

(別表7)

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	2023年7月1日
記入部署名	マネジメント本部

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) にほんろんぐらいふかぶしきがいしゃ 日本ロングライフ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒530-0015 大阪市北区中崎西2丁目4番12号 梅田センタービル25階	
連絡先	電話番号	06-6373-9136
	FAX番号	06-6373-9197
	メールアドレス	okyakusama@j-longlife.co.jp
	ホームページアドレス	http://www.j-longlife.co.jp
代表者	氏名	炭本 健
	職名	代表取締役
設立年月日	2007年12月17日	
主な実施事業	※別添1 (別を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) ろんぐらいふこうべあおたに ロングライフ神戸青谷	
所在地	〒651-0051 神戸市中央区神仙寺通3丁目1番2号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R三ノ宮駅、阪急神戸三宮駅
	交通手段と所要時間	例：J R三ノ宮駅、阪急神戸三宮駅より神戸市バスで15分、「青谷」下車徒歩約8分、当社専用シャトルバスで約10分
連絡先	電話番号	078-221-3731
	FAX番号	078-221-3734
	メールアドレス	aotani@j-longlife.co.jp
	ホームページアドレス	http://www.j-longlife.co.jp
管理者	氏名	サービス&ケア担当支配人
	職名	江戸 良行
建物の竣工日	2007年5月1日	
有料老人ホーム事業の開始日	2008年5月1日	

(類型)

<input checked="" type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	2875102200
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	2008年5月1日
	指定の更新日（直近）	2020年5月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,874.60 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 (2007年5月17日～2027年5月16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	5388.57 m ² (地下2階地上6階建)			
		うち、老人ホーム	5388.57 m ²			
	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				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (2007年5月17日～2027年5月16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※
マンションタイプ		有/無	有/無	20.80～74.36 m ²	51	一般居室個室
ユニットタイプ		有/無	有/無	15.75～23.34 m ²	26	介護居室個室
※「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		1ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		9ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室		2ヶ所	
			大浴場		2ヶ所	
共用浴室における介護	1ヶ所	チェア浴		1ヶ所		

	浴室		リフト浴	0ヶ所					
			ストレッチャー浴	0ヶ所					
			その他（ ）	0ヶ所					
	食堂	1	あり	2	なし				
	入居者や家族が利用できる調理施設	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				
緊急通報装置等	居室	1	全室にあり	2	一部あり	3	なし		
	便所	1	全室にあり	2	一部あり	3	なし		
	浴室	1	全室にあり	2	一部あり	3	なし		
	その他								
		1	あり	2	一部あり	3	なし		
その他									

4. サービスの内容

運営に関する方針	入居者の意志及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立った指定特定介護施設入居者生活介護の提供に努めるとともに、事業の実施に当たっては地域との結びつきを重視し、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、常に入居者の家族と連携を行い、交流の機会を確保するよう努めます。
サービスの提供内容に関する特色	お客様一人ひとりの個性や背景を尊重し、日々よりよいシニアライフを送っていただけるようにサポートします。そして、お客様の「ずっと自分らしく生きたい」という当然の欲求に応えるため「楽しみ」からライフスタイル全般まで、そのプログラムや環境をアレンジしながらプロデュースする全人的ケアを目指します。
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	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		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	
		(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) 2.5 : 1		
	2	なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保）	
協力医療機関	名称	医療法人 春日野会 春日野会病院
	住所	神戸市中央区野崎通 4 丁目 1-2
	診療科目	内科
	協力科目	内科、消化器内科、整形外科
	協力内容	訪問診療（2週間に1回、緊急時は随時） 健康チェック（提携医療機関の医師による問診、聴診等） 健康相談、機能回復訓練 健康診断（年2回実施の機会を設ける）
協力歯科医療機関	名称	竹島歯科
	住所	神戸市中央区八幡通4-2-9-302
	協力内容	訪問歯科診療(随時)

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）	
判断基準の内容	お二人で入居されている場合、お一人の方が病気等により一般居室において居住することを医師が危険とあると判断した場合。	
手続きの内容	ご入居者の意思を確認し、契約者及び身元引受人の意見を聴いた上で、一時介護室へ移っていただきます。なお、お身体が回復し一般居室での生活が可能となった場合は一般居室に戻っていただきます。	
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	一般居室の利用権は継続します。一時介護室で介護を行う場合の費用は入居一時金及び月額利用料に含まれており、追加の費用はありません。	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし ※対象外	
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	心身状態の変化に鑑みて居室を変更することが適切であると認められる場合	
手続きの内容	ホームが指定する医師の意見を聴き、ご入居者、契約者及び身元引受人の同意を得た上で、居室を変更することがあります	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	変更後の居室に移転します。	
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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	原則として満65歳以上の方。ユニットケアタイプの場合は、要支援または要介護認定を受けていらっしゃる方に限らせていただきます。	
契約の解除の内容	入居契約書第4章の規定により対応させていただきます。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第27条
	解約予告期間	6か月
入居者からの解約予告期間	1か月以上	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊2日(食事付) 11,000円(消費税込) 2泊3日(食事付) 22,000円(消費税込)) 2 なし	
入居定員	98名	
その他	必要に応じて運営懇談会を開催いたします。	

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要）。

（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	0.5
生活相談員	2	2	0	1.0
直接処遇職員	18	11	7	15.5
介護職員	15	8	7	12.5
看護職員	3	3	0	3.0
機能訓練指導員	1	1	0	0.2
計画作成担当者	1	1	0	0.5
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	2	1	1	1.5
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	2	1	1
実務者研修の修了者	3	3	0
初任者研修の修了者	9	4	5
介護支援専門員	0	0	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	1	1	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語療法士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0

あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜間帯の設定時間 (19:30 時～7:30 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	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 (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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.5 : 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		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	業務にかかる資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり					
		資格等の名称	介護職員実務者研修修了				
		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		0	0	3	1	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	1	1	0	0
業務に従事した経験年数							
1年未満の者の人数		0	0	4	3	0	0
1年以上3年未満の者の人数		2	0	3	0	0	0
3年以上5年未満の者の人数		0	0	0	3	1	0
5年以上10年未満の者の人数		0	0	1	1	0	0
10年以上の者の人数		1	0	0	0	1	0

	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	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0
業務に従事した経験年数				
1年未満の者の人数	0	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	0	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	0
5年以上10年未満の者の人数	0	0	0	0
10年以上の者の人数	1	0	1	0
従業者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	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式	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 type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て 選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
要介護度に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 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	消費者物価指数及び人件費等を勘案した結果による。	
	手続き	運営懇談会において入居者等の意見を聴く。	

(利用料金のプラン（代表的なプラン）)

(消費税込)

		マンションタイプ	ユニットケアタイプ	
入居者の状況	要介護度	自立・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	20.80～74.36㎡	15.75～23.34㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居時点で必要な費用	前払金	1,980万円～8,180万円	1,460万円～1,560万円	
	敷金	—	—	
月額費用の合計		255,240円～	255,600円～	
家賃		235,700円～973,800円 (月払プランご利用時のみ)	173,800円～185,700円 (月払プランご利用時のみ)	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1	介護報酬告示上の額	介護報酬告示上の額	
	介護保険外※2	食費	83,640円（日額/1日3食）	84,000円（月額/1日3食）
		管理費	171,600円～221,100円	171,600円～184,800円
		介護費用	0円～44,000円	0円～44,000円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
その他	個別サービス費用有	個別サービス費用有		

- ※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	事業費（施設の開発費・土地代・建設費・大規模修繕等修繕費・借入利息、管理事務費等）、土地・建物の賃借料等				
敷金	—				
介護費用 (生活支援サービス料)	<p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない</p> <p>介護基準を超えるケアサービスに対する料金で、介護度によって料金が異なります。入院時には介護保険同様に生活支援サービス料は発生いたしません。また、月内に介護度の変更があれば日割り計算にて計算し請求いたします。</p> <p>要支援1 = 0円 要支援2 = 17,600円 要介護1 = 19,800円 要介護2 = 22,000円 要介護3 = 35,200円 要介護4 = 39,600円 要介護5 = 44,000円</p> <p>(1人月額 消費税込)</p>				
管理費	専用居室・共用施設の水道光熱費、共用施設の備品・消耗品、建築維持管理(メンテナンス・クリーニング等)、フロントサービス費、24時間緊急時対応、生活の助言・相談、レクリエーション費(一部別途個人費用負担の場合あり)、自立の入居者であっても疾病等による一時的な家事援助や介護(ただし医師の判断が必要。期間:疾病等から30日以内。管理規定参照)				
食費	<p><マンションタイプ></p> <p>1人 日額 2,788円 (消費税込)</p> <p>食事のキャンセルは2日前までにお知らせ下さい。キャンセルによる返金については内訳単価で計算し、翌々月12日(金融機関が休日の場合は翌営業日)に返金します。</p> <table border="1"> <tr> <td>内訳 (消費税込)</td> <td>朝食 588円</td> <td>昼食 1,100円</td> <td>夕食 1,100円</td> </tr> </table> <p><ユニットケアタイプ></p> <p>1人 月額 84,000円 (消費税込)</p> <p>7日間以上連続して不在の場合は、日額 2,800円 (消費税込) を返金いたします。</p>	内訳 (消費税込)	朝食 588円	昼食 1,100円	夕食 1,100円
内訳 (消費税込)	朝食 588円	昼食 1,100円	夕食 1,100円		
光熱水費等	管理費に含まれます。電話代、NHK受信料は別途実費負担となります。				
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
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・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	入居一時金は、想定居住期間（7年間）の家賃総額と想定居住期間を超えて本件契約が継続する場合に備えて事業主体が受領する金額の合計額です。	
想定居住年数（償却年月数）	84ヶ月	
償却の開始日	入居契約書第3条第1項記載の通り	
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）	<p><マンションタイプ></p> <p>ゴールドR： 4,957,200円</p> <p>ゴールドS： 5,950,000円</p> <p>プラチナR： 5,950,000円</p> <p>プラチナS： 8,457,200円</p> <p>ロイヤル： 9,954,800円</p> <p>プレミアム： 20,454,800円</p> <p><ユニットケアタイプ></p> <p>ゴールド： 3,654,800円</p> <p>プラチナ： 3,907,200円</p>	
初期償却率	概ね25%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<p>1 1人入居の場合</p> <p>(1) 追加負担金の支払がない場合 入居一時金から、1日当たりの家賃（入居一時金のうち返還対象部分を、1ヶ月を30日として償却月数で割り返した額）に丙の入居日から契約終了日までの日数を乗じた金額を差し引いた金額</p> <p>(2) 追加負担金の支払がある場合 入居一時金と追加負担金の合計額から、1日当たりの家賃に丙の入居日から契約終了日までの日数を乗じた金額を差し引いた金額</p> <p>2 2人入居の場合</p> <p>(1) 追加入居負担金の支払がない場合 追加入居一時金から、1日当たりの追加家賃（追加入居一時金のうち返還対象部分を、1ヶ月を30日として償却月数で割り返した額）に追加入居者の入居日から契約終了日までの日数を乗じた金額を差し引いた金額</p> <p>(2) 追加入居負担金の支払がある場合 追加入居一時金と追加入居負担金の合計額から、1日当たりの追加家賃に追加入居者の入居日から契約終了日までの日数を乗じた金額を差し引いた金額</p> <p>※原状回復費用は実費をいただきます。</p>
	入居後3月を超えた契約終了	<p>1 1人入居の場合</p> <p>(1) 本件契約終了時の入居者の年齢が65歳以上の場合 入居一時金のうち想定居住期間（7年間）の家賃総額×(84ヶ月－入居経過月数)÷84ヶ月 〔入居月及び退去月は1ヶ月を30日として日割計算し、その余の月は月割計算する。〕</p> <p>(2) 本件契約終了時の入居者の年齢が65歳未満の場合 下記①と②の合計額</p> <p>① 追加負担金×{(入居日が属する月から入居者が65歳に達する日が属する月までの月数)－入居経過月数}÷(入居日が属する月から丙が65歳に達する日が属する月までの月数) 〔入居月及び丙が65歳に達する日が属する月は1ヶ月を30日として日割計算し、その余の月は月割計算する。〕</p> <p>② 入居一時金のうち想定居住期間（7年間）の家賃総額</p>

		<p>2 2人入居の場合</p> <p>(1) 本件契約終了時における追加入居者の年齢が65歳以上の場合 追加入居一時金のうち想定居住期間(7年間)の家賃総額×(84ヶ月-入居経過月数)÷84ヶ月 〔入居月及び退去月は1ヶ月を30日として日割計算し、その余の月は月割計算する。〕</p> <p>(2) 本件契約終了時における追加入居者の年齢が65歳未満の場合 下記①と②の合計額</p> <p>① 追加入居負担金×{(追加入居者の入居日が属する月から追加入居者が65歳に達する日が属する月までの月数)-入居経過月数}÷(追加入居者の入居日が属する月から丙が65歳に達する日が属する月までの月数) 〔入居月及び追加入居者が65歳に達する日が属する月は1ヶ月を30日として日割計算し、その余の月は月割計算する。〕</p> <p>② 追加入居一時金のうち想定居住期間(7年間)の追加家賃総額</p> <p>※原状回復費用は実費をいただきます。</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(記入日現在)

(入居者の人数)

性別	男性	13人
	女性	48人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	6人
	75歳以上 85歳未満	20人
	85歳以上	35人
要介護度別	自立	17人
	要支援1	6人
	要支援2	1人
	要介護1	14人
	要介護2	9人
	要介護3	4人
	要介護4	5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	32人
	5年以上10年未満	17人
	10年以上15年未満	7人
	15年以上	1人

(入居者の属性)

平均年齢	85.6歳
入居者数の合計	61人
入居率※	75.3%

※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。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	10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	1人
		(解約事由の例) 医療充実施設へ

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	ロングライフ神戸青谷 苦情相談窓口：管理者	日本ロングライフ(株) お客様相談室	兵庫県国保連合会 介護サービス苦情相談 窓口	
電話番号	078-221-3731	0120-550-294	078-332-5617	
対応している時間	平日	9:00~18:00	9:00~18:00	8:45~17:30
	土曜日	9:00~18:00	9:00~18:00	—
	日曜・祝日	9:00~18:00	9:00~18:00	—
定休日	なし	なし	年末年始(12/29~1/3)	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(その内容) 東京海上日動火災保険(株) 総合賠償責任保険加入
	<input type="checkbox"/> 2	なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(その内容) 死亡、傷害、生産物共に一事故につき限度 1 億円
	<input type="checkbox"/> 2	なし	
事故対応及び予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	入居後 3 ヶ月後にアンケート調査実施
			結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2	なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1	あり	実施日	
			評価機関名称	
			結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" 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
管理規程	<input checked="" 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 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
	<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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:) <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	
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 <input checked="" 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	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	
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 <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：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 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。

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	ロングライフ苦楽園ケアセンター	西宮市苦楽園五番町2-48
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	ロングライフ・クイーンズ塩屋	垂水区塩屋町1-6-30
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		
地域密着型通所介護	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	ロングライフ・クイーンズ塩屋	垂水区塩屋町1-6-30
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		
介護医療院	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				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		都度 ※2	料金 ※3	備考 （*：自立の方は緊急時に必要と認められる場合のみ包含にて実施）
					※2	※2			
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			○	2,200円/時間	*
特浴介助	なし	あり	なし	あり			○	2,200円/時間	*
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			○	2,200円/時間	協力医療機関以外への通院介助の場合、交通費別途
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり			○	2,200円/30分	*（2名で対応）
リネン交換	なし	あり	なし	あり			○		*（居室清掃に含む）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			○	550円/回	*
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			○	330円/回または440円/回	*自立の方：440円 介護保険をご利用の方：330円（体調不良等により必要と認められる場合を除く）
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			○	2,200円/時間	*購入費、指定の利用区域外の場合の諸費用実費
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			○	2,200円/時間	
金銭・貯金管理			なし	あり			○	5,500円/月	上限20万円まで
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり			○		年2回実施の機会を設ける
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○				適宜実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり			○	分包2,200円/月 与薬220円/回	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○				適宜実施
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	○				協力医療機関は30分無料、30分超は2,200円/時間 協力医療機関以外は2,200円/時間及び交通費別途。緊急時は無料。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			○	2,200円/回	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○				適宜実施

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3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、月額の利用料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