



介護付有料老人ホーム  
特定施設入居者生活介護  
介護予防特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム シルバーホーム衣笠

# 重要事項説明書

社会福祉法人 大五京

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成29年7月1日 |
| 記入者名  | 林 利矢子     |
| 所属・職名 | ホーム長      |

### 1. 事業主体概要

|            |   |   |
|------------|---|---|
| 種類         | 個人／ <u>法人</u>                           |   |
|            | ※法人の場合、その種類                             | 社会福祉法人  |
| 名称         | (ふりがな) シャカイフクシホウジン だいごきょう<br>社会福祉法人 大五京 |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒603-8485 京都市北区衣笠衣笠山町 10 番地             |   |
| 連絡先        | 電話番号                                    | 075-463-8703  |
|            | FAX番号                                   | 075-461-2247  |
|            | ホームページアドレス                              | <a href="http://www.dai5kyo.or.jp/">http://www.dai5kyo.or.jp/</a> |
| 代表者        | 氏名                                      | 杉本 五十洋  |
|            | 職名                                      | 理事長   |
| 設立年月日      | 昭和26年4月1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)                  |   |

### 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) ゆうりょうろうじんほーむ しるばーほーむきぬがさ<br>有料老人ホーム シルバーホーム衣笠 |   |
| 所在地      | 〒603-8486 京都市北区衣笠赤阪町 1 番地                            |   |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅  | 駅   |
|          | 京都市バス<br>「衣笠氷室町」<br>徒歩3分                             | ① 市バス利用の場合<br>「立命館」よりバス乗車10分⇒「衣笠氷室町」停留所下車 徒歩3分<br>② タクシー利用の場合<br>地下鉄「北大路」より乗車15分                  |
| 連絡先      | 電話番号   | 075-462-6101  |
|          | FAX番号  | 075-462-2549  |
|          | ホームページアドレス   | <a href="http://www.dai5kyo.or.jp/silver-kinugasa/">http://www.dai5kyo.or.jp/silver-kinugasa/</a> |
| 管理者      | ホーム長   | 林 利矢子   |
|          | 事務長  | 大 仲 智子  |



|   |   |                |                                 |                     |        |        |
|---|---|----------------|---------------------------------|---------------------|--------|--------|
|   | 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<br>( 年 月 日～ 年 月 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 (26 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※    |
|   | Aタイプ1   | 有              | 無                               | 20.2 m <sup>2</sup> | 10     | 一般居室個室 |
|   | Aタイプ2   | 有              | 無                               | 18.6 m <sup>2</sup> | 6      | 一般居室個室 |
|   | Bタイプ3   | 有              | 無                               | 23.5 m <sup>2</sup> | 1      | 一般居室個室 |
|   | Bタイプ4   | 有              | 無                               | 28.0 m <sup>2</sup> | 6      | 一般居室個室 |
|   | Bタイプ5   | 有              | 無                               | 29.1 m <sup>2</sup> | 1      | 一般居室個室 |
|   | Bタイプ6   | 有              | 無                               | 27.6 m <sup>2</sup> | 1      | 一般居室個室 |
| Cタイプ7   | 有   | 有(シャワー)        | 37.2 m <sup>2</sup>             | 1                   | 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  | 5ヶ所            | うち男女別の対応が可能な便房                  | 1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                              | 1ヶ所                 |        |        |
|   |   |                | 大浴場                             | 1ヶ所                 |        |        |
|   | 共用浴室における介護浴槽  | 1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                        | 1ヶ所                 |        |        |
| その他(個浴 )  |   |                | 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)<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 |
| その他    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・談話室（機能訓練、行事・催事、応接室として使用）</li> <li>・お茶室（幼稚園児：こども園児の茶会等）</li> <li>・サンルーム（寛ぎの場）</li> <li>・ランドリー室</li> <li>・食堂（お誕生日会、シナプソロジー、童謡の会、カラオケ）</li> </ul> |      |      |

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

|                 |   |      |      |
|-----------------|---|------|------|
| 運営に関する方針        | 「生活のパートナーとして、利用者の個性と自尊心が尊重されるあらゆる生活支援サポートを提供する」                       |      |      |
| サービスの提供内容に関する特色 | 「人の心と、人の手で！」<br>ご希望があれば 納骨時までご自分の居室にて、お仏飯、供花、お掃除等のお世話をさせて頂き、お見守り致します。 |      |      |
| 入浴、排せつまたは食事の介護  | ① 自ら実施  | 2 委託 | 3 なし |
| 食事の提供           | 1 自ら実施  | ② 委託 | 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | ① 自ら実施  | 2 委託 | 3 なし |
| 健康管理の供与         | ① 自ら実施  | 2 委託 | 3 なし |
| 安否確認または状況把握サービス | ① 自ら実施  | 2 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス        | 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

|                                |              |       |      |      |
|--------------------------------|--------------|-------|------|------|
| 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) 1.5 : 1 |
|                      | 2 なし |                       |

(医療連携の内容)

|                |      |   |                                 |
|----------------|------|---|---------------------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 |      | ① 救急車の手配<br>② 入退院の付き添い<br>③ 通院介助<br>④ その他 ( 見舞い : 洗濯 : 買い物等 ) |                                 |
| 協力医療機関         | 1    | 名称  | 医療法人『永原診療会』<br>(機能強化型在宅療養支援診療所) |
|                |      | 住所  | 京都市上京区千本五辻上牡丹鉾 556              |
|                |      | 診療科目  | 内科・皮膚科                          |
|                |      | 協力内容  | 主治医 ⇒ 緊急時および月 2 回の内科医往診有        |
|                | 2    | 名称  | (社福) 京都社会事業団『西陣病院』              |
|                |      | 住所  | 京都市上京区七本松五辻上る                   |
|                |      | 診療科目  | 内科・外科・脳外科・眼科・泌尿器科               |
|                |      | 協力内容  | 随時、受診入院可能 : 月一回内科医往診有           |
| 協力歯科医療機関       | 名称   | カミタニ歯科  |                                 |
|                | 住所   | 京都市北区衣笠総門町 33-13  |                                 |
|                | 協力内容 | 往診可能 : 緊急時の対応   |                                 |

(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 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               | ① 原則として 65 歳以上の方 (ご夫婦のどちらかが 65 歳以上であればご入居頂けます。)<br>② 伝染病疾患や精神障害のない方<br>③ 必要経費がお支払い頂ける方<br>④ 一般的社会生活の営める方  |           |
| 契約の解除の内容           | 次のいずれかに該当する場合に、契約が終了します。<br>1. 入居者が死亡したとき<br>(入居者が 2 名の場合は両者とも死亡したとき)<br>2. 事業者が第 29 条 (事業者からの契約解除) に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき<br>3. 入居者が第 30 条 (入居者からの解約) に基づき解約を行ったとき |           |

|                |   |             |
|----------------|---|-------------|
|                | <p>* 入居契約書第 29 条に基づく場合は、入居者が次のいずれかに該当し、かつ、そのことが本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、本契約を解除することがあります。</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 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>③ 第 20 条(禁止または制限される行為)の規定に違反したとき</p> <p>④ 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出来ないとき。この場合には、専門の医療機関での受診および専門医の意見を聴くとともに一定の観察期間を置き慎重に対応します。</p> <p>契約の解除は次の手続きによって行います。</p> <p>(1) 契約解除の通告について 90 日の予告期間をおく</p> <p>(2) 通告に先立ち、入居者および身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>(3) 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確信し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>* 入居契約書第 30 条に基づく場合は、事業者に対し少なくとも 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出来ます。</p> |             |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項  | 入居契約書第 29 条 |
|                | 解約予告期間  | 90 日        |
| 入居者からの解約予告期間   | 30 日  |             |
| 体験入居の内容        | <p>① あり (内容：空室時のみ利用可：6泊7日以内の日程)</p> <p>② なし</p>   |             |
| 入居定員           | 30 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 |
|---|-----------|---------|--------|
|   | 合計 25 名   |         |        |
|   | 常勤 22 名   | 非常勤 3 名 | 23 名   |
| 管理者   | 2         |         | 1      |
| 生活相談員   | 1         |         | 0.5    |
| 直接処遇職員  |           |         |        |
| 介護職員  | 18        |         | 18     |
| 看護職員  | 1         |         | 1      |
| 機能訓練指導員   |           | 1       | 0.4    |
| 計画作成担当者   | 2         |         | 0.6    |
| 管理栄養士   |           |         | 委託     |
| 調理員   |           |         | 委託     |
| 事務員   | 1         |         | 0.5    |
| その他職員   | 2         |         | 2      |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>   |           |         | 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     | 0  |    |     |
| 介護福祉士     | 6  | 6  |     |
| 実務者研修の修了者 | 8  | 8  |     |
| 初任者研修の修了者 | 2  | 2  |     |
| 介護支援専門員   | 2  | 2  |     |



(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 |   |
| 看護師または准看護師  | 1  | 1   | 2 |
| 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 (18時～翌9時) |      |                 |
|--------------------|------|-----------------|
|                    | 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   | 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合、本欄は省略可能) | 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>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|   | 実際の配置比率 (利用入居者数 18 名)<br>(記入日時点での利用者数:常勤換算職員数) | 0.8 : 1  |

(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   | 看護師<br>介護支援専門員 |           |     |       |     |         |     |         |     |
|             | 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        | 0              | 2         | 0   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 前年度1年間の退職者数 | 0        | 0              | 1         | 0   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |

|               |       |   |   |           |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------|-------|---|---|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| 年齢に応じた職員の人数   | 1年未満  | 0 | 0 | 2         | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|               | 1年以上  | 0 | 0 | 2         | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|               | 3年未満  |   |   |           |   |   |   |   |   |   |   |
|               | 3年以上  | 0 | 0 | 4         | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|               | 5年未満  |   |   |           |   |   |   |   |   |   |   |
|               | 5年以上  | 0 | 0 | 4         |   | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
|               | 10年未満 |   |   |           |   |   |   |   |   |   |   |
| 10年以上         | 1     | 1 | 4 | 2         | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |   |
| 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<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（一時金方式）<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                             | 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 |
| 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<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<br>の改定                    | 条件   | ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案          |
|                                | 手続き  | 運営懇話会の意見を聴いて、利用料を改定することがある              |

### (利用料金の算定根拠)

| 費目                              | 算定根拠   |
|---------------------------------|--|
| 家賃相当額(入居一時金)<br>1,150万円～2,350万円 | <ul style="list-style-type: none"> <li>* 目的施設(居室及共用施設)を終身にわたって利用するための家賃相当額に充当します。尚、入居一時金は老人福祉法第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無い金品の受領に該当しません。</li> <li>* 入居一時金は、地代、建設費、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額、および想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。</li> </ul> |
| サービス費用                          | * 介護保険サービスの自己負担額は含まない。   |

|  |   |
|--|---|
| 90,000 円/月/1 人   | *長期推計に基づき、入居者 1.5 人に対し週 40 時間換算で介護・看護職員を 1 人以上配置するための費用として、介護保険給付および利用者負担によって賄えない額に相当する。    |
| <b>管理費</b><br>110,000 円～190,000 円/月/1 人<br>154,000 円～266,000 円/月/2 人 | *事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費（水道料金含む。202 号室は除く。）<br>*利用者の個別的な選択によるサービス(実費提供)は介護サービス等の一覧表による。 |
| <b>食費</b> 60,000 円/月/1 人   | *食材費、人件費等の諸経費に基づく費用。  |
| <b>光熱費</b>   | *個別の外部契約による実費負担。  |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

| 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<br>40,500 円/月                       | *介護保険給付および利用者負担によって賄えない額に充当。                  |
| 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)<br>49,500 円/月 | *長期推計に基づき入居者 1.5 人に対し、週 40 時間換算で介護・看護職員を一人配置。 |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                                      |   |

(前払金の受領)

|                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| 算定根拠                                | <p>*目的施設（居室および共用施設）を終身にわたって利用するための家賃相当額に充当します。老人福祉法第 29 条第 6 号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に該当しません。</p> <p>*家賃相当額の支払い方法については一時金方式を採用。これは京都市有料老人ホーム設置運営指導指針の定め通りでその算定の基礎は次の考え方に拠る。<br/>入居一時金の額 = (1 ヶ月の家賃相当額 × 想定居住期間(月数)) + (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)</p> <p>*入居一時金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針および事務連絡(平成 24 年 3 月 16 日付)で示された算式に基づきます。</p> |  |
| 想定居住期間（償却年月数）                       | 120 ヶ月   |  |
| 償却の開始日                              | 入居日の翌日   |  |
| 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) | (入居一時金の額による)<br>入居一時金が 11,500,000 円の場合 1,725,000 円   |  |
| 初期償却率                               | 15%  |  |
| 返還金の算定方法                            | 入居後 3 月以内の契約終了   | <p>受領済みの内、初期償却金は全額返金する。但し、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。</p> <p>算定方法⇒<br/>一時金 × 想定居住期間償却率(85%) ÷ 想定居住期間の月数 ÷ 30 日 × (入居日から契約終了日までの実日数)</p> |

|         |                   |  |
|---------|-------------------|--|
|         |                   | <p>*月払い利用料については日割り精算を行う。</p> <p>*必要な原状回復費用があれば受領する。</p>  |
|         | 入居後3月を超えた契約終了     | <p>*入居一時金の85%を解約時の未償却日数に応じて返還します。</p> <p>(入居一時金×85%÷(365日×10年)×(3,650日-入居日数))</p> <p>*その他、月払い利用料については日割り精算を行う。</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: )       |  |

## 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         | 15人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0人  |
|       | 65歳以上75歳未満 | 2人  |
|       | 75歳以上85歳未満 | 6人  |
|       | 85歳以上      | 14人 |
| 要介護度別 | 自立         | 4人  |
|       | 要支援1       | 0人  |
|       | 要支援2       | 2人  |
|       | 要介護1       | 1人  |
|       | 要介護2       | 5人  |
|       | 要介護3       | 1人  |
|       | 要介護4       | 4人  |
|       | 要介護5       | 5人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 4人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 0人  |
|       | 1年以上5年未満   | 10人 |
|       | 5年以上10年未満  | 2人  |
|       | 10年以上15年未満 | 3人  |
|       | 15年以上      | 3人  |

(入居者の属性)

|   |        |
|---|--------|
| 平均年齢  | 88.2 歳 |
| 入居者数の合計   | 22 人   |
| 入居率※  | 73%    |
| ※ 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      | 6 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    | ① 有料老人ホーム シルバーホーム衣笠 事務所<br>② (公益社団法人) 全国有料老人ホーム協会<br>③ 京都経営者協会 |          |
| 電話番号     | ① 075-462-6101<br>② 03-3272-3781<br>③ 075-361-8406             |          |
| 対応している時間 | 平日   | 9 時～17 時 |
|          | 土曜   | —        |
|          | 日曜・祝日  | —        |
| 定休日      | 土日・祝日・年末年始等  |          |

(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>「普通傷害保険」および「賠償責任保険」に加入。<br>入居契約書、施設管理規程並びに特定施設入居者生活介護利用契約書に基づくサービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。<br>但し、入居者側に故意または重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。 |
|---------------|------|---|

|                               |      |   |
|-------------------------------|------|---|
|                               |      | また、本ホームの生活方針選択・指示・承諾書により管理されない場合の事故により入居者が受けた損害、災難については、事業者は一切の責任を負わないものとします。   |
|                               | 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 | ① あり | (その内容)<br>① 万が一事故が発生した場合は、「緊急時対応」に従い利用者の生命、安全を第一に対応します。<br>② 事故発生時の状況および対応を文章化し、その原因を解明するとともに、入居者・身元引受人等へ報告し事故の再発防止に努めます。また、事故の状況によっては市町村をはじめ関係諸機関に報告します。 |
|                               | 2 なし |   |
| 事故対応およびその予防のための指針             | 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 | ① あり | 実施日    | 毎月1回食膳会議として開催  |
|                                  |      | 結果の開示  | 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    | 平成25年3月        |
|                                  |      | 評価機関名称 | (公)全国有料老人ホーム協会 |
|                                  |      | 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 | 1 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     | 1 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>3 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>3 公開していない |

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

## 10. その他

|  |  |          |      |          |
|--|--|----------|------|----------|
| 運営懇話会  | <input checked="" type="radio"/> 1 あり (開催頻度) 年 1 回   |          |      |          |
|  | 2 なし   |          |      |          |
|  | <table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 代替措置なし</td> </tr> </table>  | 1 代替措置あり | (内容) | 2 代替措置なし |
| 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<br>【表示事項】                              | <input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名: )<br><input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし<br><input type="radio"/> 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="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし   |          |      |          |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模および構造設備」に合致しない事項            | <input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 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                       | <input type="radio"/> 1 適合している (代替措置)<br><input type="radio"/> 2 適合している (将来の改善計画)<br><input type="radio"/> 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                            | なし   |          |      |          |
| 不適合事項がある場合の内容                                    |  |          |      |          |

添付書類： 別添1 (別に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)

重要事項説明書の各項目について説明を受け、理解しました。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

※お名前

\_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 年 月 日

有料老人ホーム シルバーホーム衣笠

説明者職 \_\_\_\_\_

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

被説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

被説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

※ 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・捺印を求める。



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

| 介護サービスの種類                    |    |    | 事業所の名称    | 所在地         |
|------------------------------|----|----|-----------|-------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |    |           |             |
| 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 | シルバーホーム衣笠 | 京都市北区衣笠赤阪町1 |
| 福祉用具貸与                       | あり | なし |           |             |
| 特定福祉用具販売                     | あり | なし |           |             |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |    |           |             |
| 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 |           |             |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |    |           |             |
| 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 | シルバーホーム衣笠 | 京都市北区衣笠赤阪町1 |
| 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 |           |             |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |    |           |             |
| 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 |           |             |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |    |    |           |             |
| 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 |           |             |

| 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 | 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※ <sup>1</sup> ) |      | 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(消費税別)              |
|----------------------------------|---|------|----------------------------|------|------------------|-----------------------------------|-----------------------|
|                                  | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | 包含※ <sup>2</sup> | 都度※ <sup>2</sup> 料金※ <sup>3</sup> |                       |
| 介護サービス                           |   |      |                            |      |                  |                                   |                       |
| 食事介助                             | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   |                       |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   |                       |
| おむつ代                             |   |      | なし                         | (あり) |                  | ○                                 | 実費                    |
| 入浴(一般浴)介助・清拭                     | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   | 週3回以上から1回 1,000円      |
| 特浴介助                             | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   | 週3回以上から1回 1,000円      |
| 身辺介助(移動・着替え等)                    | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   |                       |
| 機能訓練                             | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   |                       |
| 通院介助                             | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   | 1時間以上は有料 1,200円/h     |
| 生活サービス                           |   |      |                            |      |                  |                                   |                       |
| 居室清掃                             | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   |                       |
| リネン交換                            | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   |                       |
| 日常の洗濯                            | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   |                       |
| 居室配膳・下膳                          | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   |                       |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |   |      | なし                         | (あり) |                  | ○                                 | 実費                    |
| おやつ                              |   |      | (なし)                       | あり   |                  | ○                                 | 実費                    |
| 理美容師による理美容サービス                   |   |      | なし                         | (あり) |                  | ○                                 | 実費                    |
| 買い物代行                            | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   | 通常の利用区域以外は有料 1,000円/h |
| 役所手続き代行                          | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   | 「住所地特例」は有料 1,000円/回   |
| 金銭・貯金管理                          |   |      | なし                         | (あり) | ○                |                                   | 必要に応じて実施              |
| 健康管理サービス                         |   |      |                            |      |                  |                                   |                       |
| 定期健康診断                           |   |      | なし                         | (あり) |                  | ○                                 | 実費                    |
| 健康相談                             | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   |                       |
| 生活指導・栄養指導                        | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   |                       |
| 服薬支援                             | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   |                       |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)                 | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   |                       |
| 入退院時・入院中のサービス                    |   |      |                            |      |                  |                                   |                       |
| 移送サービス                           | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   | 通常の利用区域以外は有料 1,000円/h |
| 入退院時の同行                          | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   | 通常の利用区域以外は有料 1,000円/h |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   | 通常の利用区域以外は有料 1,000円/h |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし  | (あり) | なし                         | (あり) | ○                |                                   | 通常の利用区域以外は有料 1,000円/h |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割または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、月額サービスの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。