊内容 <ul style="list-style-type: none"> ・協力医療機関へのホーム指定日時以外の通院付添い ・週1回のホーム指定日以外または指定店以外の買い物代行または付添い ・月1回のホーム指定日以外の役所等への代行または付添い ・ホームより30分または5kmを超える医療機関への入退院時の付添い、ならびに入院中の訪問および代行 ・週2回以上の入院中の訪問および代行 ・ホームが定期的実施する清掃以外の居室清掃 ・その他外出時の付添い ・介護居室内の電話料金、新聞代、テレビ受信料等は各個別契約のうえ各自負担となります。 ・おむつや個人の消耗品、備品については、別途実費となります。 ・特別食や外食の費用、専門業者に取り次ぐクリーニング料金、整髪料金、個人使用の介護機器、クラブ活動及びアクティビティ（イベント、趣味等の活動）の材料費等の実費は、別途個人負担となります。 ・医療費及び入院時に必要な費用は、自己負担となります。 ・来訪者のゲストルーム利用料、食費等は、別途費用となります。 ・通院等の付き添い時の交通費は、別途実費負担となります。 									
<p>その他のサービス利用料</p>										

(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	<p>※要介護度に応じて介護費用の利用者負担額を徴収する。</p> <p>介護保険給付対象サービスの利用にあたっては、介護保険法令により、利用者負担額が必要となります。利用者負担額は、関係法令に基づいて定められるため、契約期間中に関係法令が改定された場合、または要介護認定等により要介護度に変更された場合には、改定後または変更後の金額が適用されます。</p> <p><参考>介護予防を含む、介護保険特定施設入居者生活介護等の介護報酬等 (2024年6月1日現在)</p> <table border="1" data-bbox="363 869 1465 1305"> <thead> <tr> <th rowspan="2">要介護度</th> <th rowspan="2">1日あたりの介護報酬額 (1円未満切捨)</th> <th rowspan="2">1ヶ月の介護報酬額の目安 (30日分)</th> <th colspan="3">1ヶ月の利用者負担額の目安(30日分)</th> </tr> <tr> <th>1割負担</th> <th>2割負担</th> <th>3割負担</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>6,165円</td> <td>211,413円</td> <td>21,142円</td> <td>42,283円</td> <td>63,424円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>6,865円</td> <td>225,104円</td> <td>23,511円</td> <td>47,021円</td> <td>70,532円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>7,597円</td> <td>259,860円</td> <td>25,986円</td> <td>51,972円</td> <td>77,958円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>8,276円</td> <td>282,839円</td> <td>28,284円</td> <td>56,568円</td> <td>84,852円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>8,997円</td> <td>307,240円</td> <td>30,724円</td> <td>61,448円</td> <td>92,172円</td> </tr> </tbody> </table> <p>※1ヶ月は30日として計算しています。</p> <p>介護保険報酬のうち、介護保険給付額は、利用者の同意を得た場合、「法定代理受領」とします。</p> <p>利用者負担額の目安は、法定代理受領で1割、2割または3割負担の場合の金額です。(非課税)</p> <p>上記金額には、夜間看護体制加算Ⅰおよび個別機能訓練加算Ⅰ、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算の加算給付費を含みます。また、上記の1ヶ月(30日分)の金額には、協力医療機関連携加算および生産性向上推進体制加算Ⅱ、高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ、個別機能訓練加算Ⅱ、ADL維持等加算、科学的介護推進体制加算の加算給付費も含まれます。</p> <p>上記金額に加えて別途、看取り介護加算、退院・退所時連携加算、退去時情報提供加算の加算給付費が必要な場合があります。</p> <p>なお、京都市は、介護保険法において5級地該当のため地域加算10.45%が含まれています。</p>					要介護度	1日あたりの介護報酬額 (1円未満切捨)	1ヶ月の介護報酬額の目安 (30日分)	1ヶ月の利用者負担額の目安(30日分)			1割負担	2割負担	3割負担	要介護1	6,165円	211,413円	21,142円	42,283円	63,424円	要介護2	6,865円	225,104円	23,511円	47,021円	70,532円	要介護3	7,597円	259,860円	25,986円	51,972円	77,958円	要介護4	8,276円	282,839円	28,284円	56,568円	84,852円	要介護5	8,997円	307,240円	30,724円	61,448円	92,172円
要介護度	1日あたりの介護報酬額 (1円未満切捨)	1ヶ月の介護報酬額の目安 (30日分)	1ヶ月の利用者負担額の目安(30日分)																																									
			1割負担	2割負担	3割負担																																							
要介護1	6,165円	211,413円	21,142円	42,283円	63,424円																																							
要介護2	6,865円	225,104円	23,511円	47,021円	70,532円																																							
要介護3	7,597円	259,860円	25,986円	51,972円	77,958円																																							
要介護4	8,276円	282,839円	28,284円	56,568円	84,852円																																							
要介護5	8,997円	307,240円	30,724円	61,448円	92,172円																																							

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(上乗せ サービス)	<p>介護費用の欄に記載の通りです</p> <p>介護保険の基準よりも手厚い職員配置のための費用</p> <p>当ホームでは、現在および将来にわたって、要介護者等 1.5 人に対し、職員 1 人以上 (週 40 時間の常勤換算) の割合で介護にあたります。これは介護保険における特定施設入居者生活介護の基準の 2 倍以上の人数で介護保険給付収入によって賄えない額に充当するもので、合理的な積算根拠に基づくものです。</p>
※ 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	<p>【入居一時金】</p> <p>目的施設（介護居室及び共用施設）を終身にわたって利用するための費用（家賃相当額）（非課税）</p> <p>土地建物費、内装設備費、修繕維持費、諸税、借入金利息等を基礎とし、想定居住期間を勘案して算定しています。</p> <p>【介護一時金】</p> <p>介護保険の基準よりも手厚い職員配置のための費用</p> <p>介護保険の基準よりも手厚い職員配置のための費用で、当該金額は、費用設定時の長期推定額です。</p> <p>前払金は上記「入居一時金」と「介護一時金」の合計額となります。</p> <p>居室 A タイプ 約 20 ㎡</p>					
	年 齢 (ご入居時の満年齢)	償却年数 (月額)	前払金 (単位：千円)			
			介護費前払 プラン	A プラン	B プラン	C プラン
	85 歳以上	6 年 (72 ヶ月)	21,930	15,000	10,000	5,000
	80 歳以上 85 歳未満	7 年 (84 ヶ月)	25,585	17,500	11,667	5,834
75 歳以上 80 歳未満	8 年 (96 ヶ月)	29,240	20,000	13,334	6,667	
※75 歳未満の方には前払いの設定はありません。						

		居室Sタイプ 約 42 ㎡						
	年 齢 (ご入居時 の満年齢)	償却年数 (月数)	前払金 (単位：千円)					
			介護費前払 プラン	Aプラン	Bプラン	Cプラン		
			85 歳以上	6 年 (72 ヶ月)	33,930	27,000	18,000	9,000
			80 歳以上 85 歳未満	7 年 (84 ヶ月)	39,585	31,500	21,000	10,500
			75 歳以上 80 歳未満	8 年 (96 ヶ月)	45,240	36,000	24,000	12,000
<p>※75 歳未満の方には前払いの設定はありません。</p> <p>※前払金は、老人福祉法第 29 条第 6 項において受領が禁止されている権利金、または対価性のない金品の受領に該当しません。</p> <p>前払金の算定にあたっては、標準指導指針及び厚生労働省の事務連絡（2012 年 3 月 16 日付）で示された算式に基づき算定します。具体的な算定方法は、別途示します。</p>								
想定居住期間（償却年月数）		上記算定根拠に記載のとおり						
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）		1,000,000 円～9,048,000 円						
初期償却率		20%						
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	<p>入居日から 3 ヶ月以内に、契約者からの解約の申し出、または入居者の死亡により契約が終了した場合には、受領済みの前払金ならびに月額利用料を全額無利息で返還します。</p> <p>ただし、下記の費用はご負担いただきます。</p> <p>また、契約者からの解約の申し出の場合、居室の明け渡し日を契約終了日とします。</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険利用日数に応じて支払うべき利用者負担額がある場合は、その費用 <p>◆一時金プランAの場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 日あたりの目的施設の利用料 15,239～19,683 円（本体価格 14,359～18,803 円、消費税 880 円） 						

		<p>*内訳</p> <p>家賃相当額 5,556～10,000 円（本体価格 5,556～10,000 円、消費税 0 円） 算定方法：（前払－非返還部分の額）÷償却期間月数÷30 日</p> <p>その他費用 1 人当たり 9,683 円（本体価格 8,803 円、消費税 880 円） 算定方法：管理費・食費・介護費用の合計月額÷30 日</p> <p>*契約終了日までの施設利用日数に応じてお支払いいただきます。</p> <p>◆介護費前払いプランの場合</p> <p>・1 日あたりの目的施設の利用率 15,239～19,683 円（本体価格 14,359～18,803 円、消費税 880 円）</p> <p>*内訳</p> <p>家賃相当額 5,556～10,000 円（本体価格 5,556～10,000 円、消費税 0 円）</p> <p>介護費用の一部 2,566 円（本体価格 2,333 円、消費税 233 円） 算定方法：（前払－非返還部分の額）÷償却期間月数÷30 日</p> <p>その他費用 1 人当たり 7,117 円（本体価格 6,470 円、消費税 647 円） 算定方法：管理費・食費・介護費用の合計月額÷30 日</p> <p>・事業者において発生した費用の実費、原状回復費用等</p> <p>*居室明け渡しの場合に、通常の使用に伴い生じた損耗を除き、介護居室を原状回復することとします。</p> <p>・契約終了日以降、居室明け渡しまでの家賃相当額</p>
	<p>入居後 3 月を超えた契約終了</p>	<p>前払金のうち、20%を除いた額を、72 ヶ月（6 年）の償却期間で均等償却し、解約時の返還金を計算します。なお、返還金の算出に際しては、入居期間起算日及び契約終了日が属する月は、1 ヶ月に満たない期間について、1 ヶ月を 30 日として日割計算した額とし、また返還金は無利息とします。</p> <p>・前払金償却期間内の場合 前払金×80%×（72 ヶ月－経過月数）÷72 ヶ月</p>

(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	0人
	医療機関	0人
	死亡	14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	0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		ホーム苦情相談窓口 支配人 山田 久雄
電話番号 / FAX		075-323-0321 / 075-323-0327
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		無
窓口の名称		本社苦情相談窓口 総合企画部 総務グループ
電話番号 / FAX		06-6360-6369 / 06-6360-6368
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・祝祭日・12/30~1/3
窓口の名称		①公益社団法人全国有料老人ホーム協会 ②京都市中京区役所保健福祉センター健康長寿推進課 ③京都府国民健康保険団体連合会苦情相談窓口
電話番号		① 03-5207-2763 ② 075-812-2566 ③ 075-354-9090
対応している時間	平日	① 10:00~17:00 ② 8:30~17:00 ③ 9:00~17:00
	土曜	—

	日曜・祝日	—
定休日	①②③土・日・祝日	

(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) 介護賠償責任保険に加入。
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 必要に応じて京都市、家族やケアマネージャー等関係者への連絡、調整を行います。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2024年4月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
2 なし			

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付

	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 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	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
	<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	2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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（別を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

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（1999年厚生省令第37号）」の規程等に基づき、利用者に説明を行いました。

事業主体名 大阪市北区西天満四丁目14番3号
ALSOKジョイライフ株式会社
代表取締役 遠藤 嘉裕 印

説明者署名 山田 久雄 印

上記内容について、事業者より確かに説明を受け、同意し交付を受けました。

* 契約者署名 _____ 印

* 利用者署名 _____ 印

* 立会人署名 _____ 印
(入居者との関係：)

* 立会人署名 _____ 印
(入居者との関係：)

* 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

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

介護サービス等の種類			併設・隣接 の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	ナース京都二条	京都市上京区
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		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
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		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無		なし			あり		
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）	個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			備考		
		包含※2	都度※2	料金※3			
介護サービス							※リビング・ダイニングで過ごされている時は、概ね常時見守りを行う。居室で過ごされている時は、ケアプランに基づき、入居者の承諾を得たうえで入室する。緊急時は随時対応する。
食事介助	なし	あり	なし	あり	○		栄養バランスのとれた献立を提供し、できる限り自力摂取を促す。必要な方には間接介助、直接介助を行う。特別食や外食の費用は実費負担。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		必要な方は随時行う。
おむつ代			なし	あり		○	実費 実費負担。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		一人週3回程度。状態に応じて清拭を行う。
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○		一人週3回程度。
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○		できない部分を介助します。ホーム備え付けの車いす、歩行器等以外の個人の機器等は自己負担。
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○		ケアプランに基づき、身体状況に応じた訓練を行う。
通院介助	なし	あり	なし	あり	○（注1）	○（注2）	1,540円/30分 (注1)協力医療機関：緊急の場合、ならびにホームの指定日時に送迎、同行を行う。交通費は別途実費負担。(注2)協力医療機関外：通院介助費用は別途費用負担。交通費は別途実費負担。
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり	○		
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		居室清掃は週3回、必要な場合はその都度行う。6階居室のキッチン、浴室・シャワールームは週1回、30分以内の清掃を行う。それ以外は別途費用負担。
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		週1回行う。汚れた場合は、その都度行う。
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○（注3）	○（注4）	実費 (注3)洗濯機で対応でき、アイロンがけが不要な衣料について行う。下着、寝衣は隔日ごとに、また汚れた場合はその都度行う。(注4)ドライクリーニングは、専門業者への取次ぎにつき実費。
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		各階のリビング・ダイニングまで食事用カートで搬送する。病気等の理由により、リビング・ダイニングで食事ができない場合は、居室での配膳、下膳を行う。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費 特別食や外食の費用は実費負担。
おやつ			なし	あり	○（注5）	○（注6）	実費 (注5)1日1回おやつを提供。(注6)左記以外は実費負担。
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費 月2回以上のホーム指定のヘアサロン利用日に、カット、シャンプー等の整髪を行う。料金は実費負担。
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○（注7）	○（注8）	1,540円/30分 (注7)週1回ホームの指定日に、近隣のホーム指定の店にて代行する。(注8)左記以外は実費負担。

役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ○(注9)	<input type="checkbox"/> ○(注10)	1,540円/30分	(注9)月1回ホームの指定日に、役所等へ代行する。 (注10)左記以外は別途費用負担。
金銭・貯金管理			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ○	<input type="checkbox"/> ○	実費	日常生活に必要な小口現金の管理をご自身で行うことが困難になった場合、小口現金管理の委託が可能。事務諸経費は実費負担。
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ○			年2回行う。
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ○			適宜行う。
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ○			適宜行う。
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ○			医師の指示に従って、服薬支援を行う。
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ○			毎日、介護日誌に記録する。
入退院時・入院中のサービス								
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ○(注11)	<input type="checkbox"/> ○(注12)	1,540円/30分	(注11)協力医療機関：必要な場合は適宜行う。(注12)協力医療機関外：必要な場合は、30分または5km以内の医療機関への同行を行う。それ以外は別途費用負担。交通費は実費負担。
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ○(注13)	<input type="checkbox"/> ○(注14)	1,540円/30分	(注13)協力医療機関、および30分または5km以内の医療機関に入院中の場合、週1回ホームの指定日に訪問し、訪問時に洗濯物交換、買物代行を行う。 (注14)左記以外は別途費用負担。
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ○(注15)	<input type="checkbox"/> ○(注16)	1,540円/30分	(注15)協力医療機関、および30分または5km以内の医療機関に入院中の場合、週1回ホームの指定日に訪問する。(注16)左記以外は別途費用負担。

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。