

(別表7)

パストラル加古川 重要事項説明書

|       |              |
|-------|--------------|
| 記入年月日 | 令和5年7月1日     |
| 記入者名  | 名村 一浩        |
| 所属・職名 | 兵庫県住宅供給公社・主幹 |

1. 事業主体概要

|            |   |   |
|------------|---|---|
| 種類         | 個人/法人                                     |   |
|            | ※法人の場合、その種類                               | 特別法人  |
| 名称         | (ふりがな) ひょうごけんじゅうたくきょうきゅうこうしゃ<br>兵庫県住宅供給公社 |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒650-0011 兵庫県神戸市中央区下山手通 4-18-2            |   |
| 連絡先        | 電話番号                                      | 078-232-9511 (代表)   |
|            | FAX番号                                     | 078-232-9560  |
|            | ホームページ<br>アドレス                            | <a href="http://www.hyogo-jk.or.jp">http://www.hyogo-jk.or.jp</a> |
| 代表者        | 氏名  | にしたに かずもり<br>西谷 一盛  |
|            | 職名  | 理事長   |
| 設立年月日      | 昭和 平成 40年 11月 15日                         |   |
| 管理運営業務委託先  | 名称  | (ふりがな)<br>なかぎんらいふけあほーむかぶしきがいしゃ<br>中銀ライフケアホーム株式会社                  |
|            | 所在地                                       | 〒104-0054 東京都中央区勝どき 2-8-12  |
|            | 電話番号                                      | 03-5548-6461  |
|            | 代表者                                       | 代表取締役 渡辺 蔵人   |
|            | 主な事業                                      | 有料老人ホーム事業、介護保険事業、不動産業   |
|            | 主な施設                                      | 中銀ライフケア横浜希望ヶ丘   |

## 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) ぱすとらーるかこがわ<br>パストラール加古川  |   |
| 所在地           | 〒675-0101 兵庫県加古川市平岡町新在家 1224-16 |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                             | J R神戸線「東加古川駅」   |
|               | 交通手段と所要時間                       | 駅から北へ 800m (徒歩 約 12 分)  |
| 連絡先           | 電話番号                            | 079-429-2815  |
|               | F A X 番号                        | 079-429-2816  |
|               | ホームページアドレス                      | <a href="http://www.hyogo-jk.or.jp/care/">http://www.hyogo-jk.or.jp/care/</a> |
| 管理者           | 氏名                              | 渡邊 千尋   |
|               | 職名                              | 施設長   |
| 建物の竣工日        | 昭和 ○平成○ 5 年 11 月 19 日           |   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和 ○平成○ 6 年 4 月 11 日            |   |

### (類型)

|  |             |  |
|--|-------------|--|
| 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>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>3 住宅型<br>4 健康型 |             |  |
| 1 又は 2<br>に該当す<br>る場合  | 介護保険事業者番号   | 特定施設入居者生活介護<br>兵庫県指定 第 2872200577<br>介護予防特定施設入居者生活介護<br>兵庫県指定 第 2872200577 |
|  | 指定した自治体名    | 兵庫県  |
|  | 事業所の指定日     | 平成 12 年 4 月 1 日 (介護予防特定施設 平成 18 年 4 月 1 日)                                 |
|  | 指定の更新日 (直近) | 令和 2 年 4 月 1 日 (介護予防特定施設 平成 30 年 4 月 1 日)                                  |

### 3. 建物概要

|  |                |                          |                       |                            |       |        |
|--|----------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|--------|
| 土地   | 敷地面積           | 15,155.08 m <sup>2</sup> |                       |                            |       |        |
|  | 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             |                       |                            |       |        |
|  |                | 抵当権の有無                   | 1                     | あり                         | 2     | なし     |
| 所有関係   | 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    |        |
| 建物   | 延床面積           | 全体                       | 26,438 m <sup>2</sup> |                            |       |        |
|  |                | うち、有料老人ホーム部分             | 21,777 m <sup>2</sup> |                            |       |        |
|  | 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              |                       |                            |       |        |
| 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   |                          |                       |                            |       |        |
|  | 抵当権の有無         | 1                        | あり                    | 2                          | なし    |        |
|  | 契約期間           | 1                        | あり                    | ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )          |       |        |
| 所有関係   | 2 なし           |                          |                       |                            |       |        |
|  | 契約の自動更新        | 1                        | あり                    | 2                          | なし    |        |
|  | 居室区分           | ① 全室個室                   |                       |                            |       |        |
|  |                | 2 相部屋あり                  |                       |                            |       |        |
| 最小   |                | 人部屋                      |                       |                            |       |        |
| 居室の状況  | 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                   | 35.67 m <sup>2</sup>       | 15    | 一般居室個室 |
|  | タイプ2           | 有/無                      | 有/無                   | 40.05~48.06 m <sup>2</sup> | 88    | 一般居室個室 |
|  | タイプ3           | 有/無                      | 有/無                   | 52.52~56.14 m <sup>2</sup> | 93    | 一般居室個室 |
|  | タイプ4           | 有/無                      | 有/無                   | 62.45~64.47 m <sup>2</sup> | 12    | 一般居室個室 |
|  | タイプ5           | 有/無                      | 有/無                   | 29.46 m <sup>2</sup>       | 3     | 一時介護室  |
|  | タイプ6           | 有/無                      | 有/無                   | 44.50 m <sup>2</sup>       | 4     | 一時介護室  |
| タイプ7   | 有/無            | 有/無                      | 18.00 m <sup>2</sup>  | 16                         | 介護個室  |        |
| ※「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   | 10ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房  | 6ヶ所 |  |
|        |  |      | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 3ヶ所 |  |
|        | 共用浴室   | 2ヶ所  | 個浴              | ヶ所  |  |
|        |  |      | 大浴場             | 2ヶ所 |  |
|        | 共用浴室における介護浴室   | 4ヶ所  | チェアー浴           | 1ヶ所 |  |
|        |  |      | リフト浴            | ヶ所  |  |
|        |  |      | ストレッチャー浴（機械浴）   | 1ヶ所 |  |
|        |  |      | その他（介助浴室）       | 2ヶ所 |  |
|        | 食堂   | ① あり | 2 なし            |     |  |
|        | 入居者や家族が利用できる調理施設   | 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            |     |  |
|        | 火災報知設備   | 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    | ラウンジ・メールコーナー・多目的ホール・アトリエ・談話室・和室・プレイルーム・カラオケ室・トランクルーム・ゲストルーム・中庭・駐車場 |      |                 |     |  |

#### 4. サービスの内容

|                 |   |      |      |  |
|-----------------|---|------|------|--|
| 運営に関する方針        | 「パストラル加古川」が、入居している高齢者にとって快適で安全な住まいで、かつ生きがいに満ちた活動と自立の場となることを目的とし、公的団体としての責任と使命を深く認識し、その目的の実現とその持続に務めるものとしています。 |      |      |  |
| サービスの提供内容に関する特色 | ○看護師を24時間配置しております。<br>○介護保険認定者の方は、受診援助としてケアスタッフ付添いで車両送迎を行っています。<br>○マイクロバスを定時運行しており、通院・買い物などで無料利用できます。        |      |      |  |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 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、掃除等の家事の提供    | 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 |  |

|                |        |      |      |
|----------------|--------|------|------|
| 安否確認又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省略可能

|  |                  |                     |      |      |      |
|--|------------------|---------------------|------|------|------|
| 特定施設入居者生活介護の<br>加算の対象となるサービスの<br>体制の有無 | 入居継続支援加算         | (I)                 | 1 あり | ② なし |      |
|  |                  | (II)                | 1 あり | ② なし |      |
|  | 生活機能向上連携加算       | (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 |      |
|  | ADL維持等加算         | (I)                 | 1 あり | ② なし |      |
|  |                  | (II)                | 1 あり | ② なし |      |
|  | 夜間看護体制加算         |                     |      | ① あり | 2 なし |
|  | 若年性認知症入居者受入加算    |                     |      | 1 あり | ② なし |
|  | 医療機関連携加算         |                     |      | ① あり | 2 なし |
|  | 口腔衛生管理体制加算       |                     |      | 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 |
|  | 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 |      |
|  | サービス提供<br>体制強化加算 | (I)                 | ① あり | 2 なし |      |
|  |                  | (II)                | 1 あり | ② なし |      |
|  |                  | (III)               | 1 あり | ② なし |      |
|  | 介護職員処遇改善加算       | (I)                 | 1 あり | ② なし |      |
|  |                  | (II)                | ① あり | 2 なし |      |
|  |                  | (III)               | 1 あり | ② なし |      |
|  |                  | (IV)                | 1 あり | ② なし |      |
|  |                  | (V)                 | 1 あり | ② なし |      |
| 介護職員等<br>特定処遇改善加算                      | (I)              | ① あり                | 2 なし |      |      |
|  | (II)             | 1 あり                | ② なし |      |      |
| 人員配置が手厚い                               | ① あり             | (介護・看護職員の配置率) 2:1以上 |      |      |      |
| 介護サービスの実施の有無                           | 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             |  |
|                |   | ② 入退院の付き添い（施設指定医療機関） |  |
|                |   | ③ 通院介助（施設指定医療機関）     |  |
|                |   | ④ その他（ 嘱託医による健康相談 ）  |  |
| 協力医療機関         | 1 | 名称                   | 加古川中央市民病院  |
|                |   | 住所                   | 加古川市加古川町本町 439 番地                                |
|                |   | 診療科目                 | 外科・総合内科・循環器内科・脳神経外科・泌尿器科 等                       |
|                |   | 協力内容                 | 緊急時の入院・治療及び病状等の情報提供<br>(医療費、その他の費用は入居者の自己負担)     |
|                | 2 | 名称                   | 東加古川病院   |
|                |   | 住所                   | 加古川市平岡町新在家 1197-3                                |
|                |   | 診療科目                 | 精神科  |
|                |   | 協力内容                 | 緊急時の入院・治療、病状等の情報提供、訪問診療<br>(医療費、その他の費用は入居者の自己負担) |
|                | 3 | 名称                   | 松本病院   |
|                |   | 住所                   | 加古川市加古川町粟津 232-1                                 |
|                |   | 診療科目                 | 内科・外科・整形外科・リウマチ科・放射線科 等                          |
|                |   | 協力内容                 | 緊急時の入院・治療及び病状等の情報提供<br>(医療費、その他の費用は入居者の自己負担)     |
|                | 4 | 名称                   | はりま病院  |
|                |   | 住所                   | 加古郡播磨町北野添 2-1-15                                 |
|                |   | 診療科目                 | 内科・外科・整形外科・特殊外来 等                                |
|                |   | 協力内容                 | 緊急時の入院・治療及び病状等の情報提供<br>(医療費、その他の費用は入居者の自己負担)     |
|                | 5 | 名称                   | 播磨サナトリウム   |
|                |   | 住所                   | 加古郡稲美町北山 1264                                    |
|                |   | 診療科目                 | 精神科  |
|                |   | 協力内容                 | 緊急時の入院・治療及び病状等の情報提供<br>(医療費、その他の費用は入居者の自己負担)     |
| 嘱託医            | 1 | 名称                   | 玉田内科   |
|                |   | 住所                   | 加古川市平岡町新在家 1192-482                              |
|                |   | 診療科目                 | 内科   |
|                |   | 協力内容                 | (嘱託医) 健康相談                                       |
|                | 2 | 名称                   | 森内科  |
|                |   | 住所                   | 加古川市平岡町新在家 104-4                                 |
|                |   | 診療科目                 | 内科   |
|                |   | 協力内容                 | (嘱託医) 健康相談                                       |

|          |   |      |                                |
|----------|---|------|--------------------------------|
| 嘱託医      | 3 | 名称   | 若藤クリニック                        |
|          |   | 住所   | 加古川市平岡町山之上 662-2               |
|          |   | 診療科目 | 内科・小児科・リハビリテーション科              |
|          |   | 協力内容 | (嘱託医) 健康相談                     |
| 協力歯科医療機関 |   | 名称   | 傳(つとう) 歯科医院                    |
|          |   | 住所   | 高砂市米田町米田1172-9                 |
|          |   | 協力内容 | 歯科訪問診療<br>(医療費その他の費用は入居者の自己負担) |

(入居後に居室を住み替える場合)

|                              |  |                                  |
|------------------------------|--|----------------------------------|
| 入居後に居室を<br>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 その他 ( 介護個室へ移る場合 )  |                                  |
| 判断基準の内容                      | 常時介護が必要となった場合、一般居室から介護個室への住み替えを求める場合があります。   |                                  |
| 手続きの内容                       | ①パストラル介護基準を基に嘱託医の意見を聴く。<br>②本人、保証人の同意を得る。  |                                  |
| 追加的費用の有無                     | 1 あり ② なし  |                                  |
| 居室利用権の取扱い                    | 介護個室を利用する場合は、介護個室利用料として、日額 3,000 円 (消費税別) が必要となります。介護個室での介護が長期化する場合は一般居室を明け渡し、介護個室に移り住むことができます。一般居室を明け渡す場合は、一般居室入居金を充当する為、介護個室利用料の日額 3,000 円 (消費税別) は不要となります。但し、別途光熱水費として 10,000 円 (消費税別) をお支払頂くこととなります。なお、介護個室の使用状況により、移り住みが出来ない場合があります。介護個室での介護の期間であっても月額利用料 (管理運営費、食費等) につきましては、従来通りお支払い頂きます。 |                                  |
| 前払金償却の調整の有無                  | ① あり 2 なし  |                                  |
| 従前の居室<br>との仕様の<br>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) 室内全体の仕様が異なる。<br>2 なし |

(入居に関する要件)

|          |  |      |      |
|----------|--|------|------|
| 入居対象となる者 | 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>○入居者本人</p> <p>1. 日本国籍の方又は次の何れかにあてはまる外国人の方。</p> <p>(1) 「出入国管理及び難民認定法」(昭和 26 年政令第 319 号) 第 22 条第 2 項又は第 22 条の 2 第 4 項の規定により永住許可を受けている方。</p> <p>(2) 「日本国との平和条約に基づき日本の国籍を離脱した者等の出入国管理に関する特例法」(平成 3 年法律第 71 号) 第 3 条、第 4 条及び第 5 条に定める特別永住者として永住することができる資格を有する方。</p> <p>2. 年齢及び親族の範囲等</p> <p>(1) 1 人入居(自立)の場合<br/>入居時において満 60 歳以上。</p> <p>(2) 2 人入居(自立)の場合<br/>ア. ご夫婦の場合、入居時において両者共に満 60 歳以上。なお内縁関係の場合も夫婦に準じます。<br/>イ. ご夫婦以外の場合は、両者の関係が三親等以内の血族又は一親等以内の姻族であり、かつ入居時において両者共に満 60 歳以上。</p> <p>(注) 一部屋に 3 人以上の入居は認めていません。</p> <p>(3) 要支援・要介護認定の場合<br/>入居時において、満 65 歳以上であること。</p> <p>3. 入居時において、通常の日常生活を営むことができる健康状態にある方及び要支援・要介護認定を受けている方。</p> <p>(1) 入居申込時に健康状態の自己申告及び入居資格審査時に健康診断を受けて頂きます。</p> <p>(2) 要支援・要介護認定の方は、3～5 日程度の体験入居を行って頂きます。</p> <p>4. 入居金、ケアサービス費、管理運営費、食費、その他入居者が支払うべき費用を負担する能力のある方。<br/>(入居申込時に、資産状況の自己申告を所定用紙で提出願います。)</p> <p>5. 「パストラール加古川」を生活の本拠地にできる方で、入居指定日以後すみやかに入居することが可能な方。</p> <p>6. 健康保険に加入している方。</p> <p>7. 確実な連帯保証人(身元保証人を兼ねる)を立てられる方。</p> <p>8. 共同生活を円満に営むことができる方。</p> |      |      |



|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
|                    | <p>○身元引受人等の条件及び義務</p> <p>保証人を一人定めて頂きます。二人入居の場合、保証人は一人で兼ねることができます。</p> <p>保証人は、入居者が公社に対して負担する債務について入居者と連帯して債務を負うこととなります。</p> <p>入居者が死亡により、契約が終了したとき等必要あるときは入居者を引き取る他、病気等で介護や入院治療が必要となった場合、入居者の処遇について相談させて頂く等ご協力して頂きます。</p> |   |
| 契約の解除の内容           | <p>①入居者が死亡した場合。</p> <p>②入居者、又は事業者から解約した場合。</p>  |   |
| 事業主体から<br>解約を求める場合 | 解約条項  | <p>入居者が次の一つに該当し、それが公社との間の信頼関係を著しく損なうものと認められる場合。</p> <p>①入居申込書に虚偽の事項を記載するなど、不正な手段で入居したとき。</p> <p>②管理運営費等、毎月公社に支払うべき費用を3ヶ月分以上支払わなかったとき。</p> <p>③目的住宅を故意又は重大な過失により滅失、き損又は破損したとき。</p> <p>④長期の不在等の状況から、契約を継続する意思がないと公社が認めるとき。</p> <p>⑤入居者の行動が、他の入居者の静穏、快適、安全な生活を損なうものであると公社が認めるとき。</p> <p>⑥その他、この契約に違反した時。</p> |
|                    | 解約予告期間  | 6ヶ月   |
| 入居者からの<br>解除予告期間   | 10日   |   |
| 体験入居の内容            | <p>① あり（内容：1泊3食付き 4,550円＋消費税）</p> <p>2 なし</p>   |   |
| 入居定員               | 270人（居室数208室）   |   |
| その他                | 無し  |   |

5. 職員体制（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要）

（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   | 38       | 28 | 10  | 34.9           |
| 介護職員   | 21       | 14 | 7   | 18.8           |
| 看護職員   | 17       | 14 | 3   | 16.1           |
| 機能訓練指導員  | 1        | 1  |     | 1.0            |
| 計画作成担当者  | 2        | 2  |     | 2.0            |
| 栄養士（委託）  | 2        | 1  | 1   | 1.5            |
| 調理員（委託）  | 24       | 8  | 16  | 16.0           |
| 事務員  | 10       | 4  | 6   | 7.9            |
| その他職員  | 18       | 4  | 14  | 13.3           |
| その他職員（委託）  | 32       | 2  | 30  | 14.2           |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2   |          |    |     | 40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      | 21 | 15 | 6   |
| 実務者研修の修了者  | 1  | 1  |     |
| 初任者研修の修了者  | 2  | 1  | 1   |
| 旧 訪問介護員 2級 | 14 | 10 | 4   |
| 介護支援専門員    | 3  | 2  | 1   |

（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     | 1  | 1  |     |
| 作業療法士     |    |    |     |

|             |  |  |  |
|-------------|--|--|--|
| 言語療法士       |  |  |  |
| 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)

|                                |      |                    |
|--------------------------------|------|--------------------|
| 夜間帯の設定時間 ( 18時30分 ~ 翌日 7時30分 ) |      |                    |
|                                | 平均人数 | 最少時人数<br>(休憩者等を除く) |
| 看護職員                           | 2人   | 1人                 |
| 介護職員                           | 2人   | 1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※                        | a 1. 5 : 1以上 ① 2 : 1以上<br>c 2. 5 : 1以上 d 3 : 1以上 |
|   | 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) | 1.9 : 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 | 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 |      |     |       |     |
|                | 業務にかかる資格等 | 1 あり      |      |     |       |     |
|                |           | 資格等の名称    |      |     |       |     |
|                |           | ② なし      |      |     |       |     |
| 区分             | 看護職員      |           | 介護職員 |     | 生活相談員 |     |
|                | 常勤        | 非常勤       | 常勤   | 非常勤 | 常勤    | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数    | 2         |           | 2    |     |       |     |
| 前年度1年間の退職者数    | 2         |           |      |     |       |     |
| 業務に従事した経験年数    |           |           |      |     |       |     |
| 1年未満の者の人数      |           |           |      |     |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  |           |           | 2    | 1   |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  | 1         |           |      |     |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 3         |           | 3    |     |       |     |
| 10年以上の者の人数     | 10        | 3         | 11   | 5   | 1     |     |

| 区分             | 機能訓練指導員   |     | 計画作成担当者 |     |
|----------------|-----------|-----|---------|-----|
|                | 常勤        | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数    |           |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数    |           |     |         |     |
| 業務に従事した経験年数    |           |     |         |     |
| 1年未満の者の人数      |           |     |         |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  |           |     |         |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |           |     |         |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |           |     | 1       |     |
| 10年以上の者の人数     | 1         |     | 1       |     |
| 従業者健康診断の実施状況   | ① あり 2 なし |     |         |     |

## 6. 利用料金

|                            |  |  |
|----------------------------|--|--|
| 居住の権利形態                    | ① 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 修身建物賃貸借方式                |  |
| 利用料金の支払い方式                 | 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<br>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  |  |
| 要介護度に応じた金額設定               | 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 |  |
| 利用料金の改定                    | 条件   | 物価の変動等により、管理運営費及び各種サービスにかかる費用の改定が必要になった場合は、これらにかかる人件費及び兵庫県が公表する消費者物価指数等を勘案して改定することができるものとする。 |
|                            | 手続き  | 入居契約書に定める運営懇談会において入居者の意見を聴くものとする。  |

(利用料金のプラン (代表的なプラン))

|   |                  | プラン1              | プラン2        |         |
|---|------------------|-------------------|-------------|---------|
| 入居者の<br>状況  | 要介護度             | 自立                | 自立          |         |
|   | 年齢等              | 65歳女性             | 85歳女性       |         |
| 居室の状況   | 床面積              | 53.43㎡            | 53.43㎡      |         |
|   | 便所               | ①あり 2なし           | ①あり 2なし     |         |
|   | 浴室               | ①あり 2なし           | ①あり 2なし     |         |
|   | 台所               | ①あり 2なし           | ①あり 2なし     |         |
| 入居時点で<br>必要な費用  | 入居一時金            | 53,700,000円       | 18,760,000円 |         |
|   | ケアサービス費 (消費税別)   | 3,800,000円        | 3,800,000円  |         |
| 月額費用の合計 (消費税別)  |                  | 125,500円          | 125,500円    |         |
| 家賃  |                  | 0円                | 0円          |         |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護の費用※1 | 0円                | 0円          |         |
|   | 介護保険外※2          | 食費 (消費税別) ※3食 30日 | 55,500円     | 55,500円 |
|   |                  | 管理費 (消費税別)        | 70,000円     | 70,000円 |
|   |                  | 介護費用              | 0円          | 0円      |
|   |                  | 光熱水費              | 実費          | 実費      |
| その他   | 都度払いサービス有り       | 都度払いサービス有り        |             |         |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む</p> <p>※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。)</p> |                  |                   |             |         |

(利用料金の算定根拠)

| 費目      | 算定根拠   |
|---------|--|
| 入居一時金   | 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及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。  |
| ケアサービス費 | <p>①自立者の一時介護及び介護保険の給付対象外となる介護ならびに健康管理サービスに充当する費用。</p> <p>②有料老人ホームとして24時間の看護職員配置、人間ドック等の健康管理費、受療援助等に要する費用。</p> <p>③要介護者2名に対し、週40時間換算で介護・看護職員を1名以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当する合理的積算根拠に基づく。</p> |
| 管理費     | 事務管理費、事務部門・施設管理部門の人件費、共有部の維持管理・修繕費。  |
| 食費      | 人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。  |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 光熱水費等                        | 戸別の外部契約による実費を自己負担。<br>注) 電話代・インターネット接続費・NHK受信料も自己負担。 |
| 利用者の個別的な<br>選択による<br>サービス利用料 | 別添2  |
| その他の<br>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                               | 基本報酬及び前掲の加算の利用者負担分。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置<br>が手厚い場合の介護サービス<br>(上乘せサービス) | (前掲)                |
| ※介護予防・地域密着型の場合を含む。                                 |                     |

(前払金の受領) ※前払金を受領しない場合は省略可能

|  |   |
|--|---|
| 算定根拠                                     | (前掲)  |
| 入居金返還対象期間 (償却年月数)                        | (60歳) 348ヶ月～(105歳) 12ヶ月   |
| 償却の開始日                                   | 入居指定日   |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場<br>合に備えて受領する額 (初期償却額) | 入居一時金により異なる   |
| 初期償却率                                    | 一律 25%<br>注) ケアサービス費は入居時 100%償却   |
| 返還金の<br>算定方法                             | 入居後3ヵ月以内の契約終了<br>受領済みの入居一時金及びケアサービス費を<br>返還する。<br>但し、利用期間に係る利用料を以下の算定方<br>法に基づき受領する。<br><br>○入居一時金÷想定居住期間の月数÷30×<br>(入居から契約終了日までの実日数)<br>○月払い利用料は日割り計算を行う。<br>○必要な原状回復費用があれば受領する。 |
|  | 入居後3ヵ月を超えた<br>契約終了<br>○入居一時金×想定居住期間償却率(75%)×<br>(償却月数－入居月数)÷償却月数<br>○月払い利用料は日割り計算を行う。   |



(前年度における退去者の状況)

|             |          |                   |
|-------------|----------|-------------------|
| 退去先別の<br>人数 | 自宅等      | 1人                |
|             | 社会福祉施設   | 0人                |
|             | 医療機関     | 0人                |
|             | 死亡者      | 16人               |
|             | その他      | 0人                |
| 生前解約の<br>状況 | 施設側の申し出  | 1人                |
|             |          | (解約事由の例) 管理費等滞納の為 |
|             | 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する窓口等の状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入。

|                  |       |   |
|------------------|-------|---|
| 窓口の名称<br>(施設内窓口) |       | ①苦情受付担当者 副施設長 (生活相談員)<br>②苦情解決責任者 施設長 (管理者)                                 |
| 電話番号             |       | 079-429-2815 (①②共通)   |
| 対応して<br>いる時間     | 平日    | 8:30~17:30  |
|                  | 土曜日   | 8:30~17:30  |
|                  | 日曜・祝日 | 8:30~17:30  |
| 窓口の名称<br>(外部機関)  |       | ① 兵庫県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談窓口<br>② 東播磨県民局加古川健康福祉事務所監査・地域福祉課<br>③ 加古川市役所介護保険課 |
| 電話番号             |       | ①078-332-5617<br>②079-421-9296<br>③079-427-9124                             |
| 対応して<br>いる時間     | 平日    | 9:00~17:00  |
|                  | 土曜日   | 休み  |
|                  | 日曜・祝日 | 休み  |
| 定休日              |       | 土曜日・日曜日・祝祭日・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 | ① あり | (その内容)<br>サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。 |
|               | 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>運営委託先の中銀ライフケアホーム株式会社が加入している、介護保険・社会福祉事業者総合保険により賠償される。 |
|                               | 2 なし |   |
| 事故対応及び予防のための指針                | 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    | 令和4年11月        |
|                                  |      | 結果の開示  | ① あり (閲覧) 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      |
| 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 入居希望者に配布<br>3 公開していない          |
| 管理規程     | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に配布<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 (ホームページ)<br>2 入居希望者に配布<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 (ホームページ)<br>2 入居希望者に配布<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | ① 入居希望者に公開 (ホームページ)<br>2 入居希望者に配布<br>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 4 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                               | 1 あり (提携ホーム名: )<br>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  |              |
| 兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針第4章「規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり ② なし  |              |
| 合致しない事項がある場合の内容                         |  |              |
| 第5章「既存建物等の活用の特例」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 |              |
| 兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                | 1 あり ② なし  |              |
| 不適合事項がある場合の内容                           |  |              |

添付書類

別添1：事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

別添2：入居者の個別選択によるサービス一覧表

様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※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を求める。

## 別添 1

## 事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

| 介護サービスの種類            |    |    | 事業所名称       | 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 | パストラル<br>尼崎 | 兵庫県尼崎市<br>潮江1丁目10番2号 |
| 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 | パストラル<br>尼崎 | 兵庫県尼崎市<br>潮江1丁目10番2号 |
| 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

## 入居者の個別選択によるサービス一覧表

| 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   |          |                      |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----|----|------|------|----------|----------------------|
| 区分                               | 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※1) | 個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担) |    |    | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3     | 備考                   |
|                                  |                                   | なし                         | あり | なし |      |      |          |                      |
| 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       | 商品代（購入代金）は実費自己負担     |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |          |                      |
| 特浴介助                             | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |          |                      |
| 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 |      |      |          | 市内で施設が指定した医療機関のみ     |
| 生活サービス                           |                                   |                            |    |    |      |      |          |                      |
| 居室清掃                             | なし                                | あり                         | なし | あり |      | ○    | 2,000円/回 | ケアプランを超えた回数分は有料。消費税別 |
| 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 |      |      |          |                      |
| おやつ                              |                                   |                            | なし | あり |      | ○    | 実費       | 自己負担                 |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |                            | なし | あり |      | ○    | 実費       | 外部からの訪問理美容           |
| 買い物代行                            | なし                                | あり                         | なし | あり | ○    |      |          | 商品代（購入費用）は実費自己負担     |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり                         | なし | あり | ○    |      |          |                      |
| 金銭・貯金管理                          | なし                                | あり                         | なし | あり | ○    |      |          |                      |

|                  |    |    |    |    |   |  |  |                  |
|------------------|----|----|----|----|---|--|--|------------------|
| 健康管理サービス         |    |    |    |    |   |  |  |                  |
| 定期健康診断           |    |    | なし | あり | ○ |  |  | 年2回実施            |
| 健康相談             | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  | 週3回実施            |
| 生活指導・栄養指導        | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  | 随時               |
| 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 |   |  |  |                  |
| 入退院時の同行          | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  | 市内で施設が指定した医療機関のみ |
| 入院中の洗濯物交換・買い物    | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  | 市内で施設が指定した医療機関のみ |
| 入院中の見舞い訪問        | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  | 市内で施設が指定した医療機関のみ |

※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」を記入したときには、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、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。