



重要事項説明書

～ 介護付有料老人ホーム ～

株式会社ソラスト

介護付有料老人ホーム ソラスト須磨ノ森

| | |
|-------|-----------------|
| 記入年月日 | 2024 年 11 月 1 日 |
| 記入者名 | 福田 尊敏 |
| 所属・職名 | 管理者 |

1. 事業主体概要

| | | |
|----------------|---|------|
| 種類 | 個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (フリガナ) かぶしきがいしゃそらすと 株式会社ソラスト | |
| 主たる事務所の所在地・連絡先 | 本社：〒108-8210 東京都港区港南2丁目15番3号 品川インターシティC棟12階 TEL：03-3450-2610 FAX：03-3450-2612 介護事業本部 関西介護ブロック： 大阪府中央区久太郎町2-4-1 1 | |

し)

| | | |
|------------|--|---------|
| | <p>クラブウアネックスビル 8 階</p> <p>TEL : 06-6264-7868 FAX : 06-6264-7783</p> | |
| ホームページアドレス | http://solasto.co.jp/ | |
| 代表者 | 氏名 | 野田 亨 |
| | 職名 | 代表取締役社長 |
| 設立年月日 | 1965 年 10 月 12 日 | |
| 主な実施事業 | <p>居宅サービス事業・介護予防サービス事業・医療関連事業 (医療事務 受託・医業経営コンサルティング等) ・保育事業・教育事業 他</p> <p>別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)</p> | |

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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む そらすとすまのもり 介護付有料老人ホーム ソラスト須磨ノ森 | |
| 所在地 | 〒654-0133 兵庫県神戸市須磨区多井畑字出口 19 番地の 1 | |
| 主な利用交通手段※ | 最寄駅 | JR「須磨」・地下鉄西神・山手線「妙法寺」 |
| | 交通手段と所要時間 | ①地下鉄西神・山手線「妙法寺」より 市バス 8 分「多井畑厄神」バス停徒歩 5 分 ② JR 神戸線「須磨」より市バス 「多井畑厄神前」バス停徒歩 5 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 078-741-2785 |
| | FAX 番号 | 078-741-3085 |
| | ホームページアドレス | http://solasto-kaigo.com/ |
| 管理者 | 氏名 | 福田 尊敏 |

し)

| | | |
|--|---------------|-------------|
| | 職名 | 施設長 |
| | 建物の竣工日 | 2006年11月10日 |
| | 有料老人ホーム事業の開始日 | 2019年7月1日 |

(類型) 【表示事項】

| | | |
|------------------------|-------------------------------------|------------|
| 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) | |
| 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 | 2870703176 |
| | 指定した自治体名 | 神戸市 |
| | 事業所の指定日 | 2019年7月1日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 2019年7月1日 |

3 . 建物概要

| | | | |
|--------------|---------|----------------------------------|----------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 1038.30㎡ | |
| | ※ 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 | | | |
| 借地の契約形態 | | 1 通常借地契約・ 2 定期借地契約 | |
| 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 | 1126.36㎡ (地上 2 階建) |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1126.36㎡ |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 () | |

し)

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|--|---------|---|--------|------------------------------------|------|---|---------|---|
| | 構造 | 1 鉄骨鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 () | | | | | | | | |
| | 建築確認の用途指定 | <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム・その他 () | | | | | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 <table border="1" data-bbox="564 974 1374 1563"> <tr> <td data-bbox="564 974 852 1077">借家の契約形態</td> <td data-bbox="852 974 1374 1077"> <input type="checkbox"/> 1 通常借家契約・ 2 定期借家契約 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="564 1077 852 1180">抵当権の設定</td> <td data-bbox="852 1077 1374 1180"> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし </td> </tr> <tr> <td data-bbox="564 1180 852 1469">契約期間</td> <td data-bbox="852 1180 1374 1469"> <input type="checkbox"/> 1 あり 2019年7月1日～ 2039年6月30日 <input type="checkbox"/> 2 なし </td> </tr> <tr> <td data-bbox="564 1469 852 1563">契約の自動更新</td> <td data-bbox="852 1469 1374 1563"> <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし </td> </tr> </table> | 借家の契約形態 | <input type="checkbox"/> 1 通常借家契約・ 2 定期借家契約 | 抵当権の設定 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | 契約期間 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2019年7月1日～ 2039年6月30日 <input type="checkbox"/> 2 なし | 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 借家の契約形態 | <input type="checkbox"/> 1 通常借家契約・ 2 定期借家契約 | | | | | | | | | |
| 抵当権の設定 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | | | | | | |
| 契約期間 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2019年7月1日～ 2039年6月30日 <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | | | | | | |
| 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | | | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 全室個室 居室総数 35 室 定員 35 人 (一時介護室を除く) <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり <table border="1" data-bbox="564 1758 1430 1948"> <tr> <td data-bbox="564 1758 852 1854">最少</td> <td data-bbox="852 1758 1430 1854">人部屋</td> </tr> <tr> <td data-bbox="564 1854 852 1948">最大</td> <td data-bbox="852 1854 1430 1948">人部屋</td> </tr> </table> | 最少 | 人部屋 | 最大 | 人部屋 | | | | |
| 最少 | 人部屋 | | | | | | | | | |
| 最大 | 人部屋 | | | | | | | | | |

し)

| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分 [※] |
|---|------------|---|--------------------------------|---------------------|-------|-----------------|
| | 介護居室 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 14.15m ² | 33室 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 14.18m ² | 2室 | 介護居室個室 |
| | タイプ3 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| | タイプ4 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| | タイプ5 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| | タイプ6 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| | タイプ7 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| | タイプ8 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| | タイプ9 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| | タイプ10 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | |
| <p>※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。</p> | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | | 3ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 3ヶ所 |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 2ヶ所 |

し)

| | | | |
|-------------------|--|--------------|-----|
| 共用浴室 | 2ヶ所 | 一般浴室 1,2階 | 2ヶ所 |
| | | 大浴場 | -ヶ所 |
| 共用浴室における 介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | -ヶ所 |
| | | リフト浴 | -ヶ所 |
| | | ストレッチャー浴 | -ヶ所 |
| | | その他 (特殊浴槽) | 1ヶ所 |
| 食堂 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 設置階 1, 2階 談話室・機能訓練室と共用 (1階 45.97㎡・2階 45.97㎡) | | |
| 便所 | 設置箇所 各居室、各階に共用 | | |
| 洗面設備 | 設置箇所 各居室 | | |
| 医務室 (健康管理 室) | 設置階 1階 | | |
| 談話室 | 設置階 1,2階 (1階 10.42㎡、2階 9.24㎡) | | |
| 事務室 | 設置階 1階 (23.33㎡) | | |

し)

| | | |
|-------------------|------------------|---|
| | 宿直室 | 設置階 - |
| | 洗濯室 | 設置階 1階 (3.78㎡) |
| | 汚物処理室 | 設置階 1階 (4.14㎡) 2階 (4.14㎡) |
| | 看護・介護職員室 | 設置階 1、2階 |
| | 機能訓練室 | 設置階 1、2階談話室・機能訓練室と共用 (1階 45.97㎡・2階 45.97㎡) |
| | 健康・生きがい施設 | 設置階 - (㎡) |
| | 外来者宿泊室 | 設置階 - (㎡) |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | エレベーター | 1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 1基 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 | <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 |
| | 火災通報設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |

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 | 緊急通報装置等緊急連絡・安否確認 | <p>[緊急通報装置等の種類及び設置箇所]</p> <p>各居室、居室内トイレ・共用トイレ・特殊浴室・脱衣室にナースコールを設置。</p> <p>館内で受信、及び携帯可能な小型受信機(PHS)を備える。</p> <p>[安否確認の方法・頻度等]</p> <p>巡回(夜間にも夜勤ヘルパー2名が巡回)。頻度は、入居者の意向の確認、意見交換等を行い、できる限りそれを尊重する。</p> |
| | 同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 | - |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|----------|---|
| 事業の目的 | 事業所は、「神戸市有料老人ホーム設置運営指導指 針」等 に基づき、適正な運営を確保するために人員及び管理 運 営に関する事項を定め、要支援、要介護状態にある高 齢 者に対して良好な生活環境を提供することを目的とし ます。 |
| 運営に関する方針 | 1 事業所は、利用者に対して、食事、入浴、排泄の 介護その他日常生活上の世話、機能訓練、通院時及 び退院後の療養上の世話を行う事により利用者が有 する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営む |

し)

| | |
|--|---|
| | <p>ことができるように支援します。</p> <p>2 事業所が提供する特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護は、介護保険法令及び厚生労働省通知の内容に沿ったものとします。</p> <p>3 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努力し、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。</p> <p>4 サービスの提供は、個別の特定施設サービス計画を作成し、利用者の同意のもとに実行します。</p> <p>5 利用者の個人情報の取り扱いについては、その利用目的を示し本人の予め同意を得て取り扱うものとし、個人情報保護法の精神に立って、個人情報の管理等に努めます。</p> <p>6 サービス担当者会議、その他事業者が遵守すべき運営基準等の法令や加算の要件となる各種の会議等 (利用者またはその家族が参加するものを含む) において、感染防止や多職種連携促進の観点から、利用者の状態の変化等に留意しつつ、テレビ電話装置</p> |
|--|---|

し)

| | |
|-----------------|--|
| | 等を活用して実施する場合があります。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" 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 | I | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | | II | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | A D L 維持加算 | I | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | | II | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 | I | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | | II | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 協力医療機関連携加算 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 看取り介護加算 | I | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | | II | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |

し)

| | | | | | |
|--------------------|-----|---|----|---|----|
| 退院・退所時連携加算 | | 1 | あり | 2 | なし |
| 入居時継続支援加算 | 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 |
| 若年性認知症入居者受入加算 | | 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 |
| 科学的介護推進体制加算 | | 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 |
| 退居時情報提供加算 | | 1 | あり | 2 | なし |
| 高齢者施設等感染 対策向上加算 | I | 1 | あり | 2 | なし |
| | II | 1 | あり | 2 | なし |
| 新興感染症等施設療養費 | | 1 | あり | 2 | なし |
| 生産性向上推進体制 | I | 1 | あり | 2 | なし |

し)

| | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|---|-----------|
| | 加算 | Ⅱ | 1 あり 2 なし |
| | 介護職員処遇改善加算 (~2024年5月) | Ⅰ | 1 あり 2 なし |
| | 介護職員等特定処遇 改善加算 (~2024年5月) | Ⅰ | 1 あり 2 なし |
| | | Ⅱ | 1 あり 2 なし |
| | 介護職員等ベースアップ等 支援加算 (~2024年5月) | | 1 あり 2 なし |
| 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 | 介護職員等処遇改善 加算(2024年6月~) | Ⅰ | 1 あり 2 なし |
| | | Ⅱ | 1 あり 2 なし |
| | 身体拘束廃止未実施減算 | | 1 あり 2 なし |
| 介護予防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 | Ⅰ | 1 あり 2 なし |
| | | Ⅱ | 1 あり 2 なし |
| | ADL維持加算 | Ⅰ | 1 あり 2 なし |
| | | Ⅱ | 1 あり 2 なし |
| | 協力医療機関連携加算 | | 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 |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | 1 あり 2 なし |

し)

| | | | | | |
|---------------------------------|-----|---|----|---|----|
| 科学的介護推進体制加算 | | 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 |
| 退居時情報提供加算 | | 1 | あり | 2 | なし |
| 高齢者施設等感染 対策向上加算 | I | 1 | あり | 2 | なし |
| | II | 1 | あり | 2 | なし |
| 新興感染症等施設療養費 | | 1 | あり | 2 | なし |
| 生産性向上推進体制 加算 | I | 1 | あり | 2 | なし |
| | II | 1 | あり | 2 | なし |
| 介護職員処遇改善加算 (～2024年5月) | | 1 | あり | 2 | なし |
| 介護職員等特定処遇 改善加算 (～2024年5月) | I | 1 | あり | 2 | なし |
| | II | 1 | あり | 2 | なし |
| 介護職員等ベースアップ等 | | 1 | あり | 2 | なし |

し)

| | | | |
|----------------------|-------------------------------|---------------|------------------------------------|
| | 支援加算(~2024年5月) | | |
| | 介護職員等処遇改善 | I | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 加算(2024年6月~) | II | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 身体拘束廃止未実施減算 | | 1 あり <input type="checkbox"/> 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) | |
| | <input type="checkbox"/> 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 入退院の付き添い | |
| | | <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 | 学が丘かかりつけクリニック |
| | | 住所 | 兵庫県神戸市垂水区学が丘5丁目1番4号 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 健康相談、月2回内科医師による健康診断ほか |

し)

| | | | |
|----------|------|-------------------|----------------------|
| | 2 | 名称 | 鈴木クリニック |
| | | 住所 | 兵庫県神戸市垂水区本多聞2丁目12-20 |
| | | 診療科目 | 胃腸内科、内科、放射線科 |
| | | 協力内容 | 健康相談、月2回内科医師による健康診断 |
| | 3 | 名称 | 青山クリニック |
| | | 住所 | 神戸市須磨区白川台6丁目16-18 |
| | | 診療科目 | 在宅医療専門医、内科、外科等総合 |
| | | 協力内容 | 健康相談、月2回健康診断 |
| | 4 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 5 | 名称 | | |
| | 住所 | | |
| | 診療科目 | | |
| | 協力内容 | | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 杉村歯科医院 | |
| | 住所 | 兵庫県神戸市須磨区多井畑東町3-2 | |

し)

| | 協力内容 | 歯科 |
|---|---|----|
| 入居者が医療を要する場合の対応 (入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等) | <p>通院 - 医療機関への通院同行は、医療保険制度で給付される以外の費用、交通費については入居者負担。</p> <p>入院 - ・ 医師の判断を基本として、入居者及びご家族とお話し合いの上、協力医療機関からの紹介先、または希望する病院に入院。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院に係る費用は入居者負担。 ・ 入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃の負担が必要。 ・ 入院が連続して2ヶ月を超えると、または予想されるときには、入居契約の解除を行う。(ただし、入居契約の解除に際しては、入居者の事情を十分に斟酌し、身元引受人も含めた協議の上決定を行う) | |

(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 | <p>1 一時介護室へ移る場合</p> <p>2 介護居室へ移る場合</p> |
|----------------|--|

| | |
|---------|---|
| ※複数選択可 | 3 その他（ ） |
| 判断基準の内容 | 下欄参照 |
| 手続きの内容 | <p>1 事業者の都合により、ソラスト施設における居室の変更を行う場合の事務手続き、及び費用負担については、以下に準じて処理するものとする。</p> <p>(1) 同一施設内での変更については、入居者は費用負担を要しない。ただし、入居者及び身元引受人は各種契約書等の変更等の事務手続きに協力するものとする。</p> <p>(2) 事業者が運営する、異なる施設間での変更については、入居者は費用負担を要しない。ただし、入居者及び身元引受人は退去と再入居に必要な事務手続きに協力するものとする。</p> <p>(3) 事業者の都合に基づき居室の変更を行う場合、事業者は入居者の不利益とならないように、医師の意見を聞き、一定の観察期間を経た上で、入居者及び身元引受人の同意を得るものとする。</p> <p>2 入居者または身元引受人の都合により、ソラスト施設における居室の変更を行う場合の事務手続き及び費用負担につい</p> |

| | | | |
|--------------|--------|---|--|
| | | <p>ては、以下に準じて処理するものとする。</p> <p>(1) 同一施設内での変更については、入居者及び身元引受人は今まで使っていた居室のクリーニング費用及び経年的変化を除いた入居当時の居室の状態を回復するための費用を負担し、移動後 1 ヶ月以内に事業者へ支払うものとする。また、各種契約書等の変更等の事務手続きに協力するものとする。</p> <p>(2) 異なる施設間での変更については、通常の退去及び入居と同様の扱いを基本とする。</p> | |
| 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 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 変更なし | 2 変更あり 3 非該当 |
| 前払金償却の調整の有無 | | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 従前の居室との仕様の変更 | 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 | (変更内容) |

し)

| | | |
|--|--|------|
| | | 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 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 |
| | 介護保険の要支援1・2、要介護1～5の認定を受けている方。(65歳以上の方、または要介護状態の原因が介護保険で指定する特定疾患である40～64歳の方。) | |
| 留意事項 | 別途管理規程に定める | |
| 契約の解除の内容 | <p>1 事業者は入居者が以下のいずれかに該当するときには、3ヶ月の予告期間をおいて本契約を解除することができる。ただし、本契約の解除に際しては、入居者の事情を十分に斟酌し、身元引受人も含めた協議の上決定するものとする。</p> <p>(1) 共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかける恐れがあるとき。ただし、この場合は、事業</p> | |

し)

| | |
|--|---|
| | <p>者の一方的な判断によらず、入居者及び身元引受人 に対し、弁明の機会を与えるものとする。</p> <p>(2) 入居時に提出書類などで虚偽や不正の申告があるな ど信頼関係を著しく損なうような時。</p> <p>(3) 介護保険の認定更新において、自立と認定された とき。この場合、介護保険の認定有効期限を持って終 了とする。</p> <p>(4) 常時医療行為が必要となるなど、入居者の身体状 況が事業者の介護の範囲を超えたとき。ただし、この 場合は、医師の意見を聞き、一定の観察期間を経た 上で、入居者及び身元引受人の同意を得るものとす る。</p> <p>2 入居者が事業者に支払うべき利用料を 1 ヶ月間滞納し 再三催告したにも関わらず支払いの意思がなく、未払い の期間が 3 ヶ月経過したとき、事業者は本契約を解除す ることができる。</p> <p>3 入居者は、退去予定日の 30 日前までに、事業者の定 める退去届を事業者に提出し、退去予定日までに居室を</p> |
|--|---|

し)

明け渡すことで、本契約を解除することができる。ただし、定められた期日(退去予定日の30日前)までに退去届を提出せずに本契約を解除する場合は、入居者は事業者に違約金として1ヶ月分の家賃と管理費を支払うものとする。

4 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当するときには、入居者に対して文書で通知することにより、直ちに契約を解除することができる。

(1) 入居者、入居者の署名代行者・身元引受人・法定代理人及び家族等が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない場合

(2) 入居者、入居者の署名代行者・身元引受人・法定代理人及び家族等に暴言・暴力・ハラスメント等があり、事業者又は他の入居者等との間にトラブルが生じる恐れがあるまたは職員のサービス提供に支障が生じると事業者が判断した場合

5 入院または外泊が連続して2ヶ月を超えると、または予想されるときで、復帰の目途が立たないとき。ただ

し)

し、退去後に乙が復帰を希望する場合、事業者は他の施設への入所も含めてその実現に努めるものとする。

6 契約は次の場合に終了する。

(1) 入居者が死亡したとき。

(2) 事業者が入居契約に基づき本契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき。

(3) 入居者が入居契約に基づき、退去届を事業者へ提出し、退去予定日までに居室を明け渡したとき。

7 事業者及び入居者は、それぞれ相手方に対し、次の各号の事項を確約する。

(1) 自ら (自己が法人の場合は、業務を執行する社員、取締役、執行役、代表者、役員又は実質的に経営を支配する者) が、暴力団、暴力団関係企業、総会屋、社会運動標ぼうゴロ、特殊知能暴力集団等若しくはこれらに準ずる者又はその構成員 (以下総称して「反社会的勢力」という) ではないこと。なお、入居者の署名代行者・身元引受人・法定代理人及び家族等も含むものとする。

| | |
|--------|---|
| | <p>(2) 反社会的勢力に自己の名義を利用させ、この契約を締結するものでないこと。</p> <p>(3) 自ら又は第三者を利用して、次の行為をしないこと。</p> <p>ア 相手方に対する脅迫的な言動又は暴力を用いる行為</p> <p>イ 偽計又は威力を用いて相手方の業務を妨害し、又は信用を毀損する行為</p> <p>(4) 事業者及び入居者は、相手方が反社会的勢力に属すると判明した場合、催告をすることなく、契約を直ちに解除することができるものとする。</p> <p>(5) 事業者又は入居者が、前項の規定により、契約を解除した場合には、これによる相手方の損害を賠償する責任を負わないものとする。</p> <p>(6) 第 2 項の規定により、事業者又は入居者が契約を解除した場合において、相手方は解除者に生じた全損害について賠償する責任を負うものとする。</p> |
| 短期解約特例 | 1 入居日から 3 ヶ月以内において、入居者から解約の申 |

| | |
|------------------|--|
| <p>(クーリングオフ)</p> | <p>し出がなされ、または死亡により、退去予定日までに居室を明け渡した場合、本契約を終了できるものとする。(即時解約を含む)</p> <p>2 短期解約特例(クーリングオフ)による返還金の算定方法</p> <p>(1) 期間精算方法</p> <p>起算日：入居日の翌日(注)</p> <p>(注①) 月途中の入居：入居日の翌日を起算日とし、</p> <p>3ヶ月が経過する月において、起算日に応答する日の</p> <p>前日</p> <p>※この場合で最終月に応答日がない場合、3ヶ月が経過する月の末日とする。</p> <p>(注②) 月末日の入居：翌月の初日を起算日とし、</p> <p>3ヶ月が経過する月の末日</p> <p>(2) 起算日：入居した日</p> |
| <p>解約時の精算方法</p> | <p>1 入居者が入居開始可能日前に契約解除する場合には、事業者は既受領金の全額を返還するものとする。</p> |

| | | |
|----------------|--|-----------|
| | <p>2 入居者からの契約の解除または入居者の死亡により契約が終了した場合、家賃、管理費、食費を受領しているとき、または請求するときは、日割計算により算出して精算するものとする。</p> | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 上記の該当条項参照 |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日前 | |
| 体験入居の内容 | <p>1 あり (内容: 最長2週間 (1日 8,800円 / 税込価格))</p> <p>2 なし</p> | |
| 入居定員 | 35人 | |
| その他 | <p>【身元引受人等の条件及び義務等】</p> <p>入居者に債務不履行があったときは、入居契約から生ずる一切の金銭債務について連帯して履行の責を負う。</p> <p>なお、身元引受人は、本契約の全部に関し利用者を代理して締結する権限を利用者から与えられていることを表明し、保証します。また、身元引受人が本項に基づく表明および保証に違反した場合は、当該違反に起因または関連して発生した一切の損害 (逸失利益、弁護士費用を含みま</p> | |

し)

| | |
|--|---|
| | <p>す。)、損失および費用につき賠償および補償するものとします。</p> <p>身元引受人の負担は下記に記載する極度額を限度とする。</p> <p>(ア) 極度額 100万円</p> <p>なお、身元引受人が負担する債務の額は、「契約の解除の内容」に記載の契約終了事由に該当した時に、確定するものとする。入居者の契約解除の適用を受ける場合には、入居者の身柄を引き取る責任を負うものとする。(詳細は入居契約書に記載のとおり)</p> |
|--|---|

(緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う際の手続き)

| | |
|---------------------------------|--|
| <p>緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う際の手続き</p> | <p>1 事業所は、介護サービスの提供に当たっては、入居者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の行動の制限は行わない。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、あらかじめ非代替性、一時性、切迫性の3つの要件についてそれぞれ検討の上、その経過及び結果を記録するとともに、別紙「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」にて身元引受人・代理人等に説明するもの</p> |
|---------------------------------|--|

| | |
|--|---|
| | <p>とする。</p> <p>2 事業所は、拘束の実施に当たっては、その様態及び、時間、その際の入居者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、定期的な見直しの際の資料とする。なお、身元引受人・代理人等から要求がある場合及び監督機関等の指示等がある場合には、これを開示する。</p> |
|--|---|

5 . 職員体制 (※入居定員 35名中、要介護者28名を想定。)

(職種別の職員数)

(2024年6月1日)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1※2 | 備 考 (資格・委託等) |
|--------|-------------|----|-----|----------------|-------------------|
| | 合計 | | 非常勤 | | |
| | 常勤 | | | | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1 | 介護福祉士 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1 | |
| 直接処遇職員 | | | | | |
| 介護職員 | 20 | 13 | 7 | 17 | 内1名計画作成担当兼務 |
| 看護職員 | 4 | 1 | 3 | 2 | 機能訓練指導員と兼務 |

し)

| | | | | | |
|---|---|---|--|------|--------------|
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | | 看護職員と兼務 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | | 介護支援専門員 |
| 栄養士 | | | | | 委託(株)アーチスタッフ |
| 調理員 | | | | | 委託(株)アーチスタッフ |
| 事務員 | 1 | 1 | | 1 | |
| 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 | |
| <p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> | | | | | |

(従業員の職務内容)

| 職種 | 職務内容 |
|-----|---------------------------|
| 管理者 | 事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。 |

| | |
|---------|--|
| 生活相談員 | 入居者又は家族からの相談に応じ、職員に対する技術指導、事業計画の作成、関係機関との連絡調整等を行う。 |
| 看護職員 | 利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導 |
| 介護職員 | 入居者の心身の状況に応じ、入居者の自立の支援と日常生活に充実に資するよう、適切な介護を行う。 |
| 機能訓練指導員 | 生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を必要に応じ行う。 |
| 計画作成担当者 | サービス計画を作成し、利用者の能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援する。 |

(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 | 8 | 7 | 1 |
| 基礎研修の修了者 | 6 | | 6 |
| 実務者研修の修了者 | 3 | 2 | 1 |

し)

| | | | |
|-----------|-----------|---|--|
| 初任者研修の修了者 | 2 | 2 | |
| 介護支援専門員 | 1 (介護福祉士) | 1 | |
| ホームヘルパー1級 | | | |
| ホームヘルパー2級 | | | |
| 社会福祉主事 | 1 | 1 | |
| 無資格者 | | | |

(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 |
| 言語聴覚士 | 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 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

し)

| | | |
|---------------------|------|-------------------|
| 夜勤帯の設定時間 (19時～8時) | | |
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0 | 0 |
| 介護職員 | 2 | 1 |

(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 |
| | 【表示事項】 | 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) | 2.7 : 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 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 21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 | |

し)

| | | |
|--|---|--|
| | 称 | |
|--|---|--|

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | |
|---------------|----------|-----|--------|-----|----------------|-----|---------|-----|-------------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | | | 1 あり 2 なし | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | 1 あり | | | | | | | |
| | | | 資格等の名称 | | 介護福祉士 | | | | | |
| | 2 なし | | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成 担当者 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度 1 年間の採用者数 | | 3 | 3 | 2 | | | | | | |
| 前年度 1 年間の退職者数 | 1 | 2 | 6 | 1 | | | | | | |
| | 1 年未満 | 3 | 3 | 1 | | | | | | |
| | 1 年以上 | | 3 | 3 | | | | 1 | | |
| | 3 年未満 | | | | | | | | | |
| | 3 年以上 | 1 | | 6 | 1 | 1 | | 1 | | 1 |

し)

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式 | |
| | 2 建物賃貸借方式 | |
| | 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【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 | |
| | <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 | |
| | 4 選択方式 | 1 全額前払い方式 |
| ※該当する方式を全て選択 | | 2 一部前払い・一部月払い方式 |

| | 3 月払い方式 |
|---------------|--|
| 支払い方法 | <p>入居一時金はなし。月額利用料その他は、毎月の請求による支払い。利用料等及び介護サービス料 (介護保険の介護給付費または予防給付費に対する個人負担額など) は、毎月の請求による支払い。株式会社日本共同システムが提供する集金代行サービス (お客様からの代金を預金口座より回収するシステム) を通じて、利用料を、金融機関口座から毎月 26 日 (金融機関が休日の場合は翌営業日) に引落としを行う方法により支払いを行うものとする。</p> <p>なお、入居月が属する月 (以下、「入居月」という。) 分及びその翌月分の家賃を事業者が送付する家賃に係る請求書が入居者に到達した日の翌日から起算して 1 週間を経過する日までに (当該請求書が到達した翌日から入居日までの期間が 1 週間に満たない場合にあつては、入居日の前日までに)、事業者の定める方法により支払わなければならない。なお、振込手数料は入居者の負担とする。</p> |
| 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 |

| | | |
|---|--|---|
| <p>月の中途の入・退去における 利用料金 (月払い) の取り扱い</p> | <p>1 入居日から3ヶ月以内において、入居者から解約の申し出がなされ、または死亡により、退去予定日までに居室を明け渡した場合、本契約を終了できるものとする。(即時解約を含む)</p> <p>1. 起算日：入居日の翌日(注)</p> <p>2. 期間計算方法</p> <p>(注)</p> <p>(1) 月途中の入居：入居日の翌日を起算日とし、3ヶ月が経過する月において、起算日に応答する日の前日 ※この場合で最終月に応答日がない場合、3ヶ月が経過する月の末日とする。</p> <p>(2) 末日の入居：翌月の初日を起算日とし、3ヶ月が経過する月の末日</p> <p>3 返還金起算日：入居した日</p> <p>4 事業者は入居者が月の中途に退去する場合、基本利用料のうち管理費、食費、家賃について日割計算して精算する。</p> | |
| <p>入院等による不在時における 利用料金 (月払い) の取扱い</p> | <p>別添3「料金表」参照</p> <p>不在日数に応じて日割り計算し返金。</p> | |
| <p>利用料金の 改定</p> | <p>条件</p> | <p>経済事情の変動、公租公課の増額、近隣の同業種の利用料との比較等によって著しく不相当となったとき。</p> |
| | <p>手続き</p> | <p>1ヶ月前に通知し、運営懇談会を経て、利用料等を改定する。</p> |

利用料金のプラン【代表的なプランを2例】 →別紙料金表のとおり

| | | プラン① | プラン② |
|--------|------|---------|------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要支援・要介護 | |
| | 年齢 | 65歳以上 | 歳以上 |

し)

| | | | | |
|-------------------------------------|-------|-----------------|----------|----------|
| 居室の状況 | 床面積 | 14.15㎡ ~ 14.18㎡ | | ㎡ |
| | 便所 | 1 有 | 2 無 | 1 有 2 無 |
| | 浴室 | 1 有 | 2 無 | 1 有 2 無 |
| | 台所 | 1 有 | 2 無 | 1 有 2 無 |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0 円 | | 円 |
| | 敷金 | 0 円 | | 円 |
| 月額費用の合計 (1 ヶ月 30 日・ 要介護 2 の場合) | | 230,927 円 | | 円 |
| | 家賃 | 91,000 円 | | 円 |
| 特定施設入居者生活介護の費用 (1 ヶ月 30 日の例) | | | | |
| | | 月額 | 1 割負担 | 2 割負担 |
| | 要介護 1 | 171,380 円 | 17,138 円 | 34,276 円 |
| | 要介護 2 | 192,565 円 | 19,257 円 | 38,513 円 |
| | 要介護 3 | 214,699 円 | 21,470 円 | 42,940 円 |
| | 要介護 4 | 235,252 円 | 23,526 円 | 47,051 円 |
| | 要介護 5 | 257,070 円 | 25,707 円 | 51,414 円 |
| 介護予防特定施設入居者生活の費用 (1 ヶ月 30 日の例) | | | | |
| | | 月額 | 1 割負担 | 2 割負担 |

し)

| | | | | | |
|--|-----------------|------|--|---------|----------|
| | 介護保険内 ※ 1 | 要支援1 | 57,864 円 | 5,787 円 | 11,573 円 |
| | | 要支援2 | 98,970 円 | 9,897 円 | 19,794 円 |
| | | | | | |
| | | 食費 | 68,970 円 | | 円 |
| | | | | | |
| | | 管理費 | 51,700 円 | | 円 |
| | | 使途 | 事務員の人件費、宿直者人件費、寝具、タオル リース費、教育娯楽費 (施設介護職員が行うリク リエーション材料費)、日用品費 (シャンプー・ リンス・ボディーソープ、トイレトペーパー、 ゴミ袋、掃除用洗剤、洗濯用洗剤)、ごみ収集 費、通信・ 事務用品費、水道光熱費、車両リース費 (通院・ | | |

し)

| | | | |
|----------------------------|---------------------------------|------------------|------------------------------------|
| サ ー ビ ス 費 用 | 介 護 保 険 外 ※ 2 | | 移送サービスに使用する車両費)、OA機器リース費、設備関係維持管理費 |
| | | 介護費用 | 0円 0円 |
| | | 水道光熱費 | 0円 0円 |
| | | その他 | 0円 0円 |
| | | 月額利用料に含まれない実費負担等 | 介護用品費は別途実費負担 |

※ 1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

介護職員処遇改善加算Iの場合、基本サービス費(特定施設入居者生活介護利用料)に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率8.2%を乗じた単位数に単位数単価 10.54円(地域区分)を乗じた金額。

介護職員等特定処遇改善加算Iの場合、基本サービス費(特定施設入居者生活介護利用料)に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率1.8%を乗じた単位数に単位数単価 10.54円(地域区分)を乗じた金額。

介護職員等特定処遇改善加算IIの場合、基本サービス費(特定施設入居者生活介護利用料)に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率1.2%を乗じた単位数に単位数単価 10.54円

し)

(地域区分) を乗じた金額。 ※ 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 | 土地・建物の賃借料、設備備品費等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。 |
| 一時金 (前家賃) | - |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 管理費 | 共用部分の水道光熱費・事務経費・衛生管理費・保守管理費等 および居室の光熱水費等を含む。 |
| 食費 | 厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用。 |
| 水道光熱費 | - |
| 利用者の個別的な選択によ | 別添 2 |

し)

| | |
|-------------|---|
| るサービス利用料 | |
| 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)

| 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 (上乗せサービス) | (前掲) |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領)

| | |
|--|--|
| 算定根拠 | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | |
| 償却の開始日 | |
| 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) | |
| 初期償却率 | |

し)

| | | |
|--------------|---|--|
| 返還金の 算定方法 | 入居後3ヶ月以内 の契約終了 【短期解約特例 (クーリングオ フ)】 | |
| | 入居後3ヶ月を超 えた契約終了 | |
| | | |
| 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：) ・内容(無) ・無の場合の理由(保全義務前指定施設のため保全措置は行っていないが、入居一 | |

し)

| | |
|--|-------------------------------|
| | 時金は預金にて個別管理し、償却期間到来分のみ償却を実施) |
|--|-------------------------------|

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

(2024年6月1日現在)

| | | |
|-------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 7人 |
| | 女性 | 28人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 3人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 4人 |
| | 85歳以上 | 28人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 5人 |
| | 要支援2 | 5人 |
| | 要介護1 | 12人 |
| | 要介護2 | 3人 |
| | 要介護3 | 5人 |
| | 要介護4 | 5人 |
| | 要介護5 | 0人 |

し)

| | | |
|-------|------------|-----|
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 7人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 4人 |
| | 1年以上5年未満 | 24人 |
| | 5年以上10年未満 | 0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 | 男性 85.0歳 女性 87.0歳 |
| 入居者数の合計 | 35人 (定員35人) |
| 入居率 [※] | 100% |
| <p>※ 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。</p> | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|-------|-----|---|
| 退去先別の | 自宅等 | 人 |
|-------|-----|---|

し)

| | | |
|-------------|----------|------------|
| 人数 | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 3人 |
| | 死亡者 | 7人 |
| | その他 | 人 |
| 生前解約の 状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 人 |
| | | (解約事由の例) |

8 . 苦情・事故・非常災害等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

| | | |
|--------------|-------|---------------------|
| 窓口の名称 | | 介護付有料老人ホーム ソラスト須磨ノ森 |
| 電話番号 | | TEL: 078-741-2785 |
| 対応している 時間 | 平日 | 8時30分から17時30分 |
| | 土曜 | 取扱いなし |
| | 日曜・祝日 | 取扱いなし |
| 定休日 | | なし |

し)

| | | |
|--------------|-------|--|
| 窓口の名称 | | 株式会社ソラスト 介護事業本部 関西ブロック |
| 電話番号 | | TEL:06-6264-7868 |
| 対応している 時間 | 平日 | 9時00分から17時30分 |
| | 土曜 | 取扱いなし |
| | 日曜・祝日 | 取扱いなし |
| 定休日 | | 土曜 日曜 祝日 |
| 窓口の名称 | | ソラスト福祉相談センター |
| 電話番号 | | 0120-974-226 (フリーダイヤル) |
| メールアドレス | | fukushi-sodan@solasto.co.jp |
| 対応している 時間 | 平日 | 10時00分から16時00分 |
| | 土曜 | 取扱いなし |
| | 日曜・祝日 | 取扱いなし |
| 定休日 | | 土曜 日曜 祝日 |
| 窓口の名称 | | 神戸市保健福祉局高齢福祉部介護指導課指導係 |
| 電話番号 | | TEL : 078-322-6326 |
| 対応している 時間 | 平日 | 8時45分から12時00分・13時00分から17時30分 |
| | 土曜 | 取扱いなし |
| | 日曜・祝日 | 取扱いなし |

し)

| | | |
|--------------|-------|------------------------|
| 定休日 | | 土曜 日曜 祝日 |
| 窓口の名称 | | 兵庫県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | | TEL : 078 - 332 - 5617 |
| 対応している 時間 | 平日 | 8時45分から17時15分 |
| | 土曜 | 取扱いなし |
| | 日曜・祝日 | 取扱いなし |
| 定休日 | | 土曜 日曜 祝日 |

(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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | |
| | <p>(その内容)</p> <p>1 事業者は入居者に対するサービス提供時に事業者の責めに帰すべき事由により入居者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、事業者は損害賠償を速やかに行うものとする。</p> <p>2 損害の発生につき、入居者に過失がある場合及び居室内、外出の際において介護者不在の事故に関しては、事業者は、損害賠償額を免除または減額することができるものとする。ただし、介助中の事故において介護者の故意または過失に因る場合はこの限りではない。</p> <p>3 事業者は、入居者が所有もしくは管理する財物 (金品、預貯金、高価品等の財産的価値を有するもの) に係る盗難、紛失その他の事故については一切の賠償責任を負わないこととする。</p> <p>(詳細は入居契約書に記載のとおり)</p> <p>《契約の概要》</p> <p>居宅介護事業者賠償責任保険 (施設所有 (管理) 者特別約款・生産物特別約款)。対人・対物共通 10 億円、人格権侵害 300 万円、受託物 100 万円、支援事業保障 100 万円、初期対応費用 500 万円。</p> | |
| 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 | |
| <p>(その内容)</p> <p>有の場合の保険名 (「居宅介護事業者・居宅介護支援事業者賠償責任保険」東京海上日動火災保険株式会社)</p> | | |

し)

| | |
|------------------|---|
| | 2 なし |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり |
| | (その内容) 事故発生時には、施設は以下の段階を経て事態を処理・收拾する。 1 施設の緊急連絡体制に沿って主治医、医療機関へ連絡し、適切な処理を図る。 2 指定の家族連絡先、身元引受人へ事態を報告し、対応方法を相談する。また、事故についての検証を行い、再発の防止策を講じる。 3 事故の状況および事故に際して採った処置を事業者所定の様式に記録し、その原因を解明し、再発防止策を講じた上で入居者および市区町村の指示に従い担当窓口等関係機関に報告する。 ※市区町村が定める事故報告取扱要領に基づき、報告する。 |
| | 2 なし |

(非常災害対策)

| | |
|--------|---|
| 非常災害対策 | 事業者は防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。 |
|--------|---|

(ハラスメントの防止)

| | |
|----------|---|
| ハラスメント対策 | 事業者は、スタッフおよび利用者・家族との信頼関係のもと、互いに安心・安全な環境で適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的言動または優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業者等の就業環境が害されることを防止するため、方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。 |
|----------|---|

(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、 | | 実施日 | 2022年4月 |
|-------------|--|-----|---------|

し)

| | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|--------|-------------------------------|-------------------------------|
| 意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | <input type="checkbox"/> 1 あり | 結果の開示 | <input 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 type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input 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 type="checkbox"/> 1 | 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 2 | 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 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 | 入居希望者に交付 | <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 | 入居希望者に交付 | <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 | 入居希望者に交付 | <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 | 入居希望者に交付 | <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 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) | |
| | <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 | |
| | <input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 | |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |

し)

| | |
|-------------------------------|--|
| 備」に合致しない事項 | |
| 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 | 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 | 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 (料金表)

※ _____ 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。

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 | なし | ソラスト新長田 | 兵庫県神戸市長田区松野通3丁目3-3 |
| 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 | ソラスト摩耶 | 兵庫県神戸市灘区都通2-1-26 摩耶コート壱番館1F |
| | | | ソラスト新長田 | 兵庫県神戸市長田区松野通3丁目3-3 |
| 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 | | |
| 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 | ソラスト神戸白水 | 兵庫県神戸市西区和井取3番12号 |
| | | | ソラスト | 兵庫県神戸市長田区雲雀ヶ丘1-2-5 |

し)

| | | | | |
|----------------------|----|----|-------------|-----------------------------------|
| | | | ひばりが丘 | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | ソラスト 摩耶 | 兵庫県神戸市灘区都通 2-1-26 摩耶コート壱番館 1 F |
| | | | ソラスト 新長田 | 兵庫県神戸市長田区松野通 3 丁目 3-3 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| < 居宅介護予防サービス > | | | | |
|-------------------|----|----|-----------|--------------------------------|
| 介護予防・日常生活支援総合事業 | あり | なし | ソラスト新長田 | 兵庫県神戸市長田区松野通3丁目3-3 |
| 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 | ソラスト摩耶 | 兵庫県神戸市灘区都通2-1-26 摩耶コート壱番館1F |
| | | | ソラスト新長田 | 兵庫県神戸市長田区松野通3丁目3-3 |
| 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 | | |
| 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 | ソラスト神戸白水 | 兵庫県神戸市西区和井取3番12号 |
| | | | ソラストひばりが丘 | 兵庫県神戸市長田区雲雀ヶ丘1-2-5 |
| < 介護予防支援 > | | | | |
| | あり | なし | ソラスト摩耶 | 兵庫県神戸市灘区都通2-1-26 摩耶コート壱番館1F |
| | | | ソラスト新長田 | 兵庫県神戸市長田区松野通3丁目3-3 |

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 | | |