

芦屋市複合高齢者施設 芦屋アラベラの家

地域密着型特定施設入居者生活介護

介護付き有料老人ホーム

重要事項説明書

社会福祉法人 緑水会

(別表7)

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和4年7月1日 |
| 記入者名 | 福島 美加里 |
| 所属・職名 | 管理者 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|-----------------------|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 社会福祉法人 |
| 名称 | (ふりがな) しゃかいふくしほうじん りょくすいかい 社会福祉法人 緑水会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒651-1311 兵庫県神戸市北区有野町二郎字竈谷 898 番 10 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 078-981-8261 |
| | FAX番号 | 078-981-8216 |
| | ホームページアドレス | www.nirouen.ecweb.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 大西 孝男 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 4年 9月 1日 | |
| | | |

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) あしやあらべらのいえ (ちいきみっちゃくがた) 芦屋アラベラの家 (地域密着型) | |
| 所在地 | 〒659-0012 芦屋市朝日ヶ丘町9番1号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 芦屋・阪急芦屋川駅 |
| | 交通手段と所要時間 | JR 芦屋・阪急芦屋川駅より 無料送迎バス 10分 阪急バス 10分 朝日ヶ丘町バス停 歩 1分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0797-23-1200 |
| | FAX番号 | 0797-23-2200 |
| | ホームページアドレス | http://www.arabella.jp |
| 管理者 | 氏名 | 福島 美加里 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | 昭和・平成 26年 4月 1日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成 26年 4月 1日 | |

(類型)

| | | |
|----------------|-------------------------------|-----------------|
| 1 介護付 | (地域密着型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | |
| 2 介護付 | (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | |
| 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1 又は 2 に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | 第 2891000073 号 |
| | 指定した自治体名 | 芦屋市 |
| | 事業所の指定日 | 平成 26 年 4 月 1 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 令和 2 年 4 月 1 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|--------------|--------------|--------------------------------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 1816.86 m ² | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | |
| | | 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) 2 なし |
| 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 3467.61 m ² |
| | | うち、老人ホーム | うち 948.97 m ² (1・3階の一部, 4階部分) |
| | 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) 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 | 1 全室個室 | |
| | | 2 相部屋あり | |
| | 最小 | 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 | 18.3 m ² | 2 | 介護居室個室 |
| タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 18.9 m ² | 2 | 介護居室個室 |
| タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 20.1 m ² | 3 | 介護居室個室 |
| タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 20.2 m ² | 1 2 | 介護居室個室 |
| タイプ5 | 有/無 | 有/無 | 21.4 m ² | 6 | 介護居室個室 |
| タイプ6 | 有/無 | 有/無 | 21.7 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| タイプ7 | 有/無 | 有/無 | 24.7 m ² | 3 | 介護居室個室 |
| タイプ8 | 有/無 | 有/無 | | | |
| タイプ9 | 有/無 | 有/無 | | | |
| タイプ10 | 有/無 | 有/無 | | | |

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

| | | | | |
|------------|----------------------|---------------|-----------------|-----|
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 4ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | ヶ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 1ヶ所 |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 2ヶ所 |
| | | | 大浴場 | ヶ所 |
| | 共用浴室における 介護浴室 | 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 | |
| | 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) | | |
| | 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 | | | | |

4. サービスの内容

| | | | |
|-----------------|--|------|------|
| 運営に関する方針 | ご本人の希望を聞きつつ自立支援をお手伝いします | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 住み慣れた芦屋の地で安心して生活を送れるよう「つながり」を大切に、ご利用者の自立と自律、そして尊厳をサポートして参ります | | |
| 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) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅲ) | 1 あり | 2 なし |
| | 生活機能向連携加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 若年性認知症利用者受入加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 栄養スクリーニング加算 | 1 あり | 2 なし | |
| 口腔衛生管理体制加算 | 1 あり | 2 なし | | |
| 入居継続支援加算 | 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) 3 : 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 (併設施設との連携による支援) | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 市立芦屋病院 |
| | | 住所 | 兵庫県芦屋市朝日ヶ丘町 39-1 |
| | | 診療科目 | 内科・外科 |
| | | 協力内容 | 必要に応じて訪問 |
| | 2 | 名称 | 北都病院 |
| | | 住所 | 神戸市北区山田町下谷上字門口 10番3 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 年1回の健康診断 |
| | 3 | 名称 | 芦屋セントマリア病院 |
| | | 住所 | 兵庫県芦屋市朝日ヶ丘町 8番22号 |
| | | 診療科目 | 内科 外科 整形外科 |
| | | 協力内容 | 必要に応じて訪問 |
| | 4 | 名称 | 芦屋たいらクリニック |
| | | 住所 | 兵庫県芦屋市川西町 6-19 |
| | | 診療科目 | 内科 循環器内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| | 5 | 名称 | 板野甲山診療所 |
| | | 住所 | 兵庫県西宮市甲山町 53 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| | 名称 | | |
| | 住所 | | |
| | 診療科目 | | |
| | 協力内容 | | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 加藤歯科 | |
| | 住所 | 西宮市越水町 2-7 | |
| | 協力内容 | 週1回の訪問 | |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | |
|------------------------------|--------------|
| 入居後に居室を住み替える 場合 ※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合 |
| | 2 介護居室へ移る場合 |
| | 3 その他 () |
| 判断基準の内容 | |
| 手続きの内容 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし |

| | | |
|------------------|--------|-----------|
| 居室利用権の取扱い | 1 あり | 2 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 | 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 | いずれも 60 歳以上 | | |
| 契約の解除の内容 | <p>①入居者が逝去した場合</p> <p>②入居者から契約解除が行われた場合</p> <p>③事業者から契約解除が行われた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・月払い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 ・入居者の行動が、他の入居者又は従業員に生命に危険を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法及び接遇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 | 解除要項 | <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月払い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 19 条の規定に違反したとき</p> <p>④入居者の行動が、他の入居者又は職員に生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき</p> | |
| | 解除予告期間 | 90 日 | |
| 入居者からの解除予告期間 | 30 日 | | |

| | |
|---------|--|
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容：1泊2日～89泊90日 (原則) 別途料金表に準ずる 12,000円～) 2 なし |
| 入居定員 | 29名 |
| その他 | |

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 ※1※2 |
|--|-----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | 1 |
| 直接処遇職員 | 15 | 11 | 4 | 11.9 |
| 介護職員 | 14 | 10 | 4 | 11.4 |
| 看護職員 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 計画作成担当者 | 1 | | 1 | 0.8 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | | | | |
| 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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 6 | 4 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 3 | 2 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 8 | 5 | 3 |
| 介護支援専門員 | 1 | 1 | 0 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | |
|-------------|----|-----|
| | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | | |
| 理学療法士 | | |
| 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 (17時～ 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 | 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 (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 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 3 : 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 | 介護福祉士 | | | |
| | 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 | | | 3 | 1 | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | 2 | 0 | | |

| | | | | | | |
|----------------|---------|------|---------|-----|---|---|
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | 3 | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 1 | | 2 | 2 | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | 3 | 2 | 2 | |
| 10年以上の者の人数 | | | | | | |
| | 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 | 1 | | | | | 1 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | | | |
| 10年以上の者の人数 | | | | | | |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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 | | |
| | 2 一部前払い・一部月払い方式 | | |
| | 3 月払い方式 | | |
| | <input checked="" 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 checked="" 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 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 要介護度に応じた金額設定 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い | <input checked="" 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 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 | 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、運営懇談会の意見を聴いた上で改定 | |
| | 手続き | 入居者及び身元引受人等 に通知 | |

(利用料金のプラン（代表的なプラン）)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|--|------------------|---------------------|---------------------|-----------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護2 | 要介護2 | |
| | 年齢 | 80歳 | 80歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 20.2 m ² | 20.2 m ² | |
| | 便所 | 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 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0万円 | 990万円 | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 379,963円 | 259,963円 | |
| 家賃 | | 216,000円 | 96,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護の費用※1 | 20,163円 | 20,163円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 63,800円 | 63,800円 |
| | | 管理費 | 74,000円 | 74,000円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 6000円（実費） | 6000円（実費） |
| | その他 | 円 | 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。） | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|---|
| 家賃相当額 | 整備に要した費用、修繕費、維持費に相当する額を基礎として算定 |
| 家賃 | 建物取得価額、借入金利息、土地取得費の一部を基礎として算定 |
| 管理費 | 事務管理、生活支援サービスの人件費、共用施設の維持管理費、備品、消耗品費。管理費以外の実費徴収サービスとしては、別紙「介護サービス等の一覧表」参照 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない |
| 食費 | 食事に関する実費として算定 |
| 光熱水費等 | 個人使用部の光熱水費の実費 ※居室内テレビに係るNHK等の受信料負担 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |

| | |
|-------------|--|
| その他のサービス利用料 | |
|-------------|--|

(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 | 介護報酬告示上の額の1割、2割または3割 |
| 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) ※前払金を受領しない場合は省略可能

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 算定根拠 | 家賃相当額の一部前払い金として7年償却で算定 | |
| 想定居住年数（償却年月数） | 入居時年齢 85歳以下7年（84ヵ月） 86歳以上5年（60ヵ月） | |
| 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） | 0円 | |
| 初期償却率 | 0% | |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | 返還金 = 一時金 ÷ 想定居住期間の月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの実日数) |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | 返還金 = 一時金 ÷ (入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数) × (契約終了日から償却期間満了日までの実日数) |
| 前払金の保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 | みなと銀行 |
| | 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（記入日現在）

（入居者の人数）

| | | |
|-------|-------------|-----|
| 性別 | 男性 | 5人 |
| | 女性 | 23人 |
| 年齢別 | 65歳以下 | 0人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 1人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 2人 |
| | 85歳以上 | 25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 | 3人 |
| | 要介護 2 | 10人 |
| | 要介護 3 | 6人 |
| | 要介護 4 | 6人 |
| | 要介護 5 | 3人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 3人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 3人 |
| | 1年以上 5年未満 | 14人 |
| | 5年以上 10年未満 | 8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 | 87.3歳 |
| 入居者数の合計 | 28人 |
| 入居率※ | 96.5% |
| ※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |

（前年度における退去者の状況）

| | | |
|---------|---------|----|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 1人 |
| | 死亡者 | 2人 |
| | その他 | 0人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0人 |

| | | |
|---|----------|------------------------------------|
| 況 | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 1人 (解約事由の例) 他事業所利用にて解約の申し出あり |

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 | | ①芦屋市福祉部高齢介護課 ②兵庫県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | | ①0797-38-2024 ②078-332-5617 |
| 対応している 時間 | 平日 | ①②9:00~17:00 |
| | 土曜日 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | |

(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) 三井住友海上保険株式会社の賠償責任保険に加入しており、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) |
| | 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を把握する取組の状況 | 1 あり | 実施日 | 意見箱の常時設置 |
| | | 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 | |
| | | 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 |
| | 2 入居希望者に配布 |
| | 3 公開していない |

| | |
|---------|--|
| 管理規程 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| 運営懇談会 | <input type="checkbox"/> 1 あり | (開催頻度) 年 2 回 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり | (内容) |
| | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 | <input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名： 特別養護老人ホーム芦屋アラベラの家 芦屋アラベラの家 (外部サービス利用型)) <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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 | | |
| 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 | 芦屋アラベラの家〈外部サービス利用型〉 | 朝日ヶ丘町9-1 |
| 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 | 芦屋アラベラの家小規模多機能型居宅介護 | 朝日ヶ丘町9-1 |
| 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 | 特別養護老人ホーム芦屋アラベラの家 | 朝日ヶ丘町9-1 |
| 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 | 芦屋アラベラの家〈外部サービス利用型〉 | 朝日ヶ丘町9-1 |
| 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 | | |
| ＜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 | 芦屋アラベラの家小規模多機能型居宅介護 | 朝日ヶ丘町9-1 |
| 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 |
| | | | | | | | | |
| 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 | なし | あり | | ○ | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | ○ | | 小 570 円 大 1250 円 |
| 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 | | ○ | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | | 美容カット 4600 円 理容カット 2000 円 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 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1回 |
| 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 | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |

※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。