

ライフハウス京都醒ヶ井 重要事項説明書

記入年月日	2017年7月1日
記入者名	下田 直也
所属・職名	ライフハウス京都醒ヶ井・ハウス長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) <small>かぶしきがいしゃせいかつかがくうんえい</small> 株式会社生活科学運営	
主たる事務所の所在地	〒108-0014 東京都港区芝四丁目2番3号	
連絡先	電話番号	03-5427-3177
	FAX番号	03-5427-3171
	ホームページアドレス	http://www.seikatsu-kagaku.co.jp/
代表者	氏名	浦田 慶信
	職名	代表取締役社長
設立年月日	1991年（平成3年）9月26日	
主な実施事業	※別添1（別々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) <small>らいふほうすきょうとさめがい</small> ライフハウス京都醒ヶ井	
所在地	〒600-8335 京都府京都市下京区醒ヶ井通り高辻下ル住吉町504番地	
主な利用交通手段	最寄駅	阪急京都線「大宮」駅
	交通手段と所要時間	<ul style="list-style-type: none"> ・ 阪急京都線「大宮」駅下車（800m）徒歩10分 ・ 京都駅より市バス28「嵐山大覚寺」行き、「堀川松原」下車 ・ 京都駅より市バス9「西賀茂車庫」行き、「堀川松原」下車

連絡先	電話番号	075-352-7750
	FAX番号	075-352-7740
	ホームページ アドレス	http://www.seikatsu-kagaku.co.jp/kyoto/samegai/
管理者	氏名	下田 直也
	職名	ハウス長
建物の竣工日		2008年（平成20年）10月10日
有料老人ホーム事業の開始日		2008年（平成20年）11月1日

【類型】【表示事項】

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）		
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 checked="" type="checkbox"/> 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	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	487.66 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成18年10月13日～ 平成48年10月12日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	3660.90 m ² （テナントを除く）
		うち、老人ホーム部分	m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
3 その他（ ）			
構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造（地上10階建） 2 鉄骨造 3 木造		

		4 その他 ()						
所有関係	1	事業者が自ら所有する建物						
		2	事業者が賃借する建物					
			抵当権の設定	1 あり	2 なし			
			契約期間	1 あり (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						
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	40.37 m ² ~ 71.28 m ²	49 室	一般居室個室		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。								
共用施設	共用便所における 便房	4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	2ヶ所				
	共用浴室	2ヶ所	個室	0ヶ所				
			大浴場	2ヶ所				
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所				
			リフト浴	0ヶ所				
			ストレッチャー浴	0ヶ所				
その他 ()			0ヶ所					
食堂	1	あり	2	なし				
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
その他	食堂（多目的室兼用）、健康相談室、サークル室、相談室、談話室、駐車場（来客用）、駐輪場				

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	入居者の意思及び人格を尊重して、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めます。				
サービスの提供内容に関する特色	<p>【健康管理・増進サービス】 救急時対応、毎日の安否確認、健康相談</p> <p>【医療支援サービス】 入退院時の付き添い、お見舞い</p> <p>【生活相談サービス】 各種相談、助言など</p> <p>【生活サポートサービス】 入居時サービス、フロントサービス、病気時サービス他</p> <p>【食事サービス】 原則として、毎日1日3食を提供する体制を整え、栄養士等必要な職員を配置します。 (食費は実費)</p> <p>【大浴場サービス】 男女別の大浴場</p> <p>【コミュニケーションサポートサービス】 生きがい支援、イベント企画</p> <p>【ハウスが提供するサービスの内容、頻度、費用負担】 別添生活支援サービス一覧表をご参照下さい。</p> <p>【事故発生時の対応】 万一事故等が発生した場合には、事故対応マニュアルに基づき、応急措置、家族又は緊急連絡先に連絡すると共に、速やかに主治医又は119番に連絡を取る等、必要な措置を講じます。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。</p>				
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 checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	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
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり 2 なし
(Ⅱ)		1 あり 2 なし	
(Ⅲ)		1 あり 2 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) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1	救急車の手配
	2	入退院の付き添い
	3	通院介助
	4	その他 (お見舞い等)
協力医療機関	名称	医療法人社団 洛和会
	住所	京都府京都市中京区西ノ京車坂町9番地
	診療科目	総合診療科、循環器科、呼吸器内科、消化器内科、 内分泌糖尿病科、心臓内科、心臓血管外科
	協力内容	健康管理、健康指導、健康診断の実施、入院先の紹介 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 ※緊急時の受け入れ等は洛和会丸太町病院が行います。

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 (事業主体が運営する他の施設) <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
判断基準の内容	一時的に 24 時間の頻繁な介護が必要となった場合は、医師の意見を踏まえ、本人及び入居契約における身元引受人の意見を聴き、同意の上、他のハウスの一時介護室 (介護居室を含む) で介護します。その場合の期間は 1 ヶ月を目安とします。	
手続きの内容	一時介護室利用申し入れ書を提出いただきます。	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし 入居一時金の精算は致しませんが、管理費は他のハウス介護居室管理費お一人分をお支払いいただきます。	
居室利用権の取扱い	一時的に利用する共用施設であり、一般居室の利用権に変更はありません。	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 (事業主体が運営する他の施設) <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
判断基準の内容	3 ヶ月の観察期間の後、要介護認定重度又は在宅サービスを利用している介護が困難になった場合には、以下①～③を確認の上、住みかえとして会社が指定する他のハウスの介護居室へ利用権を移行していただく場合があります。 ①入居者及び身元引受人の同意を得ること ②事業者の指定する医師の意見を聴くこと ③管理規程に定める判定委員会の判定に従うこと	
手続きの内容	付属契約書 (住みかえ) を締結いただき、管理費は介護居室管理費をお支払いいただきます。 なお、年払い方式を選択した場合の住みかえ後の費用については、当該介護居室の入居一時金から算出した入居一時金を毎年お支払いいただきます。	

追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 二人入居され、どちらか一方が介護居室へ移った場合は、介護居室利用料（60,000 円／月）を別途お支払いいただくことで利用権を取得いただけます。この場合の管理費は一般居室の管理費お一人分の他、介護居室管理費お一人分をお支払いいただきます。	
居室利用権の取扱い	一般居室から介護居室へ移行します。	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (変更内容)

(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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	(入居者の条件) 55 歳以上の方（年払い方式利用の場合は 60 歳以上の方）。共同生活が円満にできる方。 二人入居の場合の追加入居者は、入居資格を満たしている方。 但し、夫婦と限りません。親子、友人でも可能です。 自らおよび身元引受人等が反社会的勢力に該当しないこと。	
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 (2 名の場合はどちらとも逝去した場合) ②入居者から契約解約が行われた場合 ③事業者から契約解除が行われた場合 ・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 ・管理費その他の費用の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞したとき ・禁止又は制限される行為の規定に違反したとき ・入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 30 条
	解約予告期間	180 日間

入居者からの解約予告期間	30日間
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり 当該居室に空きのある場合体験入居が可能です。 1泊2食付き7,000円(税込)です。 <input type="checkbox"/> なし
入居定員	98名(49室)
その他	(身元引受人の条件・義務等) 契約者お一人につき、身元引受人1名を定めていただきます。 入居者がお夫婦、兄弟姉妹等(三親等まで)の場合は、お互いに身元引受人になり、その他に第三者お一人を定めていただきます。 身元引受人は、入居者及び事業者の相談を受けることが可能な方で、入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、判定委員会細則に定めるところに従い、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。 また、入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き受けを行います。 ※身元引受人がたてられない方は、事業者指定の公正証書を別途締結いただきます。(別途手数料がかかります。)

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	
ハウス長	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	1		1	
介護職員				
看護職員	1		1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1	1		
調理員	6		6	
事務員	1	1		
その他職員	6	1	5	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37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		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

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

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

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

合、本欄は省略可能)	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
※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 2 なし							
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称								
	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										
前年度1年間の 退職者数										
応じた 業務に従事した 職員の人数 の経験年数に	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が6ヶ月以上の場合に限り、管理費については7ヶ月目より半額(お二人の場合はお一人分)となります。	
利用料金 の改定	条件 手続き	所在地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、運営懇談会の意見を聴いた上で行います。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (一括払い方式)	プラン2 (年払い方式)
入居者の状況	要介護度	自立	自立
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	44.46 m ²	44.46 m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	30,700,000円	3,070,000円
	敷金	0円	0円

月額費用の合計		147,930 円	147,930 円	
家賃		0 円	0 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0 円	0 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費*1	61,530 円	61,530 円
		管理費*2	86,400 円	86,400 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	実費	実費
	その他	0 円	0 円	

※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）

* 1ヶ月を30日とし、全食注文した場合の金額です。お支払いは注文した分のみとなります。

朝食：432円 昼食：777円 夕食：842円

*2 管理費お二人入居の場合 129,600円

その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料

・事業用ごみとなるため処理代（1居室につき月額617円）

【年齢55歳以上60歳未満の場合】

上記金額は60歳以上の一時金です。55歳以上60歳未満の場合は上記に加え、別途年齢による付加金が必要です。二人入居の場合には、いずれか若い方の年齢が対象です。

付加金=入居一時金×満60歳迄の月数÷(120ヶ月+満60歳迄の月数)

入居契約後に追加の入居者を申し出る場合は、別途追加入居一時金800万円が必要になります。

※二人同時契約の場合の追加入居一時金は不要です。追加入居者は、一人目の入居契約締結日時点で満60歳以上の方が対象となります。

【年払い方式の場合】

上記金額は、1年間あたりの金額です。入居期間中は毎年同額をお支払いいただきます。

尚、契約締結日から1年目の更新時に限り、一括払い方式への移行が可能です。この場合の一時金は契約時の1年分を減した額となります。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	—
敷金	—
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	事務、管理部門の人件費、サービス提供の為に人件費、共用施設等の維持管理費、備品、消耗品費に係る費用相当額
食費	食事提供に必要な食材料費及び調理人件費に係る費用相当額
光熱水費	—
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	人件費等を勘案したサービスごとの価格設定 別添 2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
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）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) 全額前払い方式の場合

算定根拠	家賃相当額 × 想定居住期間 + 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	
想定居住期間（償却年月数）	120 か月（10 年）	
償却の開始日	入居日(鍵の引き渡し日)	
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）	入居一時金の 15%相当額	
初期償却率	入居一時金の 15%相当額	
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	償却開始日より 3 ヶ月以内の解約の場合は、償却開始日から契約終了日までに係る日割り分を除き、全額返還します。
	入居後 3 月を超えた契約終了	入居一時金の 85%を 120 ヶ月で償却する下記の算式により返還。契約終了日の翌日から起算して 90 日以内に返還します。居室の原状回復のための実費を差し引かれる場合があります。

		<p>【年齢 60 歳以上の場合】 (返還金算定式) 返還金 = 入居一時金 - 入居一時金 × 15% - (月次償却額^{※1} × 経過月数^{※2}) ※1 月次償却額 = 入居一時金 × 85% ÷ 120 ヶ月 ※2 償却開始日及び契約終了日の属する月は日割り計算</p> <p>【年齢 55 歳以上 60 歳未満の場合】 年齢 55 歳以上 60 歳未満の場合の算定式は下記となります。 (返還金算定式) 返還金 = 入居一時金及び付加金 - 入居一時金及び付加金 × 15% - 月次償却額^{※1} × 経過月数^{※2}) ※1 月次償却額 = 入居一時金及び付加金 × 85% ÷ (120 ヶ月 + 満 60 歳までの月数) ※2 償却開始日及び契約終了日の属する月は日割り計算</p> <p>《追加入居一時金》 (返還金算定式) 返還金 = 追加入居一時金 - 追加入居一時金 × 15% - (月次償却額^{※1} × 経過月数^{※2}) ※1 月次償却額 = 追加入居一時金 × 85% ÷ 償却月数 ※2 償却開始日及び契約終了日が属する月は日割り計算</p>	
前払金の 保全先	1	連帯保証を行う銀行等の名称	
	2	信託契約を行う信託会社等の名称	
	3	保証保険を行う保険会社の名称	
	4	全国有料老人ホーム協会	
	5	その他 (名称 :)	

(前払金の受領) 年払い方式の場合

算定根拠	家賃相当額 × 想定居住期間 + 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	
想定居住期間 (償却年月数)	12 か月 (1 年)	
償却の開始日	入居日(鍵の引き渡し日)	
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)	—	
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	償却開始日より 3 ヶ月以内の解約の場合は、償却開始日から契約終了日までに係る日割り分を除き、全額返還します。更新日より 3 か月以内の解約の場合は、更新日より契約終了日までに係る日割り分を除き、全額返還します。

(入居者の属性)

平均年齢	80.3歳
入居者数の合計	48人
入居率*	49.0% (契約率85.7%)
※ 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	2人
	医療機関	0人
	死亡者	0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	2人
	(解約事由の例) 他施設転居等	

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		①ライフハウス京都醒ヶ井 相談、苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置いています。事情により即時に対応できない場合は後日回答となる場合があります。 ②株式会社生活科学運営 ご入居者相談窓口 ③株式会社生活科学運営 個人情報管理係
電話番号		①電話 075-352-7750 FAX 075-352-7740 ②電話 0120-045-485 FAX03-5427-3171 ③電話 0120-045-485 FAX 03-5427-3171
対応している時間	平日	①午前9時00分～午後5時30分 ②午前10時00分～午後5時00分 ③午前10時00分～午後5時00分
	土曜	①午前9時00分～午後5時30分 ②午前10時00分～午後5時00分

	日曜・祝日	①午前9時00分～午後5時30分 ②午前10時00分～午後5時00分
定休日		①②についてはなし。 但し、事情により即時に対応できない場合は後日解答となる場合があります。 ③については土・日・祝日
窓口の名称		① 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 ② 京都市保健局長寿社会部長寿福祉課
電話番号		① 03-3548-1077 ② 075-251-1106
対応している時間	平日	①午前10時～午後5時 ②午前8時30分～午後5時
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・祝日・年末年始

(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)
	<input type="checkbox"/> 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) 事故防止・対応マニュアルにもとづき、対応します。
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2012年2月18日
		評価機関名称	(株)ぎょうせい総合研究所
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 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 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 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 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年12回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: シニアハウス長居公園 他) 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	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	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（別の実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

説明年月日 年（平成 年） 月 日 説明者署名 _____ 印

★ 私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

入居者氏名 _____ 印

入居者氏名 _____ 印

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

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

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無				○なし		あり		
	管理費等に含むサービス		備考	個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）				
	なし	あり		なし	あり	包含	都度	料金
<介護サービス>								
○巡回・安否確認								
・昼間 9:00~17:00		○	1回/日(ボード)	○				
・夜間 17:00~9:00		○	必要時見守り※1	○				
○食事介助				○				
○排泄				○				
・排泄介助				○				
・おむつ交換				○				
・おむつ代					○	○		実費
○入浴等				○				
・清拭				○				
・一般浴介助				○				
・特浴介助				○				
○身辺介助				○				
・体位変換				○				
・居室からの移動				○				
・衣服の着脱				○				
・身だしなみ介助				○				
○生活リハビリ				○				
○通院の付き添い（病院一覧表内）					○	○		必要時（270~324円/10分）
○緊急時対応				○				
・緊急通報装置		○	24時間対応	○				
<生活サービス>								
○家事								
・清掃					○	○		必要時（216円/10分）
・洗濯					○	○		必要時（216円/10分）
・布団干し					○	○		必要時（216円/10分）
・簡単な家具の組み立て					○	○		必要時（216円/10分）
・居室への配膳・下膳					○	○		必要時（216円/10分）
○代行								
・買物					○	○		必要時（216円/10分）
・役所手続き					○	○		必要時（216円/10分）
・支払い代行（立替払い）		○	フロント対応のみ		○	○		必要時（216円/10分）
・新聞・郵便物等の管理		○	不在時のみ		○	○		10分216円
・貴重品類の保管		○	入院、判断力低下等の場合		○	○		必要時（216円/回）
<健康管理サービス>								
・バイタルチェック		○			○	○		10分324円
・健康相談		○	随時	○				
・薬の仕分け管理・服薬支援		○			○	○		必要時（324円/10分）
・生活指導		○	随時	○				
入退院時・入院中のサービス※1								
・退院時の付き添い（病院一覧表内）		○	必要時	○				
・お見舞い（病院一覧内）		○	週1回		○	○		2回/週以上（216円10分）
・お見舞い（病院一覧外）		○			○	○		10分216円

※1:一時的に頻繁な見守りが必要になった場合には、1ヶ月を目安に夜間見守りを行います。
 ※2:入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。
 注)上記サービスに関わる交通費は実費入居者負担です。但し、緊急時対応及び週1回のお見舞いについては除きます。