

施 設 名 介護付き有料老人ホーム
洛和ホームライフ山科東野
サービス名 特定施設入居者生活介護

建物賃貸借 重要事項説明書（掲載用）

医療法人社団 洛和会

令和 7年 11月版

重要事項説明書

記入年月日	令和7年11月1日
記入者名	伊藤 由美
所属・職名	洛和ホームライフ山科東野 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	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん らくわかい 医療法人社団 洛和会	
主たる事務所の所在地	〒604-8405 京都市中京区西ノ京車坂町9番地	
連絡先	電話番号	075-593-4078
	FAX番号	075-593-4088
	メールアドレス	hl-yamashinahigashino@rakuwa.or.jp
	ホームページアドレス	http://www.rakuwa.or.jp/
代表者	氏名	矢野 裕典
	職名	理事長
設立年月日	昭和48年7月2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) らくわほーむらいふやましなひがしの 洛和ホームライフ山科東野	
所在地	〒607-8141 京都市山科区東野北井ノ上町11-2	
主な利用交通手段	最寄駅	地下鉄東西線 東野駅
	交通手段と所要時間	徒歩10分(約500m)
連絡先	電話番号	075-582-8811
	FAX番号	075-582-8810
	ホームページアドレス	http://www.rakuwa.or.jp/
	メールアドレス	hl_yamashinahigashino@rakuwa.or.jp
管理者	氏名	伊藤 由美
	職名	施設長
建物の竣工日	平成28年3月31日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成28年3月31日	

(類型) 【表示事項】

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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） |
| 3 住宅型 |
| 4 健康型 |

1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	2674101296
	指定した自治体名	京都市
	事業所の指定日	平成 28 年 3 月 31 日
	指定の更新日（直近）	令和 4 年 3 月 4 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	702.74 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成 28 年 1 月 19 日～令和 22 年 1 月 18 日) 2 なし
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		建物	
		延床面積	全体 2065.32 m ²
		うち、老人ホーム部分	2065.32 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成 28 年 1 月 19 日～令和 22 年 1 月 18 日) 2 なし
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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	有／無	有／無	25.68 m ²	10戸 介護居室個室
		タイプ2	有／無	有／無	18.02 m ²	48戸 介護居室個室
		タイプ3	有／無	有／無	m ²	
		タイプ4	有／無	有／無	m ²	
		タイプ5	有／無	有／無	m ²	
		タイプ6	有／無	有／無	m ²	
		タイプ7	有／無	有／無	m ²	
		タイプ8	有／無	有／無	m ²	
		タイプ9	有／無	有／無	m ²	
		タイプ10	有／無	有／無	m ²	

*「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	4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	3ヶ所
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェア一浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他()	ヶ所
	食堂	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(162.51 m ²)	
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	エレベーター	<input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	防火管理者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	防災計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
緊急通報装	居室	便所	浴室	その他()

置等	<input type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	<input type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	<input type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	1 あり 2 一部あり 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	(1) 入居者が、計画に基づき入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話をを行うことにより、その有す能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう援助を行います。 (2) 入居者の意思及び人格を尊重し、心身の状況に応じた自主的かつ意欲的な日常生活が送れるよう援助を行います。 (3) 関係市町村、地域の医療、保健、福祉サービス機関、地域包括支援センター、地域住民との連携に努め、協力と理解のもとに適切な運営を図ります。
サービスの提供内容に関する特色	24 時間介護体制を基に、早出、日勤、遅出の看護体制を整えております。また、希望に応じて追加のリハビリサービスも受けられます。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
※ 1 「協力医療機関連携加算」 (I) は、「相談・診療を行なう体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を	生活機能向上連携加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	ADL 維持等加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

<u>確保している協力医療機関と連携している場合</u> 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。	<u>(II)</u>	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<u>(I)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
個別機能訓練加算	<u>(II)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<u>(I)</u>	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
夜間看護体制加算	<u>(II)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<u>(I)</u>	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
協力医療機関連携加算（※1）	<u>(I)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<u>(II)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
口腔衛生管理体制加算（※2）		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔・栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
退去時情報提供加算		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
看取り介護加算	<u>(I)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<u>(II)</u>	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
認知症専門ケア加算	<u>(I)</u>	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<u>(II)</u>	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
高齢者施設等感染対策向上加算	<u>(I)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<u>(II)</u>	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
新興感染症等施設療養費		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
生産性向上推進体制加算	<u>(I)</u>	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<u>(II)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
サービス提供体制強化加算	<u>(I)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<u>(II)</u>	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<u>(III)</u>	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

		(I)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(III)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(IV)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (1)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (2)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (3)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (4)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (5)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (6)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (7)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (8)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (9)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (10)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (11)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (12)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (13)	1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(V) (14)	1 あり <input type="checkbox"/> 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) 2.5 : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い
----------------	--

		<p><input type="checkbox"/> 3 通院介助</p> <p>4 その他 ()</p>	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 洛和会 音羽病院
		住所	京都市山科区音羽珍事町2
		診療科目	総合診療科、心臓内科、形成外科、眼科他
		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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1あり <input type="checkbox"/> 2なし
2	2	名称	医療法人社団洛和会 音羽リハビリテーション病院
		住所	京都市山科区小山北溝町32-1
		診療科目	内科
		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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1あり <input type="checkbox"/> 2なし
3	3	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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1あり <input type="checkbox"/> 2なし
4	4	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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1あり <input type="checkbox"/> 2なし
5	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	ごとう歯科クリニック
		住所	京都市山科区小山北溝町 33-1
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		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 ※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（居住変更）
判断基準の内容	入居者の身体及び認知症症状等
手続きの内容	ご本人及び身元保証人への説明、同意
追加的費用の有無	1あり 2なし
居室利用権の取扱い	変更なし
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
	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) 居住階の変更 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	<p>1 規定の利用料の支払いが可能な者</p> <p>2 公的な介護保険に加入し、要介護認定を受けている者</p> <p>3 身元保証人を定められる者</p> <p>4 洛和ホームライフ山科東野の各契約書・運営規程等をご承認いただき円滑に共同生活が営める者</p> <p>5 中心静脈栄養管理の対応不可、その他の療養管理については応相談</p>				
契約解除の内容	<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者。</p> <p>2 利用料の支払いを 2 カ月以上滞納し、事業者が入居者に対して滞納額を支払うよう催告したにもかかわらず、直ちに利用証の全額の支払いをしない場合、事業者は 30 日の予告期間をおいて文書で通知することにより契約解除が可能とする。</p> <p>3 入居者の行動が本人又は他の入居者あるいは施設従業員の身体または生命に危害を及ぼすおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法でこれを防止することができない時。</p> <p>4 入居者が診療所や病院に入院し、3 カ月を超える期間治療等が必要となったとき又は見込まれる等、本施設において入居者に対する本件サービスの提供が困難であると合理的に判断される時。但し、入居者の合意を得るものとする。</p> <p>5 本施設を不在にする期間が連続して 3 カ月を超え、本施設への復帰が困難、あるいは入居者に復帰の意思がないと判断される時。</p> <p>6 天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により、本施設を閉鎖または縮小する時。</p> <p>7 入居者、身元保証人及び入居者の家族その他の関係者が事業所またはその従業員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った時。</p> <p>8 特定施設入居者生活介護サービス利用契約書の第 7 条に規定する入居者又はその家族等の義務に違反する行為をおこない、事業者の指摘や注意に対して改善が見られない場合。</p>				
事業主体から解約を求める場合	<table border="1"> <tr> <td>解約条項</td><td></td></tr> <tr> <td>解約予告期間</td><td>30 日以上</td></tr> </table>	解約条項		解約予告期間	30 日以上
解約条項					
解約予告期間	30 日以上				
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：1 泊 2 日 7,700 円 3 食付き） (PM2 時～翌日 PM2 時) 上記金額には、食費、水光熱費、介護サービス費が含まれています。 2 日以上のご利用については、ご相談ください。 送迎サービスは提供しておりませんので、送迎を希望される</p>				

	場合はご相談下さい。 2 なし
入居定員	58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)

職種	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2	
	合計		常勤		
管理者	1	1	0	1.0	
生活相談員	1	1	0	1.0	
直接処遇職員	30	21	9	27.5	
介護職員	25	19	6	23.1	
看護職員	4	2	2	3.7	
機能訓練指導員	1	1	0	1.0	
計画作成担当者	1	1	0	0.6	
栄養士	0	0	0	0	
調理員	0	0	0	0	
事務員	0	0	0	0	
その他職員	0	0	0	0	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				38.75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)

資格	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	1	1	0
介護福祉士	15	13	1
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	3	2	1
介護支援専門員	0	0	0

(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	0	0	0
理学療法士	1	1	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19 時 15 分～ 7 時 30 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	3 人	3 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.5 : 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"/> なし
	業務に係る資格等			<input checked="" type="checkbox"/> あり	
	資格等の名称	介護福祉士、社会福祉主事任用資格			
	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

前年度1年間の採用者数	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	2	0	5	1	0	0	0	0	0	0
応業務に従事した職員の人数に 該当する経験年数	1年未満	0	1	4	0	1	0	0	1	0
	1年以上3年未満	0	1	4	0	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	1	4	2	0	0	1	0	0
	10年以上	2	0	8	0	0	0	0	0	0
	従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり		<input type="checkbox"/> 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】	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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（水光熱費、食費は1食ずつの減額） 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 家賃は、租税その他の負担軽減、諸物価の上昇その他の経済事情の変動、近隣比較等から不相当となった場合。 介護保険対象外費用は、施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し改定する。 手続き 入居者が支払うべき費用を改定する場合は、あらかじめ事業者は入居者及び身元保証人等に通知します。 事業者は、厚生労働省の定める介護保険法上の介護報酬単価及び所在地域の地域区分基準等、介護保険の基準が変更される場合には、それに応じて介護保険給付費を変更します。また、消費税率が改定

		される場合においては課税対象項目の金額を変更します。
--	--	----------------------------

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	3	2
	年齢	88歳	85歳
居室の状況	床面積	25.68 m ²	18.02 m ²
	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	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		258,288円	225,812円
家賃		100,000円	70,000円
サービス費用 介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	25,898円	23,422円
	食費+おやつ代	63,420円	63,420円
	介護費用	0円	0円
	共益費	20,000円	20,000円
	運営費	23,320円	23,320円
	管理費	25,650円	25,650円
	光熱水費（電気料金）	居室の電気代のみ実費	居室の電気代のみ実費

※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）

（注）入居者がテレビを設置する場合は、入居者がNHKと個別に契約し、放送受信料を負担する必要がある。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物の賃借、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	無し
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	居室の電気使用料を除く、水光熱費。施設共用の備品の維持費。共同スペースの清掃費用。
食費	給食委託費、食材料費、厨房設備・備品の維持費
光熱水費	実費相当

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	(運営費) 介護保険基準よりも手厚い職員配置の為の費用 共同生活に必要な消耗品・日用品の常備の為の費用

(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	介護保険制度に基づく要介護度・負担割合に応じた自己負担額を請求します。
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）	常勤職員4名増員する。
※ 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	9人
	女性	47人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	4人
	85歳以上	51人

要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	6 人
	要介護 2	11 人
	要介護 3	9 人
	要介護 4	20 人
	要介護 5	10 人
入居期間別	6 ヶ月未満	8 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	7 人
	1 年以上 5 年未満	27 人
	5 年以上 10 年未満	14 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	91 歳
入居者数の合計	56 人
入居率※	96.5%
※ 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	0 人
	医療機関	2 人
	死亡	10 人
	その他	1 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	4 人
	(解約事由の例) 入院中の解約や他施設への転居等	

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	洛和ホームライフ山科東野	
電話番号	075-582-8811	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	8:30~17:15
	日曜・祝日	8:30~17:15
定休日	無し	

窓口の名称	洛和会ヘルスケアシステム介護事業部ご意見受付窓口	
電話番号	075-593-4078	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	8:30~17:15
	日曜・祝日	対応しておりません
定休日	日曜・祝日	

窓口の名称	京都府国民健康保険団体連合会	
電話番号	075-354-9090	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	対応しておりません
	日曜・祝日	対応しておりません
定休日	土曜・日曜・祝日	

窓口の名称	京都市山科区役所 保健福祉センター健康長寿推進課	
電話番号	075-592-3290	
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	対応しておりません
	日曜・祝日	対応しておりません
定休日	土曜・日曜・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	[1] あり	(その内容) 保険会社名 あいおいニッセイ同和損害保険 保険名 介護・社会福祉事業者総合保険 補償の概要 業務遂行中または遂行の結果あるいは、施設の所有・使用もしくは管理に起因する法律上の損害賠償責任施設入居者が怪我をした際の見舞金（急激かつ偶然・外来の
---------------	--------	--

		事故)
	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 type="checkbox"/> あり	(その内容) 入居者に対する本件サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、入居者の家族等に連絡を行とともに、必要な措置を講じます。また、入居者に対する本件サービス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。
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり	実施日	年1回
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 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	令和7年3月24日
		評価機関名称	京都府認知症グループホーム協議会
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 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 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
管理規程	<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
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1 回及び随時開催
	<input type="checkbox"/> なし	
	1 代替措置あり	(内容)
<u>高齢者虐待防止のための取組の状況</u>	2 代替措置なし	
	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<u>身体的拘束等の適正化のための取組の状況</u>	担当者の配置	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<u>業務継続計画の策定状況等</u>	感染症に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	職員に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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」	1 あり <input type="checkbox"/> なし	

に合致しない事項	
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	<p>1 適合している（代替措置）</p> <p>2 適合している（将来の改善計画）</p> <p>3 適合していない</p>
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	