

重要事項説明書

記入年月日	2025年6月30日
所属・職名	マネジメント本部

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について」の一部改正について（令和4年8月18日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙3の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙3の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

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	営利法人
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) らびあんろーずたかつき ラビアンローズ高槻	
所在地	〒569-1122 高槻市月見町11番1号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 京都線 「高槻」 駅
	交通手段と所要時間	J R 京都線 「高槻」 駅 徒歩 14 分
連絡先	電話番号	072-682-3741
	FAX番号	072-682-3742
	メールアドレス	takatsuki2@j-longlife.co.jp
	ホームページアドレス	http:// www. j-longlife.co.jp/takatsuki_2/
管理者	氏名	北川 奨悟
	職名	支配人
建物の竣工日		2004年11月10日
有料老人ホーム事業の開始日		2008年 5月 1日

(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	2770903124
	指定した自治体名	高槻市
	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	1915.76 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)			
		抵当権の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
建物	延床面積	全体	2551.70 m ²		
		うち、老人ホーム部分	2551.70 m ²		
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()			
居室 の 状 況	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)			
		抵当権の設定	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
居室区分 【表示事項】	居室区分	1 全室個室 (縁故者居室を含む)			
		2 相部屋あり			
		最少	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	14.82 m ²	28	介護居室個室
タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.30 m ²	17	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		13ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	13ヶ所
				うち車椅子等の対応が可能な便房	10ヶ所
共用 施 設	共用浴室		6ヶ所	個室	4ヶ所
				大浴場	1ヶ所

	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェア浴	0ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	1ヶ所	
			その他（ ）	0ヶ所	
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） <input type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない） <input type="checkbox"/> 4 なし				
消 防 用 設 備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他（ ）	
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり	
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし	
その他	TV 回線全居室内に有				

4. サービス等の内容

(全体の方針)

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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等の提供を行っていない場合は省略可能

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 ※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」以	入居継続支援加算	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	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
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算(※1)	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
(Ⅱ)		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

<p>外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p>	口腔衛生管理体制加算（※2）	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	退居時情報提供加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" 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
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	新興感染症等施設療養費	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	生産性向上推進体制加算	(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)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員等処遇改善加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(III)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(IV)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
(V) (1)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(V) (2)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(V) (3)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(V) (4)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(V) (5)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(V) (6)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(V) (7)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(V) (8)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(V) (9)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(V) (10)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(V) (11)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
(V) (12)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
(V) (13)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
(V) (14)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
<p>人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2 : 1	
	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 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	けやきクリニック
		住所	箕面市小野原西 6-13-34
		診療科目	内科・外科・整形外科
		協力科目	内科・外科・整形外科
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2	名称	くれはクリニック
		住所	大阪府茨木市沢良宜浜 2-1-2
		診療科目	内科・循環器内科
		協力科目	内科・循環器内科
協力内容		入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり		
	医療機関の名称		
	医療機関の住所		
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
協力歯科医療機関	1	名称	いはら歯科医院
		住所	吹田市朝日が丘町 34-3
		協力内容	訪問歯科診療

(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	

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 【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	原則として満65歳以上の方で、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4章
	解約予告期間	6ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊2日(食事込) 11,000円(消費税込) 2泊3日(食事込) 22,000円(消費税込)) 2 なし	
入居定員	45人	
その他		

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※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1.0
生活相談員	2	2	0	1.0
直接処遇職員	17	7	10	12.1
介護職員	11	4	7	7.6
看護職員	6	3	3	4.5
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	外部委託
調理員	5	0	5	3.3
事務員	0	0	0	0
その他職員	3	0	3	1.7
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※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	7	1	6
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	1	1	0
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
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)

夜勤帯の設定時間 (19時30分～7時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1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* 【表示事項】	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)	1.5 : 1

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり							
	資格等の名称		介護福祉士							
			<input type="checkbox"/> 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	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
経 業 験 務 年 数 に 従 事 した に 応 じ	1年未満	0	2	0	1	0	0	0	0	0
	1年以上	2	0	2	3	0	0	1	0	0
	3年未満	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上	1	0	0	0	0	0	0	0	0

	5年以上 10年未満	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
	10年以上	0	1	1	2	1	0	0	0	1	0
従業者の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 【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	入居契約書第 14 条記載の通り
	手続き	入居契約書第 14 条記載の通り

(利用料金のプラン【代表的なプランを 2 例】)

		一時金プラン	月払プラン
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	14.82 m ² ～18.30 m ²	14.82 m ² ～18.30 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（一時金払の場合のみ）	1,850 万円	—円
	敷金	—円	—円
月額費用の合計		305,100 円	525,100 円
家賃 ^{※1}		—円	220,000 円

サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※2} の費用		介護報酬告示上の額	介護報酬告示上の額	
	介護保険外 ^{※3}	食費		84,000 円/1 日 3 食	84,000 円/1 日 3 食
		管理費		166,100 円	166,100 円
		光熱水費		管理費に含む	管理費に含む
		状況把握及び生活相談サービス費		管理費に含む	管理費に含む
		介護・看護ケアサービス料		55,000 円	55,000 円
		介護保険外のサービス		別添 2 のとおり	別添 2 のとおり

※1 月払方式をご利用の場合。

※2 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※3 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	なし
介護費用	55,000 円（1 人/消費税込） 介護・看護ケアサービス料とは、上乘せ介護費として、人員を介護保険法の基準以上に配置して提供する介護サービスであり、介護保険給付（利用者負担を含む）による収入によって賄えない額に充当するものとして、合理的な算出に基づく費用です。要支援・要介護者 2 名に対して週 40 時間換算で介護・看護職員 1 名としているほか、看護職員を 24 時間配置しています。
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） 定期健康診断（年 2 回）、入退院時の同行（30 分の付添）、入院中の見舞い訪問である。
食費	1 人 月額 84,000 円（消費税込） 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。
光熱水費	管理費に含まれます。 ※居室の電話代及び通信費、NHK 受信料等は別途自己負担となります。
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)

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）	55,000円（1人／消費税込） 介護・看護ケアサービス料とは、上乘せ介護費として、人員を介護保険法の基準以上に配置して提供する介護サービスであり、介護保険給付（利用者負担を含む）による収入によって賄えない額に充当するものとして、合理的な算出に基づく費用です。要支援・要介護者2名に対して週40時間換算で介護・看護職員1名としているほか、看護職員を24時間配置しています。
※ 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	入居一時金は、要介護状態の方を想定し、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。
想定居住期間（償却年月数）	84ヶ月
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）	4,631,600円
初期償却率	概ね25%
返還金の算定方法	<p>入居後3月以内の契約終了</p> <p>三月以内の契約終了による返還金の算定方法</p> <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（家賃償却起算日）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（家賃償却起算日）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（家賃償却起算日）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(家賃償却起算日)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 ※原状回復費用は実費をいただきます。</p>
	<p>入居後3月を超えた 契約終了</p>	<p>契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例 1 1人入居の場合 (1) 本件契約終了時の丙の年齢が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。〕 (2) 本件契約終了時の丙の年齢が65歳未満の場合 下記①と②の合計額 ①追加負担金×{(丙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)-入居経過月数}÷(丙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。〕 ②入居一時金のうち想定居住期間(7年間)の家賃総額 2 2人入居の場合 (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。〕 (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 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。〕 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 ※原状回復費用は実費をいただきます。</p>
<p>前払金の 保全先</p>	<p>1 連帯保証を行う銀行等の名称</p>	
	<p>2 信託契約を行う信託会社等の名称</p>	
	<p>3 保証保険を行う保険会社の名称</p>	
	<p>4 全国有料老人ホーム協会</p>	
	<p>5 その他(名称:)</p>	

7. 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	2人
	女性	17人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	16人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	4人
	要介護2	3人
	要介護3	2人
	要介護4	4人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	9人
	5年以上10年未満	5人
	10年以上15年未満	2人
	15年以上	1人

(入居者の属性)

平均年齢	90.9歳
入居者数の合計	19人
入居率※	42.2%
※ 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	0人
	医療機関	1人
	死亡	14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) 病院より退院困難のため

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) ※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		ラビアンローズ高槻 苦情相談窓口：管理者
電話番号		072-682-3741
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし
窓口の名称		日本ロングライフ(株) お客様相談室
電話番号		フリーダイヤル 0120-550-294
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		1/1のみ
窓口の名称		高槻市役所 福祉指導課
電話番号		072-674-7821
対応している時間	平日	9:00~17:15
定休日		土曜・日曜・祝日、年末年始(12/29~1/3)
窓口の名称		大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室介護保険課
電話番号		06-6949-5418
対応している時間	平日	9:00~17:00
定休日		土曜・日曜・祝日、年末年始(12/29~1/3)
窓口の名称		公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-5207-2763
対応している時間	平日	10:00~17:00
定休日		土・日曜、祝日、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
	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
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	入居後3ヵ月以内にアンケート調査実施
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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
<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 checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 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 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 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	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	担当者の配置	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	
	<input type="checkbox"/> 1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録
<input type="checkbox"/> 2 なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	職員に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 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	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	あり
不適合事項がある場合の内容	当施設は、第二種協定指定医療機関との間で新興感染症発生時の対応について協議ができていない

添付書類：別添1（別の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）

※（利用者）

_____様

（代理人）

_____様

説明年月日 西暦 _____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等

介護サービス等の種類			併設・隣接 の状況	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	ロングライフ高槻	南松原町11-6
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	ロングライフ高槻	南松原町11-6
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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	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）			備考
	なし	あり	なし	あり	包含※2	都度※2	料金※3	
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	標準回数以上の利用の場合は有料
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	2,200円/時間	標準回数以上の利用の場合は有料
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	協力医療機関以外の場合は有料。交通費別途。
口腔衛生管理	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		○	2,200円/30分	標準回数以上の利用の場合は有料
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○		標準回数以上の利用の場合は有料。居室清掃に含む。
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	550円/回	業者委託クリーニング代として
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	330円/回	体調不良以外の個人的な理由での居室配膳の場合、左記配膳料。
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	個人費、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				
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				
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		○	分包2,200円/月	
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								
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○		2,200円/時間	協力医療機関以外の場合は有料。交通費別途。
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	○		2,200円/時間	週に1回は管理費に含む

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3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。