別紙様式１

重 要 事 項 説 明 書

		記入年月日	令和３年７月１日
記入者名	山田　雅人	所属・職名	奈良桃寿園　施設長

１．事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
	事業主体の名称	法人の種類	あり
		名称	（ふりがな）しゃかいふくしほうじん　ちょうせいかい 社会福祉法人　長生会
	事業主体の主たる 事務所の所在地	〒 634-0823	奈良県橿原市北越智町３４５
	事業主体の連絡先	電話番号	0744-27-7260
		ＦＡＸ番号	0744-28-4637
		ホームページ アドレス	なし
			あり：http://www.choseikai.or.jp
事業主体の代表者の 職名及び氏名		職名	理事長
		氏名	潮田　悦男
事業主体の設立年月日		平成元年４月 12 日	

事業主体が奈良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	奈良桃寿園	奈良市芝辻町 4-12-4
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	奈良桃寿園	奈良市芝辻町 4-12-4
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		
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		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	奈良桃寿園	奈良市芝辻町 4-12-4
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	奈良桃寿園	奈良市芝辻町 4-12-4
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	奈良桃寿園	奈良市芝辻町 4-12-4
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		

２．施設概要

<table>
<tr><td colspan="4">施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先</td></tr>
<tr><td rowspan="5">施設の名称</td><td colspan="3">ならとうじゅえん
奈良桃寿園</td></tr>
<tr><td rowspan="5">施設の所在地
施設の連絡先</td><td>〒630-8114</td><td>奈良市芝辻町４丁目１２－４</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td>０７４２－３４－１１２２</td></tr>
<tr><td>ＦＡＸ番号</td><td>０７４２－３４－１１２０</td></tr>
<tr><td>ホームページ
アドレス</td><td>なし
あり：http://www.nara-toujuen.jp</td></tr>
<tr><td colspan="2">施設の開設年月日</td><td>平成２３年１２月１日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">施設の管理者の職名及び氏名</td><td>職名</td><td>施設長</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td>山田　雅人</td></tr>
<tr><td colspan="4">施設までの主な利用交通手段</td></tr>
<tr><td colspan="4">近鉄奈良線「新大宮駅」より２００ｍ（徒歩約３分）</td></tr>
<tr><td colspan="2">施設の類型及び表示事項</td><td colspan="2">類型：住宅型有料老人ホーム
居住の権利形態：利用権方式
利用料の支払方式：入居一時金及び月払い併用方式
：入居一時金選択方式
入居時の要件：自立・要支援・要介護
介護保険：在宅介護サービス利用可
居室区分：全室個室</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護保険事業所番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日）</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業の開始（予定）年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">指定の年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">指定の更新年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

３．従業者に関する事

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの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	
生活相談員		1			1	
看護職員			4		4	
介護職員（ヘルパー）	6		3		9	
機能訓練指導員						
計画作成担当者		1	1		2	
栄養士						
調理員						
事務員			3		3	
その他従業者（当直者）			2		2	

１週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数	４０

※　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。

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	5		1	
介護職員初任者研修	1		2	
介護支援専門員				

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				
柔道整復士				
あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師				

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（１７：００時～１０：００時）	最少時人数
看護職員	0	0
介護職員	１～２名	１名

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			
前年度１年間の退職者数						
当園業務に従事した経験年数						
１年未満の者の人数		1	1			
１年以上３年未満の者の人数			1	2		
３年以上５年未満の者の人数		3	2			
５年以上 10 年未満の者の人数			2	1		
10 年以上の者の人数						

	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				
前年度１年間の退職者数				
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			1	
３年以上５年未満の者の人数				1
５年以上 10 年未満の者の人数				
10 年以上の者の人数				
従業者の健康診断の実施状況			なし	あり

４．サービスの内容

施設の運営に関する方針
１．入居者の自立した生活の維持のために、生活環境の整備を心掛けるホーム運営をします。 ２．医療機関･介護サービス事業者との連絡を密にし、入居者の医療･介護のニーズに応えます。 ３．入居者のプライバシーに配慮し、入居者が快適な生活を送れるように徹底します。 ４．地域社会との交流を図り、地域に根ざしたホーム運営を目指すと共に、入居者の地域からの孤立を防ぎます。

介護サービスの内容、利用定員等

個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
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	

協力医療機関の名称	高の原中央病院　奈良市右京１－３－３　約４ｋｍ 中村病院　宇治市大久保町平盛９１－８　約３０ｋｍ

・高の原中央病院
（診療科目）内科、消化器内科、神経内科、血液内科、循環器内科、外科、整形外科、産婦人科、眼科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、形成外科、脳外科
（協力の内容）緊急時の受診、入院治療の受入、定期健康診断等
医療費その他の費用は自己負担
・中村病院
（診療科目）内科、胃腸科、外科、整形外科、脳神経外科、肛門科、放射線科
（協力の内容）入院治療の受入
医療費その他の費用は自己負担

協力歯科医療機関	なし	あり	橋本歯科医院 奈良市大宮６－３－２１　約１５０ｍ

（協力の内容）緊急時の受診、治療の受入
医療費その他の費用は自己負担

要介護時における居室の住替えに関する事項

要介護時に介護を行う場所　　居室

認知症等により常に見守りが必要となり、現在の居室でのサービスに支障が生じる場合や、隣接の入居者の生活に支障が生じる場合に、他の居室に住替えていただく場合があります。
この場合、管理規定様式１「居室の変更に係わる意思の確認書」によります。

		入居後に居室を住み替える場合						
			一時介護室へ移る場合					
				判断基準・手続について				
				（その内容）				
				追加的費用の有無		なし		あり
				居室利用権の取扱い				
				（その内容）居室の住替えによる居住利用権の変更はありません。				
				入居一時金償却の調整の有無		なし		あり
				従前の居室からの面積の増減の有無		なし		あり
				従前居室との仕様の変更				
					便所の変更の有無		なし		あり
					浴室の変更の有無		なし		あり
					洗面所の変更の有無		なし		あり
					台所の変更の有無		なし		あり
					その他の変更の有無		なし		あり
					（その内容）			
			介護居室へ移る場合					
				判断基準・手続について				
				（その内容）				
				追加的費用の有無		なし		あり
				居室利用権の取扱い				
				（その内容）居室の住替えによる居住利用権の変更はありません。				
				入居一時金償却の調整の有無		なし		あり
				従前の居室からの面積の増減の有無		なし		あり
				従前居室との仕様の変更				
					便所の変更の有無		なし		あり
					浴室の変更の有無		なし		あり
					洗面所の変更の有無		なし		あり
					台所の変更の有無		なし		あり
					その他の変更の有無		なし		あり
					（その内容）			

			その他（　　）			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			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			なし	あり
			従前の居室からの面積の増減の有無			なし	あり
			従前居室との仕様の変更				
				便所の変更の有無		なし	あり
				浴室の変更の有無		なし	あり
				洗面所の変更の有無		なし	あり
				台所の変更の有無		なし	あり
				その他の変更の有無		なし	あり
					（その内容）		
	施設の入居に関する要件						
		自立している者を対象				なし	あり
		要支援の者を対象				なし	あり
		要介護の者を対象				なし	あり
		留意事項	・公的な医療保険・介護保険に加入されている方 ・契約書･管理規定の内容を承諾いただける方 ・共同生活を営むことに支障のない方 ・入居時において概ね 60 歳以上の方 ・身元引受人及び返還金受取人を定めることができる方 ・ホームの入居審査に合格された方				
	契約の解除の内容	・申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居したとき ・月払利用料その他の支払を正当な理由なくしばしば遅滞するとき ・入居契約書第二十条の規程に違反したとき ・入居者の行動が他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の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等ではこれを防止できないとき ・上記に該当する場合は、事業主は９０日の予告期間を設けて契約を解除する場合があります。					
	入居定員	５０人					
	その他						

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	合計
６５歳未満						0
６５歳以上７５歳未満			1			1
７５歳以上８５歳未満	3	4	1	2		１０
８５歳以上	6	4	5	6	1	２２

	自立	要支援１	要支援２		合計
６５歳未満					0
６５歳以上７５歳未満	1	1	1		3
７５歳以上８５歳未満		4			4
８５歳以上	2	3	2		7

入居者の平均年齢				
入居者の男女別人数	男性	１５	女性	３２
入居率（一時的に不在となっている者を含む）				９７％

前年度に退去した者の人数

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関				5	1	6
死亡者						
その他						

	自立	要支援１	要支援２	経過的要介護	合計
自宅等					
社会福祉施設					
医療機関					
死亡者					
その他					

入居者の入居期間

入居期間	６ヶ月未満	６ヶ月以上 １年未満	１年以上 ５年未満	５年以上 10 年未満	10 年以上 15 年未満	15 年以上
入居者数	5	１２	１８	１２	0	0

施設、設備等の状況

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

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			１８．０５㎡
	一般居室相部屋	あり	[なし]			㎡
						㎡
						㎡
	介護居室個室	あり	[なし]			㎡
	介護居室相部屋	あり	[なし]			㎡
						㎡
						㎡
	一時介護室	あり	[なし]			㎡

共用便所の設置数	２	うち男女別の対応が可能な数	０
		うち車いす等の対応が可能な数	１
個室の便所の設置数	５０全室	個室における便所の設置割合	１００％
		うち車いす等の対応が可能な数	５０

浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
		２	１	１	なし

その他、浴室の設備に関する事項

食堂の設備状況	１階（１０３．２０㎡）５０席		
入居者等が調理を行う設備状況		[なし]	あり

その他、共用施設の設備状況

なし	[あり]	（その内容）談話室・洗濯室・健康管理相談室・スタッフルーム・事務所等

バリアフリーの対応状況

（その内容）全居室内、廊下、共用施設に手摺設置、車椅子での移動可能

緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	[全居室内にあり]
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	[全居室内にあり]
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	[全居室内にあり]

施設の敷地に関する事項

敷地の面積	８３６．５７㎡				
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	

施設の建物に関する事項

建物の構造					
建物の延床面積	１６９２．８６㎡				
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	２０１１年１２月	終 ２０４０年１１月
		契約の自動更新	なし	[あり]	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
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	奈良桃寿園　入居者苦情窓口 社会福祉法人長生会　奈良桃寿園入居者苦情窓口		
電話番号	奈良桃寿園　　０７４２－３４－１１２２ 社会福祉法人長生会　０７４４－２７－７２６０		
対応している時間	平日	９：３０～１７：３０	
	土曜	９：３０～１７：３０	
	日曜・祝日		
定休日等	日曜・祝日		
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	奈良県福祉部長寿社会課 社団法人全国有料老人ホーム協会		
電話番号	奈良県福祉部長寿社会課　　０７４２－２７－８５３４ 社団法人全国有料老人ホーム協会　０３－３２７２－３７８１		
対応している時間	平日	奈良県福祉部長寿社会課　　１０：００～１７：００ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会１０：００～１７：００	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	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		
なし	あり	（その内容） 公益社団法人全国有料老人ホーム協会「賠償責任保険」加入
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		
なし	あり	（その内容） 「賠償責任保険」の加入により、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。

サービスの提供内容に関する特色等
（その内容） 建物内に訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、通所介護事業所を事業者が併設し運営にあたる。特に、通所介護事業所では理学療法士等を配置し、高齢者のリハビリを中心にサービスを提供。

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				
なし	あり	実施した年月日		
		当該結果の開示状況	なし	あり
第三者による評価の実施状況				
なし	あり	実施した年月日	平成２５年１月	
		実施した評価機関の名称	全国有料老人ホーム協会	
		当該結果の開示状況	なし	あり

５．利用料金

利用料の支払い方法	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	なし		

一時金方式

一時金及び月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定	なし	あり	
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり	

料金プラン

プラン名称	一時金	月額	内訳				
		計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
要支援・要介護	３０万円	153,560 円	６７，０００円		４８，０６０円	家賃相当額に含む	３８，５００円
自立	５０万円						

※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	借家料、修繕費、点検費、管理事務費等を基礎とし、近隣家賃を参考に入居者の想定居住期間を勘案して算出
介護費用	介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	３食３０日間喫食した場合の費用（食数に応じて返金あり）
光熱水費	家賃相当額に定額光熱水費４，０００円（税込）含む
管理費	共用施設の維持・管理費、事務管理部門の人件費及び、入居者への生活支援サービスにかかる人件費
一時金	入居者が居住する居室及び利用する共用施設等の、終身にわたって事業者が受領する家賃相当額の一部前払い費用として算定

一時金の償却に関する事項

償却開始日の設定	入居日	
初期償却率（%）	・要支援・要介護の方　約３０％ ・自立の方　約１６％	
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	なし	
権利金等（※）の額		

（※）平成 24 年 3 月 31 日までに老人福祉法第 29 条第 1 項の規定により届出がされた施設に限る。

償却年月数 （想定居住期間）	・要支援・要介護の方　１、８２５日（５年） ・自立の方　３、６５０日（１０年）

契約終了時返還金の算定方法

入居一時金×70％÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数

保全措置の実施状況	なし	あり	（保全先）社団法人全国有料老人ホーム協会の入居基金制度に加入。事業者が個別入居者について基金に拠出金を支払うことにより、万一解散等に至り、入居者のすべてが退居せざるを得なくなりかつ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間終了後においても保証金として１００万円が支払われる。（１００万円は前払い金総額に対する保証額）

三月以内の契約終了による返還金について

三月の起算日	入居日	

契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法

利用料等の内訳

・利用料: 日額単価（入居金30万円の方　　１１５円）×在居日数
・管理費（税込）：38,500円（起算日及び契約終了日が属する月は日割計算ではなく、１ヶ月として計算）
・食 費 （税込）：利用喫食数に応じた費用（朝食354円・昼食622円・夕食626円）
・入居者が居室の改装又は設備を付加した場合は原状回復のための実費を差し引くことがあります。

一時金の支払方法

解約時の返還金は、契約終了日の翌日から起算して９０日以内に返還します。

月払い方式

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定			
要介護状態に応じた金額設定			

料金プラン

プラン名称	月額	（内訳）				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費

※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	
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	
光熱水費	
管理費	

一時金方式・月払い方式共通

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保険費用の１割を徴収する。

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（日割り計算の有無　　あり　・　なし　）

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		

料金改定の手続
費用に改定にあたっては、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及び人件費等を勘案し適正金額に改定するものとします。また、入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

６．その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	（その内容）第三者評価委員の設置（平成 25 年 5 月）	

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

説明年月日　令和　　年　　月　　日

説明者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿