

介護付有料老人ホーム エリーネス須磨 介護の家
重要事項説明書

記入年月日	平成 27 年 12 月 1 日
記入者名	市来 久子
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	法人の種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃこうべけんこうかんりせんたー 株式会社神戸健康管理センター	
主たる事務所の所在地	〒654-0047 神戸市須磨区友が丘 7 丁目 1 番地 21	
連絡先	電話番号	078-795-8111
	FAX番号	078-795-8114
	ホームページアドレス	http://www.elines-suma.com/
代表者	氏名	東海林 明
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 63 年 3 月 11 日	
主な実施事業	有料老人ホーム事業 ※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) えりーねすすま かいごのいえ エリーネス須磨 介護の家	
所在地	〒654-0047 神戸市須磨区磯馴町 3-1-27	
主な利用交通手段	最寄駅	須磨海浜公園駅
	交通手段と所要時間	JR 須磨海浜公園駅下車南東約 300m (徒歩約 5 分)
連絡先	電話番号	078-737-1281
	FAX番号	078-737-1284
	ホームページアドレス	http://kaigo-no-ie.com/
管理者	氏名	市来 久子
	職名	施設長
建物の竣工日	平成16年3月31日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成16年4月15日	
同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日	なし	

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付(一般型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合) 2 介護付(外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合) 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	特定施設入居者生活介護事業所 兵庫県指定第 2870701055号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 兵庫県指定第 2870701055号
	指定した自治体名	兵庫県
	事業所の指定日	2004年4月15日 (介護予防特定施設 2006年4月1日)
	指定更新日(直近)	2010年4月15日 (介護予防特定施設 2012年4月1日)

3. 建物概要

土地	敷地面積	984.17 m ²				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
契約の自動更新	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
建物	延床面積	全体	1809.91 m ²			
		内、老人ホーム部分				
	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	2 鉄骨造		3 木造	
		4 その他()				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
契約の自動更新	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最大	人部屋				
	タイプ 1	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	19.12~ 20.07 m ²	30	介護居室

※「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	5 か所	うち男女別の対応が可能な便房	1か所
			うち車椅子棟の対応が可能な便房	2 か所
	共用浴室	3 か所	個別浴槽	3 か所
	共用浴室における介護浴槽	1 か所	特殊浴槽	1か所
リフト浴				
その他	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	エレベーター	1	あり(車椅子対応)	<input checked="" type="checkbox"/> 2
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	火災通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
その他	エントランス、ウッドデッキ、フロント、相談室、駐車場、応接室、多目的ホール 談話室(兼理容室)			

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	<p>① 事業運営にあたっては、ご入居者の意思及び人格を尊重して、常にご入居者の立場に立ってサービスの提供に努めます。</p> <p>② 施設スタッフは、ご入居者が安心・快適に生活が出来るようお手伝いします。また、高齢者の心身の特性を踏まえて、自立した日常生活を営む事が出来るよう、健康管理やアクティビティの提供に努めます。</p> <p>③ 特定施設サービス計画に基づき、日常生活上の援助、機能訓練及び療養上の援助を行います。</p> <p>④ 事業運営に当たっては、地域社会の役割と責任を自覚し、地域社会や医療機関等と連携を図ります。 事業運営にあたっては、健全で安定した経営に努めます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	夜間体制は、看護職2名、介護職 1名 看護職1名、介護職 2名
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし

洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	あり	(介護・看護職員の配置率) 1.5 : 1 以上			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1	救急車の手配	<input type="checkbox"/> 2	入退院の付添い	
	<input type="checkbox"/> 3	通院介助	<input type="checkbox"/> 4	その他(訪問診療医の確保)	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 慈恵会 新須磨病院		
		住所	神戸市須磨区衣掛町3丁目1番14号 (ホームから200m)		
		診療科目	外科、内科、整形外科、脳神経外科、等		
		協力内容	年2回の健康診断、月1回の健康相談(管理費に含まれる。その他の費用は入居者の自己負担)		
協力歯科医療機関	2	名称	医療法人社団 慈恵会 新須磨病院		
		住所	神戸市須磨区衣掛町3丁目1番14号		
		協力内容	歯科口腔外科(医療費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
	<input type="checkbox"/> 3	その他(介護居室から介護居室へ)

判断基準の内容	介護居室から介護居室へ住み替えて頂く事があります。	
手続きの内容	① ホームの指定する医師、看護・介護職員の意見を聞く ② 3カ月の経過観察期間を置く ③ 本人・身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い	介護居室から介護居室への利用権が移行する	
前払金償却の調整の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との使用の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

(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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援・要介護認定を受けておられる方(原則 65 歳以上) ・年齢が 65 歳以上で身元引受人を立てることが出来る方 ・感染性疾患の無い方 ・自傷、他傷歴の無い方 ・入居後の管理費、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 ・健康保険、介護保険に加入されている方 ・エリーネス須磨介護の家の運営にご協力いただける方 	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条件	入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ通常の入居者に対する介護方法及び接遇方法ではこれを防止することが出来ない場合(但し、特定の疾病に基づくものは除く) 等。
	解約予告期間	90 日
入居者からの解約予告期間	30 日以上	

体験入居	1 あり 10,800 円(消費税含む) 2 なし
入居定員	30 人
その他	身元引受人が設定出来ない場合は要相談

5. 職員体制 (職種別の職員数)

	職員数(実人数)			常勤換算人数※1
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	29	18	11	20.08
介護職員	20	12	8	14.73
看護職員	9	6	3	5.35
機能訓練指導員	4	3	1	2.1
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1
その他職員	9		9	1
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				37.5 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。				

(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	17	11	6
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2	1	1
介護支援専門員	1	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	2	2	

理学療法士	1		1
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	1	1	

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間(17:15~8:45)			
	平均人数		最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員	2人	1人	2人
介護職員	1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	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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)	1.1: 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		

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務	1 あり(特定施設の管理者) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし								
	兼務に係る資格等	<input type="checkbox"/> あり								
	資格等の名称	社会福祉士 看護師								
		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		1	4	1						
前年度1年間の退職者			1	2						
に業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上3年未満			1	1	1				
	3年以上5年未満				1					
	5年以上10年未満			1						
	10年以上									

	10年以上	6	3	10	6						
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				

6. 利用料金 (利用料金の支払方法)

居住の権利形態【表示事項】		<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 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方法 【表示事項】		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 checked="" 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 checked="" 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	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院時による不在時における利用料金(月払い)の取り扱い		<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	地域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改定する場合がある。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴く	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

(税込)

		プラン1(前払い)	プラン2(月払い)	
入居者の状況	要介護度	要支援・要介護	要支援・要介護	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	20.07 m ²	20.07 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	7,950,000 円	0 円	
	敷金	0 円	795,000 円	
月額費用の合計		276,480 円	408,980 円	
家賃		0 円	132,500 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	
	※2 介護保険外	食費(3食30日として)	64,800 円	64,800 円
		管理費	124,200 円	124,200 円

		介護費用 (生活支援費)	87,480 円	87,480 円
		電話・光熱水費	実費	実費
		その他	有料サービスあり	有料サービスあり
<p>※1 介護予防の場合も含む</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	土地代、建築費、修理費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃及び想定居住期間等を勘案し算出。一般居室利用料及び共用施設利用料からなる。 (別添3参照)
敷金	家賃の6ヶ月分
生活支援費(介護費用)	(要支援・要介護) <ul style="list-style-type: none"> 要介護者等 1.5 人に対し週 37.5 時間換算で介護・看護職員 1 人以上を配置 人員を基準以上に配置して提供する介護サービスの内、介護保険給付による収入でカバー出来ない額に充当するものとして、合理的積算根拠に基づき算出
管理費	事務管理部門に関わる人件費・事務費、要支援者及び要介護者等以外の入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費、健康管理費、食費の補助
食費	朝食:432 円 昼食:648 円 夕食:972 円 おやつ:108 円
光熱水費	実費 但し、水道代は基本料金をホームより請求
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	基本報酬、P4に記載する加算の利用者負担分。
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	(上掲)
※介護予防の場合を含む	

(前払金の受領)

家賃	内訳	土地代、建築費、修理費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃及び想定居住期間等を勘案し算出。一般居室利用料及び共用施設利用料からなる。(別添4参照)
想定居住期間(償却年月日)	60月(5年)	
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)	(家賃) 1,590,000 円	
初期償却率	20%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<p>入居日の翌日から 3 か月以内に解約の申し出がなされた場合又は死亡による契約終了の場合は、契約書第 49 条に基づき受領済みの前払い金の全額を返還致します。</p> <p>但し、入居期間に係る家賃、生活支援費の日割り分及び管理費・食費・その他の生活サービスに係る費用の実費、及び原状回復費等を除きます。</p> <p>①原状回復とは、入居者の居住、使用により発生した建物価値(設備・備品を含む)の減少のうち、入居者の故意、過失、善良なる管理者としての注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用によって生ずる損耗、毀損を修復することである。従って、自然損耗や通常の使用による損耗等の回復費用は、事業者(ホーム)の負担である。</p> <p>②入居者が負担すべき原状回復の範囲は、国土交通省が示している原状回復ガイドラインを踏まえて、経過年数、施工単位を考慮しつつ、入居者と事業者(ホーム)とで協議するものとする。</p> <p>③(家賃の1日当りの利用料の算式)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1日当りの家賃 $= (\text{前払金} - \text{非返還対象額} \times) \div \text{償却月数} \div 30 \text{ 日}$ ※非返還対象額は全額返還します ・本契約における目的施設の1日当りの利用料 3,530円です
	入居後3月を超えた契約終了	$(\text{前払金} - \text{初期償却額}) \times (\text{契約終了日から想定居住期間満了日までの日数}) \div (\text{入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数})$

前払い金の 保全先	1 連帯保証を行なう銀行等の名称 ()
	2 信託契約を行う信託会社等の名称 ()
	3 保証保険を行なう保険会社の名称 ()
	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【冒頭の記入日現在】
(入居者の人数)

性別	男性	5人	女性	17人
年齢別	65歳未満	人	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	10人	85歳以上	11人
要介護度別	自立	人	要支援1	1人
	要支援2	1人	要介護1	2人
	要介護2	4人	要介護3	4人
	要介護4	6人	要介護5	4人
入居期間別	6か月未満	4人	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	7人	5年以上10年未満	7人
	10年以上15年未満	2人	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	84.8歳
入居者数の合計	22人
入居率※	73.3%

※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。

(前年度における退居者の状況)

退居先別の人数	自宅等	1人	社会福祉施設	人
	医療機関	人	死亡者	6人
	その他	人		
生前解約の状況	施設側の申し出	人		
		(解約事由)		
	入居者側の申し出	1人		
(解約事由) 自宅での生活を希望				

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)

窓口の名称		1. (公社)全国有料老人ホーム協会
		2. 神戸市保健福祉局高齢福祉部介護指導課指導係
		3. 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
電話番号		1. 03-3272-3781
		2. 078-322-6326
		3. 078-332-5617
対応している時間	平日	1. 10:00～17:00
		2. 8:45～17:30
		3. 8:45～17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝祭日

(サービス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"/> あり	(その内容) 全国有料老人ホーム協会の損害賠償責任保険
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者評価による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	意見箱	日常的に回答をする
			アンケート	平成 27 年 4 月 1 日
			運営懇談会	4回/年
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり (館内掲示及び配布)	
2 なし				
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	平成 24 年 2 月 2 日	
		評価期間名称	株式会社 川原経営総合センター	
		結果の開示	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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なっているため、高齢者の住居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
高齢者の住居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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 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)
別添3
別添4

※ _____様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名_____

※契約を前提として説明を行なった場合、説明を受けた方は署名をお願いします。

被説明者署名_____

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	<input type="checkbox"/> なし		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	エリーネス須磨	神戸市須磨区友が丘7丁目1-21
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> なし		
〈地域密着型サービス〉				
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
〈居宅介護予防サービス〉				
介護予防訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	エリーネス須磨	神戸市須磨区友が丘7丁目1-21

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		

有料老人ホームが提供するサービス一覧表

特定施設入居者生活介護(介護予防含む)の指定の有無	特定施設入居者生活サービスで、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 ※3(税込)	備 考
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○		月額に含む	保険給付＋生活支援費 ※
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		同上	同上 ※
おむつ代			なし		○		種類により異なる	自己負担
入浴(一般浴) 介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		1,028円/回	週2回は介護保険で実施 ※
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○		同上	同上 ※
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	○		月額に含む	保険給付＋生活支援費 ※
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○			保険給付
協力医療機関	なし	あり	なし	あり	○			週1回保険給付、週2回以上は生活支援費 ※
通院介助	なし	あり	なし	あり	○		514円/15分	月2回保険給付(1回2時間まで保険給付、2時間を超えると実費)、月3回目から実費、市内に限る ※
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				介護サービス計画書(ケアプラン)により実施 ※
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				同上 ※
リネン交換	なし	あり	なし	あり				同上 ※
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				同上 ※
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし					
おやつ			なし				108円/回	
理美容師による理美容サービス			なし				種類により異なる	外部からの訪問理美容 ※
買物代行	なし	あり	なし	あり				
定期便	なし	あり	なし	あり				
以外	なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行(須磨区内)	なし	あり	なし	あり			514円/15分	ケアプランで実施する場合2時間を超えると実費 ※
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	○		514円/15分	2時間を超えると実費 必要に応じ管理費で実施
健康管理サービス								
定期健康診断			なし					年2回管理費で実施 ※
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	○			必要に応じ管理費で実施 ※
服薬支援	なし	あり	なし	あり				適宜実施 ※
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり				同上 ※
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				実施していない
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
協力医療機関	なし	あり	なし	あり				
以外	なし	あり	なし	あり	○		514円/15分	2時間を超えると実費、市内に限る ※
入院中の洗濯物の交換・買い物	なし	あり	なし	あり				週1回生活支援費 ※
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○			同上 ※

※1: 要支援者・要介護者の介護保険サービスは、「介護サービス基準表」を参考に介護サービス計画書(ケアプラン)に基づくものです。
 ※2: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。
 ※3: 管理費や生活支援費の月額利用料。
 ※4: 介護サービス計画書(ケアプラン)に規定されている回数を上回る場合の実費や保険給付に該当しない実費。

介護の家 入居時にかかる前払い金の算定根拠

当ホームでは、家賃相当額について前払い金方式を採用しています。
これは、神戸市有料老人ホーム設置運営指導指針に定めるとおり、
「終身にわたって受領すべき家賃相当額を前払い金として一括して受領するもの」で、
その算定の基礎についても、同指導指針に定める次の考え方に従っています。

$$\text{前払い金} = (\text{1ヶ月の家賃相当額} \times \text{想定居住期間(月数)}) + (\text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額})$$

上記のうち「想定居住期間(月数)」の具体的な算定方法は、厚生労働省が事務連絡(H24.3.16)で示した試算モデル等によります。

※当社の実績値(平成25年3月 現在)

・入居者			
退去の入居者数	52人		
入居時平均年齢	男性：82.9歳	女性：83.4歳	(平均：83.3歳)
男女比率	19.2%	:	80.8%
・死亡退居者			
総数	24人		
平均入居期間	男性：2.7年	女性：3.8年	
男女比率	25.0%	:	75.0%
・データ収集期間	ホーム開設後 8年11ヵ月(107ヵ月)		

■ 入居時にかかる前払い金の算定根拠

- 1 上記の当ホームの開設後実績データに基づき、男女別かつ年齢別の想定居住期間(償却期間)等を算出しました。
- 2 この算出結果は、別紙Ⅱの「入居時に必要とする費用」をご参照下さい。

当ホームではこの結果に基づき、1か月あたりの家賃相当額132,500円について以下の設定を行なっています。

入居一時金の額	7,950,000円	想定居住期間	60ヵ月
(内訳)			
・ 非返還額	総額の20%	1,590,000円	
(入居日の翌日から起算して3月を超えた場合は返還しない)			
・ 返還対象額		6,360,000円	

- 想定居住期間内に契約が終了した場合、契約終了日から想定居住期間満了日までの分を返還します。
- 1か月あたりの家賃相当額は、土地代・建設費・修繕費・借入利息・管理事務費等を基礎として算定します。
- なお、前払い金には、対価性の無い権利金等は含まれておりません。

※当社の実績値（平成25年3月 現在）

・入居者			
退去の入居者数	52人		
入居時平均年齢	男性：82.9歳	女性：83.4歳	（平均：83.3歳）
男女比率	19.2%	:	80.8%
・死亡退居者			
総数	24人		
平均入居期間	男性：2.7年	女性：3.8年	
男女比率	25.0%	:	75.0%
・データ収集期間	ホーム開設後 8年11ヵ月（107ヵ月）		

～入居時に必要とする費用～

(介護の家)

※前払い方式

入居時年齢	65歳以上
償却期間 (想定居住期間)	60月 (5年)
初期償却額 (%)	1,590,000 20%

家賃	7,950,000
生活支援費 (介護保険給付対象外費用)	0 (月にてお支払い)
前払い金総額	7,950,000

月額費用

管理費	124,200
生活支援費 (介護保険給付対象外費用)	87,480
計	211,680

月々の食費、介護保険（自己負担分）、電気、水道代等は別途お支払い頂きます

※月払い方式

敷金 (家賃の6ヶ月分です)	795,000
----------------	---------

月額費用

家賃	132,500
管理費	124,200
生活支援費 (介護保険給付対象外費用)	87,480
計	344,180

※償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日から償却期間満了日までの額を、実日数計算のうえ返還します。

《返還金の算定式》

$$(7,950,000 - 1,590,000) \times \frac{\text{契約終了日から償却期間満了日迄の実日数}}{\text{償却期間の実日数}}$$

(前払い金総額) (非返還対象合計額)

