

介護付有料老人ホーム ベルライフ葛城

重要事項説明書

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

部屋番号 号室

令和 年 月 日契約

指定(介護予防)特定施設入居者生活介護 重要事項説明書

＜令和 3 年 4 月 1 日 現在＞

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	(ふりがな) かぶしがいいしゃ にほんべるあーじゅ 株式会社 日本ベルアーヂュ	
主たる事務所の所在地	〒635-0096 奈良県大和高田市西町 2 番 30 号	
連絡先	電話番号	0745-25-2200
	FAX番号	0745-25-2300
	ホームページアドレス	http://www.bellage.co.jp/
代表者	氏名	大木 良則
	職名	代表取締役
設立年月日	平成9年3月4日	
主な実施事業	有料老人ホーム事業、介護保険事業、福祉コンサル事業、不動産業 ※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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ べるらいふかつらぎ 介護付有料老人ホーム ベルライフ葛城	
所在地	〒635-0096 奈良県葛城市北花内 527 番 1	
主な利用交通手段	最寄駅	大和新庄駅
	交通手段と所要時間	JR 和歌山線利用の場合：大和新庄駅下車 徒歩 6 分
連絡先	電話番号	0745-69-8068
	FAX番号	0745-69-8069
	ホームページアドレス	http://bellage.co.jp/
管理者	氏名	堀本 恵司
	職名	ホーム長
建物の竣工日	平成27年3月4日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成27年4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)		
2 住宅型		
3 健康型		
1 に該当する 場合	介護保険事業者番号	(介護予防)特定施設入居者生活介護 2974800480

指定した自治体名	奈良県
事業所の指定日	平成 27 年 4 月 1 日
指定の更新日 (直近)	平成 33 年 3 月 31 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,407.10 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 (2013年10月1日~2043年9月30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	1,863.90 m ² (地上3階建)			
		うち、老人ホーム部分	1,795.71 m ² (地上3階建)			
	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 (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 【表示事項】	① 全室個室			
2 相部屋あり						
最少			人部屋			
最大		人部屋				
		便所	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1		① 有 / 無	有 / ② 無	18.56 m ²	50	介護居室個室
タイプ2	有 / 無	有 / 無	m ²			
※「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。						
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	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室	3ヶ所		

			大浴場	1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	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 用できる調理設備	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	
	火災通報設備	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

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の健康で豊かな暮らしの向上に日夜努力していき、「清潔で安全と安心と信頼」を基本方針として、入居者の意思及び人格を尊重し、より良い生活を送れるように努めます。
サービスの提供内容に関する特色	入居者の介護度にかかわらず、心身の特性を踏まえて、持つておられる能力に応じて、自立した日常生活を営めるよう、介護・日常生活の支援、機能回復訓練、健康上の配慮をおこないます。
(介護予防)特定施設入居者生活介護計画の作成	(1)サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。 (2)入居者が要介護認定を受けていない場合は、入居者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が入居者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも入居者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとしします。 (3)利用においては「(介護予防)特定施設介護計画」を作成しま

	<p>す。なお、作成した「(介護予防)特定施設介護計画」は、入居者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします</p> <p>(4)サービス提供は「(介護予防)特定施設介護計画」に基づいて行ないます。なお、「(介護予防)特定施設介護計画」は、入居者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。</p> <p>(5)特定施設介護等の従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、入居者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	入居者の身体状況を踏まえ排せつ、入浴の支援を行うと共に機械浴での入浴も行います。
食事の提供	入居者に対して、栄養士による献立表をつくり、個々の入居者の栄養状態に応じた栄養管理を行い、食べやすく調理し彩りある食事を提供すると共に、ほかの入居者との親睦、又は楽しい雰囲気味わって頂けるよう支援を行います。
洗濯、掃除等の家事の供与	当ホーム及び居室の清掃、整頓、その他環境衛生保持を行います。
健康管理の供与	<p>月1回の健康相談、年2回の健康診断を実施して、その結果を記録し、緊急の場合は、速やかに協力医療機関等に連絡し、必要とあれば、診療、入院の手続きを行います。</p> <p>また必要に応じ往診の手配も行います。</p>
安否確認又は状況把握サービス	特定施設介護等の提供にあたっては、担当者会議等を通じて、入居者の心身の状況、その置かれている環境等の把握に努めるものとします。
生活相談サービス	生活相談員をはじめ全職員が、日常生活における入居者と家族からの相談に応じます。
虐待の防止について	<p>事業者は、入居者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。</p> <p>(1)虐待防止に関する責任者を選定しています。 【虐待防止に関する責任者：ホーム長 堀本 恵司】</p> <p>(2)成年後見制度の利用を支援します。</p> <p>(3)苦情解決体制を整備しています。</p> <p>(4)従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。</p> <p>(5)サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。</p>

<p>身体拘束について</p>	<p>事業者は、原則として入居者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、入居者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。</p> <p>(1)緊急性…直ちに身体拘束を行わなければ、入居者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りま す。</p> <p>(2)非代替性…身体拘束以外に、入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りま す。</p> <p>(3)一時性…入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。</p>
<p>緊急時の対応方法について</p>	<p>サービス提供中に、入居者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、入居者が予め指定する連絡先にも連絡します。</p>
<p>サービス提供の記録</p>	<p>特定施設介護等を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から5年間保存します。入居者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。</p>
<p>非常災害対策</p>	<p>事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。</p> <p>【災害対策に関する担当者：(防火管理者)ベルライフ葛城 堀本 恵司】</p> <p>非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。</p> <p>避難訓練実施：(毎年2回)</p>
<p>衛生管理等</p>	<p>特定施設介護等の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。特定施設介護等事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。</p> <p>食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。</p>

(提供するサービスの利用料、入居者負担額(介護保険を適用する場合)について)

5. 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】	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	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	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 2 日割り計算で減額 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	ホーム所在地の自治体が発表する、消費者物価指数及び人件費を勘案する。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いて、利用料金を改訂する。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (1割負担)	プラン2 (2割負担)	
入居者の状況	要介護度	要介護2	要介護2	
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	18.56 m ²	18.56 m ²	
	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	0円	
	敷金	200,000円	200,000円	
月額費用の合計		189,614円	210,479円	
家賃		68,000円	68,000円	
サービス費用	介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護※ ₁ の費用	20,864円	41,729円
		食費(30日分)	54,750円	54,750円
		管理費	46,000円	46,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費(居室電気代)	実費(個別メーター管理)	実費(個別メーター管理)
		その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有

※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。)をいう。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金	家賃の2.9ヶ月分 退去時の居室復旧費用に充当し、差額は返金する。
家賃	建物の建築費、土地の賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用。
管理費	共用施設の維持管理費
介護費用	(自立者)介護費：自立者に対する生活サポート費用100,000円(税別)。介護保険(要支援2相当)の額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
光熱水費	実費(各居室に個別メーター設置)
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	管理規定参照

(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
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)	なし
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(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は省略可能

(1) 特定施設介護の利用料

【基本部分：特定施設入居者生活介護費】

入居者の要介護度	特定施設介護費(1日あたり)		
	基本利用料 ※(注1)参照	入居者負担金	
		1割負担	2割負担
要支援1	1,810円	181円	362円
要支援2	3,100円	310円	620円
要介護1	5,360円	536円	1,072円
要介護2	6,020円	602円	1,204円
要介護3	6,710円	671円	1,342円
要介護4	7,350円	735円	1,470円
要介護5	8,040円	804円	1,608円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、

これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件及び条件	加算額	
		基本利用料	入居者負担金 ()は2割負担の場合
個別機能訓練加算Ⅰ	理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき、機能訓練を計画的に行った場合の加算です。	120円/日	12円/日 (24円/日)
個別機能訓練加算Ⅱ	個別機能訓練のデータを提出した場合の加算です。	200円/日	20円/月 (40円/月)
科学的介護推進加算	科学的介護情報システムのデータ提出とフィードバック情報の活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進するために、データを提出した場合の加算です。	400円/月	40円/月 (80円/月)
サービス提供体制加算	職員の資格保持や勤務年数が長い職員を配置している場合 ※2	Ⅰ. 220円/日 Ⅱ. 180円/日 Ⅲ. 60円/日	Ⅰ. 22円/日 (44円/日) Ⅱ. 18円/日 (36円/日) Ⅲ. 6円/日 (12円/日)

夜間看護体制加算	<p>①常勤の看護職員を1名以上配置し看護に係る責任者を定めている。</p> <p>②看護職員により、又は病院若しくは診療所との連携により、入居者に対して24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理を行う体制を確保している。</p> <p>③重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に入居者又はその家族に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている。</p>	100円/日	10円/日 (20円/日)
医療機関連携加算	看護職員が入居者ごとに健康の状況を継続的に記録している場合において、当該入居者の同意を得て協力医療機関又は当該入居者の主治の医師に対して、当該入居者の健康の状況について月に1回以上情報提供を行っている。	800円/月	80円/月 (160円/月)
看取り介護加算	死亡日以前4日以上30日以下	1,440円/日	144円/日 (288円/日)
	死亡日の前日及び前々日	6,800円/日	680円/日 (1,360円/日)
	死亡日	12,800円/日	1,280円/日 (2,560円/日)
介護職員 処遇改善加算(Ⅰ)	介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたもので、基本報酬と各種加算報酬の合計に一定率(特定施設の場合は8.2%)を乗じる体制加算です。	1月内の利用金額(介護報酬総単位数×サービス加算率8.2%×10円)	左記額の1又は2割
退院・退所時 連携加算	医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する場合の加算です。(入居から30日以内に限ります。)	300円/日	30円/日 (60円/日)
入居継続支援加算	痰の吸引などのケアの提供を行う特定施設に対する加算です。	360円/日	36円/日 (72円/日)

生活機能向上連携加算	訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを提供している医療提供施設の理学療法士等が特定施設に訪問し、特定施設事業所の職員等と共同でアセスメントを行い個別機能訓練計画を作成し実施した場合の加算です。	1,000円/月	100円/月 (200円/月)
若年性認知症入居者受入加算	若年性認知症の方を受入れた場合、若年性認知症入居者ごとの加算です。	1,200円/日	120円/日 (240円/日)
口腔衛生管理体制加算	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合の加算です。	300円/月	30円/月 (60円/月)
栄養スクリーニング加算	サービス入居者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該入居者の栄養状態に係る情報(医師・管理栄養士等への相談助言を含む)を介護支援専門員に文章で共有した場合の加算です。	50円/半年	5円/半年 (10円/半年)

※地域区分(7級)の算定基準(1点=10.14円)に基づき新たに計算致します。

(利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(入居者負担額を除く)申請を行ってください。

※2 サービス提供体制加算の要件

加算Ⅰ

以下のいずれかに該当すること。

① 介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上

※上記に加え、サービスの質の向上に資する取組を実施していること。

加算Ⅱ

介護福祉士60%以上

加算Ⅲ

以下のいずれかに該当すること。

① 介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上

(2) その他費用について

②食 費	1日につき 1,825 円。 (ただし、委託管理料 810 円、食材料費：朝食 270 円、昼食 324 円、夕食 421 円とし、1 食単位で費用の支払いを受けるものとします。) 食事をされなかった場合は、各食事の食材料費を返金します。委託管理料は、1 か月間すべて食事されなかった場合に限り、返金します。また、入居者の希望により特別な食事を提供した場合は、費用の実費をいただきます。(1 食当り 食材料費及び調理コスト)
③家賃(滞在費)	別紙料金表参照
④理 美 容 代	カット 1,800 円・シャンプー500 円・顔剃り 500 円 (各税別)
⑤そ の 他	日常生活において通常必要となる経費であって、入居者負担が適当と認められるもの (入居者の希望により提供する日常生活上必要な身の回り品など) について、費用の実費をいただきます。

(3)利用料、入居者負担額 (介護保険を適用する場合) その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、入居者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等	ア 利用料入居者負担額 (介護保険を適用する場合) 及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 20 日までに入居者あてにお届け (郵送) します。 ウ 自費利用(介護保険外)の場合は、退去の際に請求書をお渡しすることも可能です。
② 利用料、入居者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等	毎月末に締め切り、翌月の 27 日に入居者の金融機関口座から自動引落としといたします

※ 利用料、入居者負担額 (介護保険を適用する場合) 及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 1 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6. 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 入居者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、入居者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとしします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た入居者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、入居者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、入居者の個人情報を用いませぬ。また、入居者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で入居者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>② 事業者は、入居者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとしします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、入居者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとしします。（開示に際して複写料などが必要な場合は入居者の負担となります。）</p>

(医療連携の内容)

<p>医療支援 ※複数選択可</p>	<p>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（訪問診療の確保）</p>						
<p>協力医療機関</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="384 1702 448 2054"> <p>1</p> </td> <td data-bbox="451 1702 624 2054"> <p>名称 住所 診療科目 協力内容</p> </td> <td data-bbox="627 1702 1447 2054"> <p>済生会御所病院(施設から車で約7分) 御所市大字三室 20 内科、外科、整形、脳外科、泌尿器科、婦人科、眼科、皮膚科 緊急時、時間外、入院治療の受入等。健康保持の医療の提供。</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1888 448 2054"> <p>2</p> </td> <td data-bbox="451 1888 624 2054"> <p>名称 住所 診療科目 協力内容</p> </td> <td data-bbox="627 1888 1447 2054"> <p>中井記念病院(施設から車で約9分) 大和高田市根成柿 151-1 内科、外科、整形、消化器、眼科、脳外科、リハビリ 緊急時、時間外、入院治療の受入等。健康保持の医療の提供。</p> </td> </tr> </table>	<p>1</p>	<p>名称 住所 診療科目 協力内容</p>	<p>済生会御所病院(施設から車で約7分) 御所市大字三室 20 内科、外科、整形、脳外科、泌尿器科、婦人科、眼科、皮膚科 緊急時、時間外、入院治療の受入等。健康保持の医療の提供。</p>	<p>2</p>	<p>名称 住所 診療科目 協力内容</p>	<p>中井記念病院(施設から車で約9分) 大和高田市根成柿 151-1 内科、外科、整形、消化器、眼科、脳外科、リハビリ 緊急時、時間外、入院治療の受入等。健康保持の医療の提供。</p>
<p>1</p>	<p>名称 住所 診療科目 協力内容</p>	<p>済生会御所病院(施設から車で約7分) 御所市大字三室 20 内科、外科、整形、脳外科、泌尿器科、婦人科、眼科、皮膚科 緊急時、時間外、入院治療の受入等。健康保持の医療の提供。</p>					
<p>2</p>	<p>名称 住所 診療科目 協力内容</p>	<p>中井記念病院(施設から車で約9分) 大和高田市根成柿 151-1 内科、外科、整形、消化器、眼科、脳外科、リハビリ 緊急時、時間外、入院治療の受入等。健康保持の医療の提供。</p>					

	3	名称	秋津鴻池病院(施設から車で約 15 分)
		住所	御所市池之内 1064
		診療科目	内科、精神科、
		協力内容	緊急時、時間外、入院治療の受入等。健康保持の医療の提供。
協力歯科医療機関		名称	よしむらファミリー歯科(施設から車で約 20 分)
		住所	香芝市真美ヶ丘 1-5-11
		協力内容	訪問歯科診療及び相談、日常の手入指導、口腔ケア等

(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
留意事項	満年齢が 60 歳以上の方、伝染性の疾患（感染症）に罹患していない方、自傷・他害の恐れのない方。また、その他の方で、療養管理を必要とする方については要相談。	
契約の解除の内容	<p>1 入居者が死亡したとき</p> <p>2 事業者からの契約解除条項に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき（60 日の予告期間が必要）</p> <p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが入居契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、入居契約を解除することがあります。</p> <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 月払いの利用料及びその他の支払いを正当な理由なく、1 ヶ月以上遅滞されたとき</p> <p>③ 入居契約にて禁止又は制限される行為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の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、かつホーム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、等（その他は入居契約書参照）</p> <p>3 入居者からの解約条項に基づき解約をおこなったとき（30 日の予告期間が必要）</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 43. 45. 46 条
	解約予告期間	1 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	<p>① あり（1 泊 2 日 4 食付 10,000 円 介護保険あり→非課税・自立→課税）</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	50 人	
その他	なし	

7. 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する必要はありません）。

(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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	17	13	5	16.8
介護職員	16	13	3	14.8
看護職員	2	2		2
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1		1	1(外部委託)
調理員	2		2	2(外部委託)
事務員	1		1	0.7
その他職員	2		2	1.3
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> <p>※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。</p>				

(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	6	2
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	8	4	4
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	1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師	1	1	
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)

夜勤帯の設定時間 (18時～翌日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
	【表示事項】	③ 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		

(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								
		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			2							
前年度1年間の退職者数			2							
年業務に 従事した 職員の 経歴	1年未満		2							
	1年以上3年未満		3	2			1			
	3年以上5年未満		4	1						
	5年以上10年未満		4							
	10年以上	2				1				1
従業者の健康診断の実施状況		① あり 2 なし								

8. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	9人
	女性	39人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	9人
	85歳以上	38人
要介護度別	自立	0人

	要支援 1	8 人
	要支援 2	4 人
	要介護 1	17 人
	要介護 2	10 人
	要介護 3	5 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	2 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	3 人
	1 年以上 5 年未満	39 人
	5 年以上 10 年未満	4 人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	88.6 歳
入居者数の合計	48 人
入居率*	96%
※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	2 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	1 人
	死亡者	5 人
	その他	1 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
		(解約事由) 医療行為が必要な為
	入居者側の申し出	4 人
		(解約事由) 本人様、家族様の交通面により

9. 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)※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	奈良県介護保険課	
電話番号	0742-27-8532	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	土曜・日曜・祝日・年末年始	
窓口の名称	奈良県国民健康保険団体連合会 指導相談係	

電話番号	0744-29-8326	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	土曜・日曜・祝日・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) 1 事故 1 億円 (損保ジャパンにて付保)
	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)「事故発生対応マニュアル」に従い入居者様の生命、安全を第一に対応します。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	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	毎年 10 月又は 11 月
		結果の開示	① あり 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		

10. 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 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	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
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 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	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	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

11. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 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: ベルライフ大和高田・ベルライフ築山)	
	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	
	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	① あり 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 2 なし	
	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、当該規定対象外	
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	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 (事業主が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)

別添1 事業主体が奈良県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		
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	ベルライフ榛原	宇陀市榛原萩原2431-2-101
	あり	なし	ベルライフ葛城	葛城市北花内527-1
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	ベルライフ大和高田	大和高田市西町2-30
			ベルライフ葛城	葛城市北花内527-1
			ベルライフ田原本	磯城郡田原本町宮森87-1
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	ベルライフ築山	大和高田市築山696
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	ベルライフ築山	大和高田市築山696
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		
<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	ベルライフ榛原	宇陀市榛原萩原2431-2-101
	あり	なし	ベルライフ葛城	葛城市北花内527-1
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	ベルライフ大和高田	大和高田市西町2-30
			ベルライフ葛城	葛城市北花内527-1
			ベルライフ田原本	磯城郡田原本町宮森87-1
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	ベルライフ築山	大和高田市築山696
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	ベルライフ築山	大和高田市築山696
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

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

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	
	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 「※」：自立者への「生活サポート費」で提供する一時的介護サービス。
	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				※
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		○	2,380 円/袋	自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	500 円税別	週2回まで介護保険で提供し、希望により週3回目を実費で提供※
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	1,000 税別	週2回まで介護保険で提供し、希望により週3回目を実費で提供※
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				介護保険加算給付
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,500 税別	必要に応じて実施（協力機関は無料）
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				週3回まで実施（簡易清掃） ※
リネン交換	なし	あり	なし	あり				必要に応じて実施（原則週1回）シーツは自己負担※
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				週2回まで実施（乾燥機対応品に限る） ※
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				必要に応じて実施 ※
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	○		食費に含む	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	料金表有り	外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,000 円税別	指定場所週1回無料、2回目から実費で実施
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,000 円税別	必要に応じて実費で実施
金銭・貯金管理			なし	あり	○			3万円（定額）の範囲内で管理
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○		希望により年2回、自己負担
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				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				適宜実施 ※
入退院時・入院中のサービス								
送迎サービス	なし	あり	なし	あり		○	1,000 円税別	必要に応じて実施（協力機関は無料）
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	1,000 円税別	必要に応じて実施（協力機関は無料）
入院中の洗濯物交換・買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,000 円税別	必要に応じて実施
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割又は2割の利用者負担）。※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用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。

以上各章の内容を承諾いたしましたので、甲・乙・その身元引受人は本書に署名捺印のうえ、甲・乙それぞれ本書各1通を保有します。

令和 年 月 日

住所 奈良県大和高田市西町2番30号

事業者（甲）

株式会社 日本ベルアージュ
氏名 代表取締役 大木 良 則

印

介護付有料老人ホーム ベルライフ葛城

説明者 _____

印

住所 _____

入居者（乙）

氏名 _____

印

※自署・自己判断不可の場合、乙の代筆者(続柄・ご関係)

代筆者名 _____

印

住所 _____

身元引受人

氏名 _____

印

裏面に割印をお願いいたします。