

## 重要事項説明書

|       |                  |
|-------|------------------|
| 記入年月日 | 令和7年1月1日         |
| 記入者名  | 橋本 恭明            |
| 所属・職名 | 洛和ホームライフ室町六角 施設長 |

### 1. 事業主体概要

|            |  |                                  |
|------------|--|----------------------------------|
| 種類         | 個人／法人 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<br>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_muromachirokkaku.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むろましろっかく<br>洛和ホームライフ室町六角 |   |
| 所在地      | 〒604-8211<br>京都市中京区六角通室町西入玉蔵町129-1       |   |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                                      | 地下鉄東西線 烏丸御池駅<br>阪急 烏丸駅<br>地下鉄烏丸線四条駅                       |
|          | 交通手段と所要時間                                | 地下鉄「烏丸御池駅」下車、徒歩約5分<br>阪急「烏丸駅」下車、徒歩約5分<br>地下鉄「四条駅」下車、徒歩約5分 |
| 連絡先      | 電話番号                                     | 075-222-0511  |
|          | FAX番号                                    | 075-222-0513  |
|          | メールアドレス                                  | hl_muromachirokkaku.rakuwa.or.jp                          |
|          | ホームページアドレス                               | http://www.rakuwa.or.jp/                                  |

|                           |     |             |
|---------------------------|-----|-------------|
| 管 理 者                     | 氏 名 | 橋本 恭明       |
|                           | 職 名 | 施設長         |
| 建 物 の 竣 工 日               |     | 平成28年12月31日 |
| 有 料 老 人 ホ ー ム 事 業 の 開 始 日 |     | 平成29年3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)<br><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)<br><input type="checkbox"/> 3 住宅型<br><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  | 2670301114 |
|  | 指定した自治体名   | 京都市        |
|  | 事業所の指定日    | 平成29年3月1日  |
|  | 指定の更新日(直近) | 令和5年3月1日   |

3. 建物概要

|      |  |  |  |                |
|------|--|--|--|----------------|
| 土 地  | 敷地面積   | 539.11 m <sup>2</sup>  |  |                |
|      | 所有関係   | 1 事業者が自ら所有する土地   |  |                |
|      |  | <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 ( <input type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借 )                             |  |                |
|      |  | 抵当権の有無   | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし   |                |
| 契約期間 |  | <input type="checkbox"/> 1 あり<br>(平成29年1月1日～平成53年12月31日)<br><input type="checkbox"/> 2 なし                  |  |                |
|      | 契約の自動更新  | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし  |  |                |
| 建 物  | 延床面積   | 全 体  | 1752.15 m <sup>2</sup>   |                |
|      |  | うち、老人ホーム部分   | 1752.15 m <sup>2</sup>   |                |
|      | 耐火構造   | <input type="checkbox"/> 1 耐火建築物<br><input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物<br><input type="checkbox"/> 3 その他( ) |  |                |
|      |  | 構 造  | <input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造<br><input type="checkbox"/> 2 鉄骨造<br><input type="checkbox"/> 3 木造<br><input type="checkbox"/> 4 その他( ) |                |
|      |  |  | 所有関係   | 1 事業者が自ら所有する建物 |
|      | <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 ( <input type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借 ) |  |  |                |
|      | 抵当権の設定   | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし   |  |                |
|      | 契約期間   | <input type="checkbox"/> 1 あり<br>(平成29年1月1日～平成53年12月31日)   |  |                |

|  |   |           |                 |                      |       |        |
|--|---|-----------|-----------------|----------------------|-------|--------|
|  |   |           | 日)<br>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<br>【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   | 有/無       | 有/無             | 22.35 m <sup>2</sup> | 1 戸   | 介護居室個室 |
|  | タイプ 2   | 有/無       | 有/無             | 18.06 m <sup>2</sup> | 20 戸  | 介護居室個室 |
|  | タイプ 3   | 有/無       | 有/無             | 18.82 m <sup>2</sup> | 8 戸   | 介護居室個室 |
|  | タイプ 4   | 有/無       | 有/無             | 20.56 m <sup>2</sup> | 6 戸   | 介護居室個室 |
|  | タイプ 5   | 有/無       | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ 6   | 有/無       | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ 7   | 有/無       | 有/無             | m <sup>2</sup>       |       |        |
| タイプ 8  | 有/無   | 有/無       | m <sup>2</sup>  |                      |       |        |
| タイプ 9  | 有/無   | 有/無       | m <sup>2</sup>  |                      |       |        |
| 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<br>便 房   | 7ヶ所       | うち男女別の対応が可能な便房  | 0ヶ所                  |       |        |
|  |   |           | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 5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<br>介 護 浴 槽   | 1ヶ所       | チ ェ ア ー 浴       | ヶ所                   |       |        |
|  |   |           | リ フ ト 浴         | 1ヶ所                  |       |        |
|  |   |           | ス ト レ ッ チ ャ ー 浴 | ヶ所                   |       |        |
| そ の 他 ( )  |   |           | ヶ所              |                      |       |        |
| 食 堂  | 1 あり 2 なし (118.09 m <sup>2</sup> )                          |           |                 |                      |       |        |
| 入居者や家族が利<br>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)<br>2 あり(ストレッチャー対応)<br>3 あり(上記1・2に該当しない)<br>4 なし |           |                 |                      |       |        |
| 消防用設備<br>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  | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
|     | スプリンクラー | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
|     | 防火管理者   | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
|     | 防災計画    | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 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        | <p>(1)入居者が、計画に基づき、入浴、排せつ、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行うことにより、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう援助を行います。</p> <p>(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且つ意欲的な日常生活が送れるよう援助を行います。</p> <p>(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。</p> |
| 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。   |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし  |
| 食事の提供           | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし  |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし <input type="checkbox"/> 4 その他   |
| 健康管理の供与         | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし  |
| 安否確認又は状況把握サービス  | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし  |
| 生活相談サービス        | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                |          | (II) | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                |          | (I)  | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |

|   |            |           |           |
|---|------------|-----------|-----------|
| ※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。 | 生活機能向上連携加算 | (Ⅱ)       | 1 あり 2 なし |
|   | ADL維持等加算   | (Ⅰ)       | 1 あり 2 なし |
| (Ⅱ)   |            | 1 あり 2 なし |           |
| 個別機能訓練加算  | (Ⅰ)        | 1 あり 2 なし |           |
|   | (Ⅱ)        | 1 あり 2 なし |           |
| 夜間看護体制加算  | (Ⅰ)        | 1 あり 2 なし |           |
|   | (Ⅱ)        | 1 あり 2 なし |           |
| 若年性認知症入居者受入加算   | (Ⅰ)        | 1 あり 2 なし |           |
|   | (Ⅱ)        | 1 あり 2 なし |           |
| 協力医療機関連携加算（※1）  | (Ⅰ)        | 1 あり 2 なし |           |
|   | (Ⅱ)        | 1 あり 2 なし |           |
| 口腔衛生管理体制加算（※2）  |            |           | 1 あり 2 なし |
| 口腔・栄養スクリーニング加算  |            |           | 1 あり 2 なし |
| 退院・退所時連携加算  |            |           | 1 あり 2 なし |
| 退去時情報提供加算   |            |           | 1 あり 2 なし |
| 看取り介護加算   | (Ⅰ)        | 1 あり 2 なし |           |
|   | (Ⅱ)        | 1 あり 2 なし |           |
| 認知症専門ケア加算   | (Ⅰ)        | 1 あり 2 なし |           |
|   | (Ⅱ)        | 1 あり 2 なし |           |
| 高齢者施設等感染対策向上加算  | (Ⅰ)        | 1 あり 2 なし |           |
|   | (Ⅱ)        | 1 あり 2 なし |           |
| 新興感染症等施設療養費   |            |           | 1 あり 2 なし |
| 生産性向上推進体制加算   | (Ⅰ)        | 1 あり 2 なし |           |
|   | (Ⅱ)        | 1 あり 2 なし |           |

※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。

|                      |   |                           |   |
|----------------------|---|---------------------------|---|
|                      | 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 checked="" 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 checked="" 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)                   | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>     |
|                      |   | (Ⅴ) (2)                   | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>     |
|                      |   | (Ⅴ) (3)                   | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>     |
|                      |   | (Ⅴ) (4)                   | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>     |
|                      |   | (Ⅴ) (5)                   | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>     |
|                      |   | (Ⅴ) (6)                   | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>     |
|                      |   | (Ⅴ) (7)                   | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>     |
|                      |   | (Ⅴ) (8)                   | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>     |
|                      |   | (Ⅴ) (9)                   | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>     |
|                      |   | (Ⅴ) (10)                  | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>     |
|                      |   | (Ⅴ) (11)                  | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>     |
|                      |   | (Ⅴ) (12)                  | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>     |
| (Ⅴ) (13)             | <u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u> |                           |   |
| (Ⅴ) (14)             | <u>1 あり 2 なし</u>                          |                           |   |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> あり    | (介護・看護職員の配置率)<br>2. 5 : 1 |   |
|                      | 2 なし                                      |                           |   |

(医療連携の内容)

|                |      |  |   |                                       |
|----------------|------|--|---|---------------------------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 |      | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input type="checkbox"/> 3 通院介助<br>4 その他 ( ) |   |                                       |
| 協力医療機関         | 1    | 名称   | 医療法人洛和会 丸太町病院                                   |                                       |
|                |      | 住所   | 京都市中京区七本松通丸太町上ル                                 |                                       |
|                |      | 診療科目   | 総合診療科、心臓内科、形成外科他                                |                                       |
|                |      | 協力科目   | 健康相談(必要時通院)、緊急時受け入れ                             |                                       |
|                |      | 協力内容   | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>診療を行う体制を常時確保                 | <input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし |
|                | 2    | 名称   | 医療法人和宏会 らくわ往診クリニック四条                            |                                       |
|                |      | 住所   | 京都市下京区西洞院仏光寺上ル綾西洞院町760 西洞院ビル<br>3階              |                                       |
|                |      | 診療科目   | 内科・外科   |                                       |
|                |      | 協力科目   | 訪問診療  |                                       |
|                |      | 協力内容   | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>診療を行う体制を常時確保                 | <input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし |
|                | 3    | 名称   | はやし神経内科   |                                       |
|                |      | 住所   | 京都市中京区御池通北側高倉東入る御所八幡町 231 シカタカ<br>トルズビルディング 4 階 |                                       |
|                |      | 診療科目   | 神経内科・内科   |                                       |
|                |      | 協力科目   | 訪問診療  |                                       |
| 協力内容           |      | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>診療を行う体制を常時確保  | <input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし           |                                       |
| 4              | 名称   | 医療法人葵会 さくらクリニック  |   |                                       |
|                | 住所   | 京都市伏見区下鳥羽中円面田町 24-205 号  |   |                                       |
|                | 診療科目 | 内科・精神科   |   |                                       |
|                | 協力科目 | 訪問診療   |   |                                       |

|                           |  |   |   |   |  |
|---------------------------|--|---|---|---|--|
|                           |  | 協力内容                                    | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>診療を行う体制を常時確保           | <input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |  |
|                           | 5  | 名称                                      | 医療法人みのり会 おかやま在宅クリニック                      |   |  |
|                           |  | 住所                                      | 京都市中京区少将井町 245-1<br>藤和シティスクエア烏丸丸太町 201 号室 |   |  |
|                           |  | 診療科目                                    | 内科・麻酔科                                    |   |  |
|                           |  | 協力科目                                    | 訪問診療                                      |   |  |
| 協力内容                      | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>診療を行う体制を常時確保          | <input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |   |   |  |
| 新興感染症発<br>生時に連携す<br>る医療機関 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり |   |   |   |  |
|                           | 医療機関の名称                                  | 医療法人洛和会 丸太町病院                           |   |   |  |
|                           | 医療機関の住所                                  | 京都市中京区七本松通丸太町上ル                         |   |   |  |
|                           | <input type="checkbox"/> 2 なし            |   |   |   |  |
| 協力歯科医療<br>機関              | 1  | 名称                                      | なかお七本松歯科クリニック                             |   |  |
|                           |  | 住所                                      | 京都市中京区西ノ京池ノ内町 16-41 京都友禅館ビル 2 階           |   |  |
|                           |  | 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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他(            ) |
| 判断基準の内容                  | ご利用者の身体及び認知症状等                                     |
| 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      |
|              | 2 なし      |           |

(入居に関する要件)

|                            |  |   |
|----------------------------|--|---|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】         | 自立している者  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                            | 要支援の者  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                            | 要介護の者  | <input checked="" type="checkbox"/> 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 洛和ホームライフ室町六角の各契約書・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>   |   |
| 契約の解除の内容<br>事業主体から解約を求める場合 | <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時。</p> <p>2 利用料の支払いを2ヶ月以上滞納し、事業者が利用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、直ちに利用料の全額の支払いをしない場合、事業者は、30日の予告期間を置いて文書で通知する事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事ができない時。</p> <p>4 入居者が診療所や病院に入院し、3ヶ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ヶ月を超え、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19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みられない場</p> |   |

|              |   |
|--------------|---|
|              | 合。  |
|              | 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)(PM2時~翌日PM2時)<br/>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。<br/>2日以上のご利用についてはご相談下さい。<br/>送迎サービスは提供しておりませんので、送迎を希望される場合はご相談ください。</p> <p>2 なし</p> |
| 入居定員         | 35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<br>※1※2 |
|--------------------------|-----------|----|-----|----------------|
|                          | 合計        | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者                      | 1         | 1  |     | 1.0            |
| 生活相談員                    | 1         | 1  |     | 1.0            |
| 直接処遇職員                   | 17        | 14 | 3   | 17.4           |
| 介護職員                     | 14        | 14 | 0   | 14.0           |
| 看護職員                     | 3         | 0  | 3   | 3.4            |
| 機能訓練指導員                  | 1         | 1  |     | 1.0            |
| 計画作成担当者                  | 1         | 1  |     | 1.0            |
| 栄養士                      |           |    |     |                |
| 調理員                      |           |    |     |                |
| 事務員                      |           |    |     |                |
| その他職員                    | 1         |    | 0.5 | 0.5            |
| 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)

|                   | 合 計 | 勤 務 状 態 |       |
|-------------------|-----|---------|-------|
|                   |     | 常 勤     | 非 常 勤 |
| 社 会 福 祉 士         | 0   | 0       | 0     |
| 介 護 福 祉 士         | 11  | 11      | 0     |
| 実 務 者 研 修 の 修 了 者 | 1   | 1       | 0     |
| 初 任 者 研 修 の 修 了 者 | 2   | 2       | 0     |
| 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 | 勤 務 状 態 |       |
|-----------------------|-----|---------|-------|
|                       |     | 常 勤     | 非 常 勤 |
| 看 護 師 又 は 准 看 護 師     | 1   | 1       | 0     |
| 理 学 療 法 士             | 0   | 0       | 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( 17時15分～ 8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                  | 2 人     | 2 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<br>(一般型特定施設以外の場) | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】 | a 1.5:1以上<br>b 2:1以上<br><input checked="" type="checkbox"/> c 2.5:1以上<br>d 3:1以上 |
|--|-----------------------|--|

|  |                                  |       |
|--|----------------------------------|-------|
| 合、本欄は省略可能)   | 実際の配置比率<br>(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 |  | 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                              |                 | 0                                      | 0  | 1       | 0     | 0         | 0     | 0             | 0     | 0             | 0     |  |
| 前年度1年間の退職者数                              |                 | 0                                      | 0  | 1       | 1     | 0         | 0     | 0             | 0     | 0             | 0     |  |
| 就 業 務 に 従 事 し た 経 験 年 数 に 応 じた 職 員 の 人 数 | 1年未満            | 0                                      | 0  | 1       | 0     | 0         | 0     | 0             | 0     | 0             | 0     |  |
|  | 1年以上3年未満        | 0                                      | 0  | 2       | 0     | 1         | 0     | 0             | 0     | 0             | 0     |  |
|  | 3年以上5年未満        | 0                                      | 0  | 3       | 0     | 0         | 0     | 0             | 0     | 1             | 0     |  |
|  | 5年以上10年未満       | 0                                      | 1  | 5       | 0     | 0         | 0     | 0             | 0     | 0             | 0     |  |
|  | 10年以上           | 0                                      | 2  | 3       | 0     | 0         | 0     | 1             | 0     | 0             | 0     |  |
|  | 従業者の健康診断の実施状況   |  | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |         |       |           |       |               |       |               |       |  |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

|                                |       |  |
|--------------------------------|-------|--|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】              |       | 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式  |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           |       | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式  |
|                                |       | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択   |
| 年齢に応じた金額設定                     |       | 1 あり 2 なし  |
| 要介護状態に応じた金額設定                  |       | 1 あり 2 なし  |
| 入院等による不在時における<br>利用料金(月払い)の取扱い |       | 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額 (水道光熱費。食費は1食ずつの減額)<br>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、租税その他の負担の増減、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<br>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等を勘案し改定する  |
|                                | 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。<br>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(2階~4階) | プラン 2(5階) |
|--------|---------|--------------|-----------|
| 入居者の状況 | 要 介 護 度 | 2            | 3         |
|        | 年 齢     | 88歳          | 85歳       |
| 居室の状況  | 床 面 積   | 18.06㎡       | 18.06㎡    |
|        | 便 所     | 1 有 2 無      | 1 有 2 無   |
|        | 浴 室     | 1 有 2 無      | 1 有 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   | 0 円   | 0 円       |          |          |     |         |         |           |           |
|              |              | 敷              | 金   | 0 円   | 0 円       |          |          |     |         |         |           |           |
| 月額費用の合計      |              |                |   | 328,707 円                                   | 341,086 円 |          |          |     |         |         |           |           |
| 家賃<br>サービス費用 | 家賃           |                |   | 105,000 円                                   | 115,000 円 |          |          |     |         |         |           |           |
|              | サービス費用<br>※1 | 特定施設入居者生活介護の費用 |   |   | 21,818 円  | 24,197 円 |          |     |         |         |           |           |
|              |              | 介護保険外<br>※1    | 食   | 費   | 68,700 円  | 68,700 円 |          |     |         |         |           |           |
|              |              |                | 共   | 益   | 費         | 20,000 円 | 20,000 円 |     |         |         |           |           |
|              |              |                | 介   | 護   | 費         | 用        | 0 円      | 0 円 |         |         |           |           |
|              |              |                | 居   | 室   | の         | 電        | 気        | 代   | 4,074 円 | 4,074 円 |           |           |
| そ            | の            | 他              | (運  | 営   | 費         | +        | 管        | 理   | 費)      | ※2      | 109,115 円 | 109,115 円 |

※1 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)

※2 (内訳)運営費:71,817 円 管理費:37,298 円

(利用料金の算定根拠)

| 費                    | 目   | 算  | 定  | 根                            | 拠 |
|----------------------|-----|--|--|------------------------------|---|
| 家                    | 賃   | 建物の賃借料、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  | 特定施設入居者生活介護に基づく費用(上乘せサービス除く) |   |
| 共                    | 益   | 費  | 共同スペース等に係る維持管理・修繕費。                              |                              |   |
| 管                    | 理   | 費  | 居室の電気使用料を除く、光熱水費。施設共用の備品の維持費。<br>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 |  |  |                              |   |
| 運                    | 営   | 費  | 介護保険基準よりも手厚い職員配置の為の費用<br>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(上乘せサービス) | 常勤職員 2 名を増員します。                     |

(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               | 7 人  |
|           | 女 性               | 26 人 |
| 年 齢 別     | 6 5 歳 未 満         | 0 人  |
|           | 65 歳 以 上 75 歳 未 満 | 1 人  |
|           | 75 歳 以 上 85 歳 未 満 | 5 人  |
|           | 8 5 歳 以 上         | 27 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 | 2 人  |
|       | 要 介 護         | 2 | 2 人  |
|       | 要 介 護         | 3 | 7 人  |
|       | 要 介 護         | 4 | 13 人 |
|       | 要 介 護         | 5 | 9 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        |   | 6 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  |   | 4 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   |   | 13 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  |   | 10 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   | 89.8 歳 |
| 入 居 者 数 の 合 計                                   | 33 人   |
| 入 居 率 ※   | 94.2%  |
| ※ 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         | 0 人                                 |
|         | 死 亡 者           | 8 人                                 |
|         | そ の 他           | 0 人                                 |
| 生前解約の状況 | 施 設 側 の 申 し 出   | 0 人<br>(解約事由の例)                     |
|         | 入 居 者 側 の 申 し 出 | 0 人<br>(解約事由の例)<br>入院中の解約や他施設への転居など |

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 | 洛和ホームライフ室町六角 |
|-----------|--------------|

|          |              |            |
|----------|--------------|------------|
| 電 話 番 号  | 075-222-0511 |            |
| 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   | 075-353-5802              |            |
| 対応している時間  | 平 日                       | 8:30~17:15 |
|           | 土 曜                       | 8:30~17:15 |
|           | 日 曜・祝 日                   | 対応していません。  |
| 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                       | 対応していません。  |
|           | 日 曜・祝 日                   | 対応していません。  |
| 定 休 日     | 土曜・日曜・祝日                  |            |

|           |                          |            |
|-----------|--------------------------|------------|
| 窓 口 の 名 称 | 京都市中京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課 |            |
| 電 話 番 号   | 075-812-2566             |            |
| 対応している時間  | 平 日                      | 8:30~17:00 |
|           | 土 曜                      | 対応していません。  |
|           | 日 曜・祝 日                  | 対応していません。  |
| 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)<br>保険会社名 あいおいニッセイ同和損害保険<br>保 険 名 介護・社会福祉事業者総合保険<br>補償の概要 業務遂行中または遂行の結果あるいは、<br>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<br>施設入居者がケガをした際の見舞金<br>(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 checked="" type="checkbox"/> あり         | (その内容)<br>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うとともに、必要な措置を講じます。<br>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。 |
|                               | 2 なし   |   |
| 事故対応及びその予防のための指針              | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日    | 年1回  |
|                                  |  | 結果の開示  | <input checked="" 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    |  |
|                                  |  | 評価機関名称 |  |
|                                  |  | 結果の開示  | 1 あり    2 なし                                   |
|                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |

10. その他



|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 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<br>の場合等の特例」への適合性 | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針の不適合事項      |  |
| 不適合事項がある場合の内容                  |  |