

入居契約 兼 特定施設入居者生活介護等利用契約
エレガリオ神戸
重要事項説明書

記入年月日	2020年7月1日
記入者名	野村 泰造
所属・職名	館長

1. 事業者の概要

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) ゆーきゃん・らいふぱーとなー 株式会社ユーキャン・ライフパートナー		
主たる事務所の所在地	〒169-0075 東京都新宿区高田馬場四丁目2番38号		
連絡先	電話番号	03-3361-7504	
	FAX番号	03-3361-7553	
	ホームページアドレス	http://elegario.com	
代表者	氏名	岡村 広雄	
	職名	代表取締役	
設立年月日	2012年7月11日		
主な実施事業	有料老人ホーム事業 ※別添1 設置者が神戸市内で実施する他の介護サービスはございません。		

2. 有料老人ホーム事業の概要

名称	(ふりがな) えれがりおこうべ エレガリオ神戸				
所在地	〒650-0024 兵庫県神戸市中央区海岸通六丁目2番14号				
主な利用交通手段	交通機関	JR 神戸線	阪神電車	阪急電車	市営地下鉄
	最寄駅	「神戸」	「西元町」	「花隈」	「みなと元町」
	距離	約 800m	約 300m	約 430m	約 400m
	所要時間(徒歩)	約 10分	約 4分	約 6分	約 5分
連絡先	電話番号	078-371-3922			
	FAX番号	078-371-3944			
	ホームページアドレス	http://elegario.com			
	メールアドレス	info_elegario-kobe@elegario.com			
管理者	氏名	清水 学			
	職名	館長			
建物の竣工日					2005年5月31日
有料老人ホーム事業の開始日					2012年9月1日
同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初の開始日					2005年7月1日

(類型)

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	(介護予防) 特定施設入居者生活介護事業所 神戸市 2875102911 号
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	2012 年 9 月 1 日
	指定の更新日(直近)	2018 年 9 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2210.39 m ² (公簿・ <input checked="" type="checkbox"/> 実測)	自社所有 : 2124.71 m ²			
			借地 : 85.68 m ²			
	所有関係	1 事業者が自らすべてを所有する土地 <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が一部を所有・一部を貸借する土地 3 事業者が貸借する土地	※1 又は 2 に該当する場合	抵当権の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
		※2 又は 3 に該当する場合	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 2003 年 6 月 1 日～2032 年 5 月 31 日		
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無			
建物	規模	地下 1 階、地上 25 階建 1 棟				
		延床面積 全体 : 17484.73 m ² (うち、有料老人ホーム部分 : 17357.55 m ²)				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 (※一部) 3 木造 4 その他 ()				
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物 2 事業者が貸借する建物	※1 に該当する場合	抵当権等の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
※2 に該当する場合		契約期間	有 / 無			
		契約の自動更新	有 / 無			
居室状況	居室区分	1 全室個室 2 相部屋あり (最小 : 人部屋 / 最大 : 人部)				
	区分	便所	浴室	台所	面積	
	一般居室					
	A type	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	47.20 m ²	14 戸
	B type	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	59.00 m ²	14 戸

	C type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	64.90 m ²	19 戸	
	D type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	64.90 m ²	5 戸	
	E type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	70.80 m ²	5 戸	
	F type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	70.80 m ²	5 戸	
	G type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	76.70 m ²	19 戸	
	H type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	76.70 m ²	5 戸	
	I type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	82.60 m ²	14 戸	
	J type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	88.50 m ²	1 戸	
	K type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	94.40 m ²	11 戸	
	L type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	106.20 m ²	1 戸	
	M type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	112.10 m ²	1 戸	
	N type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	118.00 m ²	1 戸	
	O type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	49.00 m ²	3 戸	
	P type	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	45.40 m ²	3 戸	
	介護居室	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/>	有 / <input checked="" type="checkbox"/>	18.0~23.0 m ²	32 戸	
共用施設	共用便所における便房		15 か所	うち男女別の対応が可能な便房	11 か所		
				うち車椅子等の対応が可能な便房	4 か所		
	共用浴室		4 か所	個室	2 か所		
				大浴場	2 か所		
	共用浴室に設置された 介助浴槽		6 か所	チェアー浴	1 か所		
				リフト浴	2 か所		
				ストレッチャー浴	1 か所		
				その他（個浴）	2 か所		
	食堂						<input checked="" type="checkbox"/> / 無
	入居者や家族が利用できる調理設備						<input checked="" type="checkbox"/> / 無
エレベーター		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車いす対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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				3 基	
						1 基	
消防用 設備等	消火器					<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
	自動火災報知設備					<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
	火災通報設備					<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
	スプリンクラー					<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
	防火管理者					<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
	防災計画					<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
その他	【共用施設】 エントランスホール、フロント、ロビー、ラウンジ、オープンカフェ、メールコーナー、相談室、多目的ホール、タートルジム、オーディオルーム、ゲームルーム、スカイラウンジ、健康相談室、デイルーム（機能訓練室と共用）、屋上庭園など						

	<p>【別途費用が必要な共用施設】 理美容室、マッサージルーム、駐車場、クリニック（テナント）など</p> <p>【その他、設備】 居室部分：各居室に緊急通報コール（各室内、浴室、トイレ）及び生活リズムセンサーを設置 共用部分：大浴場、ダイニングルーム、スカイラウンジ、共用トイレ、共用廊下、非常階段などに緊急通報コールを設置。エレベーター内にインターホンを設置。</p> <p>【その他、特徴】 ・施設内はバリアフリーとなっており、車いすなどでの移動が可能です。 ・各居室、共用部分には緊急コールが設置されており、コールが押された際には1階フロント、3階健康相談室、職員携帯PHS（一部）に発報され、看護師、事務職員が現場に駆け付ける体制を整えております。</p>
--	--

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> ご入居者に対して、食事、入浴、排泄などの介助、その他の日常生活および療養上のお世話をを行うことにより、ご入居者が有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営めるように支援いたします。 ご入居者の人格を尊重し、ご入居者の立場に立った個別の介護サービス計画を作成し、必要とする適切なサービスの提供に努力します。
サービス提供内容に関する特色	<p>毎日の介護サービス、健康管理は、同一敷地内にある「みなと元町内科クリニック（別法人）」と連携をとり、職員が支援します。日常生活を維持していくうえで、介護が必要になられても、要支援から要介護まで各自の状態に応じて一般居室または介護居室で介助いたします。退院後や体調不良で一時的に介護が必要になられても介護サービスを提供し、自立への援助をいたします。普段の何気ない会話やご様子にも気を配り、より質の高い心のこもったサービス提供を目指します。</p>
入浴、排せつ又は食事の介助	<ol style="list-style-type: none"> 設置者自らが提供するサービス 外部に委託して提供するサービス サービスの提供なし
食事の提供	<ol style="list-style-type: none"> 設置者自らが提供するサービス 外部に委託して提供するサービス サービスの提供なし
洗濯、掃除などの家事の供与	<ol style="list-style-type: none"> 設置者自らが提供するサービス 外部に委託して提供するサービス サービスの提供なし
健康管理の供与	<ol style="list-style-type: none"> 設置者自らが提供するサービス 外部に委託して提供するサービス サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	<ol style="list-style-type: none"> 設置者自らが提供するサービス 外部に委託して提供するサービス サービスの提供なし
生活相談サービス	<ol style="list-style-type: none"> 設置者自らが提供するサービス 外部に委託して提供するサービス サービスの提供なし

(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体制の有無	個別機能訓練加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	夜間看護体制加算 ※要支援適用外		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	看取り介護加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	入居継続支援加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	若年性認知症入居者受入加算		有 / <input type="checkbox"/> 無
	口腔衛生管理体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	栄養スクリーニング加算		有 / <input type="checkbox"/> 無
	生活機能向上連携加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	認知症専門ケア加算	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
		(I) ロ	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(III)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	介護職員処遇改善加算	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
		(III)	有 / <input type="checkbox"/> 無
(IV)		有 / <input type="checkbox"/> 無	
(V)		有 / <input type="checkbox"/> 無	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	(II)	有 / <input type="checkbox"/> 無	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 ※有の場合、介護、看護職員の配置率			<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 1.5 : 1

(医療連携の内容)

医療支援	<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 (別添2 参照)
協力医療機関	名 称	みなと元町内科クリニック
	住 所	神戸市中央区海岸通 6-2-14 (同一敷地内/テナント)
	診療科目	内科
	協力内容	初期診療、健康診断 (年 1 回)、他の医療機関への紹介
	そ の 他	医療費その他の費用は入居者の自己負担となります。
協力歯科医療機関	名称	川越歯科医院
	住所	神戸市中央区元町通 6-3-1 (施設から約 250mの距離)
	診療科目	歯科
	協力内容	往診診療、外来診療

	その他	医療費その他の費用は入居者の自己負担となります。
--	-----	--------------------------

(入居後に居室を住替える場合)

入居後に居室を住替える場合	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一時的に介護居室へ移る場合 <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	退院後の一時的な経過観察ならびに体調不良時のお身体、お気持ちに不安がある場合。また、一般居室での生活に支障があると思われた場合には以下の手続きに従い、一時的に介護居室へ移ることが可能です。但し、一時的な介護は原則として6か月を最長とします。		
手続きの内容	退院後や日常生活上で一時的な介護が必要となった場合には、 ① 施設の指定する医師の意見を聴く ② ご入居者の意思を確認する ③ 身元引受人等の意見を聴く 以上の手続きを経て、一時的に介護居室にて介護を行います。		
追加的費用の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		
居室利用権の取り扱い	介護居室の <u>一時的利用</u> であるため、一般居室の利用権は存続し、住替えとは異なります。		
前払金償却の調整の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	その他の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	※有の場合の変更内容
入居後に居室を住替える場合	<input type="checkbox"/> 1 一時的に介護居室へ移る場合 <input checked="" 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	一般居室での生活に支障がある場合は、介護居室へ住替えていただく場合があります。但し、介護場所の判断は、以下の手続きに基づいて当施設が行い、一般居室、介護居室のいずれかにおいて介護させていただきます。		
手続きの内容	常時介護が必要になった場合には、 ① 施設の指定する医師の意見を聴く ② 3か月の観察期間を設ける ③ 介護居室の概要、介護の内容、費用負担等について説明を行う ④ 身元引受人等の意見を聴く ⑤ 入居者本人の同意を得る 以上の手続きを経て、介護居室にて介護を行います。		
追加的費用の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		
居室利用権の取り扱い	住替えにより、一般居室の利用権を消滅させ、新たに介護居室の利用権を設定します。一般居室の入居期間が施設の定める想定居住期間(償却年月数)未満の場合、下記算定方法に従い、入居一時金の差額を調整して返還します。		

	<p>【入居者が1人の場合であって、介護居室へ住替えた場合】</p> <p>調整返還金 = (基本入居一時金 - 介護居室基本入居一時金※) × 想定居住期間償却率 (85%) ÷ (一般居室入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数) × (一般居室明け渡し日から償却期間満了日までの実日数)</p> <p>※ 生活・介護支援サービス一時金は、引き続き償却致します。</p> <p>【入居者が1室2名の場合であって、一方が介護居室へ住替えた場合】</p> <p>一般居室の権利が存続するため、差額の調整はございません。</p> <p>【入居者が1室2名の場合であって、残された一方が介護居室へ住替えた場合】</p> <p>残された一方については、上記の「入居者が1人の場合であって、介護居室へ住替えた場合」の算定方法に従い、差額を調整して返還します。</p>
--	--

前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無			
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		
	その他の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	※有の場合の変更内容	

(入居に関する要件)

入居対象となる者	<input type="checkbox"/> 1 自立している者 <input type="checkbox"/> 2 要支援の者 <input type="checkbox"/> 3 要介護の者
留意事項	<p>【ご入居の条件】</p> <p>① 原則とする入居年齢は、プランにより異なります。 (i) 標準プラン : 65歳以上 (ii) 低層階プラン : 75歳以上 (iii) エイジプラン : 80歳以上</p> <p>② 1室2名の入居の場合、お二人の関係が三親等以内の血族又は一親等以内の姻族で、入居時にお二人ともが上記①の入居年齢を原則満たしているものとする</p> <p>③ 医療保険及び介護保険に加入されていること</p> <p>④ 設置者の運営・管理をご理解いただける方で、所定の入居手続きを完了すること</p> <p>【身元引受人並びに連帯保証人の条件・義務など】</p> <p>① 身元引受人を一人定めていただきます</p>

	<p>(i) 定期、随時、優先的連絡窓口 (ii) 救急搬送、医療ケア必要時の相談者 (iii) 本人に代わる意向表示 (iv) 死亡または契約解除時の身柄や遺留金品の引取りなど</p> <p>※ 身元引受人を立てることが難しい場合は、設置者と協議するものとします。</p> <p>② 連帯保証人を一人定めていただきます</p> <p>(i) 入居者と連帯して、本契約から生じる入居者の金銭債務を履行する責任を負うものとします</p> <p>(ii) その負担は、140万円の極度額を限度とします</p> <p>(iii) その根拠は、管理費・食費(3か月分)、原状回復費、処分費とします</p> <p>※ 連帯保証人は、身元引受人と兼ねることができます</p>
<p>契約終了の内容</p>	<p>1 ご入居者が逝去した場合 ※1室2名は、どちらとも逝去の場合</p> <p>2 ご入居者から契約解約が行われた場合</p> <p>3 設置者から90日の予告期間において契約解除が行われた場合</p>
<p>設置者から解除を求める場合</p>	<p>解除条項</p> <p>① 入居申し込み時に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居した事実が判明したとき</p> <p>② 管理費等の費用支払いを3か月以上遅延したとき</p> <p>③ 施設を故意または重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき</p> <p>④ 転貸、譲渡等の禁止、動物飼育の制限、使用上の注意等、入居契約書に基づく禁止事項、協議事項等の内容に違反したとき</p> <p>⑤ ご入居者の行動が、ほかの入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ施設における通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>※但し、ご入居者の行動が、特定の病因等であると施設の指定する医師に診断され、医療機関による通院、入院による治療を受けている場合はこの限りではない。</p> <p>⑥ 入居者又はその家族などから職員や他の入居者に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき</p> <p>⑦ 入居者又はその家族、身元引受人等が暴力団、暴力団関係者若しくはこれに準ずる者。または構成員ではない確約に違反したとき</p>

		解除予告期間	90日
体験入居	有 / 無	【一般居室】	1泊3食付き : 7,150円(税込み) / 1名 10,890円(税込み) / 2名 ※ 最大人数は2名までとし、期間は、最長2泊3日までのご利用が可能です。(原則平日のみの実施)
		【介護居室】	20,953円(税込み) / 1日 ※ 1室1名(全室個室)とし、期間は、最長10日間までのご利用が可能です。 ※ 上記以外に別途食事料金がかかります。 朝食594円/昼食858円/夕食1,320円(税込み) ※ 体験入居から引き続き入居に至った場合には、上記利用料は入居一時金に含むものとします。
		【その他】	※ 空室状況によりご希望に添えない場合がございます。 ※ 上記の金額は、2020年7月16日現在のものであり、運営懇談会の意見を聴いた上で変更されることがあります。
入居定員		182人 (一般居室:150人、介護居室:32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※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	2	2		2.0
直接処遇職員	39	25	14	32.0 (うち、自立者対応1.0)
うち、介護職員	26	19	7	22.7 (うち、自立者対応0.5)
うち、看護職員	13	6	7	9.3 (うち、自立者対応0.5)
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1 ※兼務(4)		1.4
栄養士	2	2		2.0
調理員	13	8	5	10.4
事務員	5	5		5.0

その他職員	27	12	15	19.3
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
※ 常勤換算とは、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				

(介護職員が有している資格の総数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	21	18	3
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	4	1	3
介護支援専門員	(4)	(4)	

(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			
理学療法士	1	1	
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
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	17時 ~ 翌9時30分	
	平均人数	最少時人数(休憩者などを除く)
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	契約上の職員配置比率	<input checked="" type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.0 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 3.0 : 1 以上
	実際の配置比率 ※記入日時点	1.23 : 1
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	有料老人ホームの職員数	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	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	業務に係る資格等	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無

便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
台所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
入居者の状態	1人入居	2人目 加算額	1人入居	2人目 加算額	1人入居	2人目 加算額	
	自立	自立	自立	自立	自立	自立	
入居時に必要な前払金	5,960万円	1,040万円	3,276万円	676万円	4,982万円	833万円	
内訳	基本入居一時金（非課税）	5,520万円	600万円	2,990万円	390万円	4,630万円	481万円
	生活・介護支援サービス一時金	440万円	440万円	286万円	286万円	352万円	352万円
月額費用の合計（税込み）	201,960円	142,560円	201,960円	142,560円	201,960円	142,560円	
※カッコ内は要介護2の場合	(220,996円)	(161,596円)	(220,996円)	(161,596円)	(220,996円)	(161,596円)	
特定施設入居者生活介護費等	0円	0円	0円	0円	0円	0円	
※カッコ内は要介護2の場合	(19,036円)	(19,036円)	(19,036円)	(19,036円)	(19,036円)	(19,036円)	
内訳 介護 保険 外	家賃	-	-	-	-	-	
	管理費（税込み）	118,800円	59,400円	118,800円	59,400円	118,800円	59,400円
	食費（税込み）	83,160円	83,160円	83,160円	83,160円	83,160円	83,160円
	介護費用	-		-		-	
	水光熱費	各戸実費負担		各戸実費負担		各戸実費負担	
	その他	各戸実費負担		各戸実費負担		各戸実費負担	
都度払いとなるサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	入居一時金に含まれるため、費用負担はありません。
敷金	不要
介護費用	<p>① 自立者への生活支援サービス費</p> <p>② 要支援者及び要介護者への個別選択サービス費</p> <p>③ 要支援者及び要介護者への介護・看護職員等を手厚く配置した際の人員過配置サービス費</p> <p>※生活・介護支援サービス一時金として徴収しているため、月額として追加の費用負担はありません。</p> <p>※③は介護保険給付及び利用者負担分による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づきます。</p> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含みません。</p>
管理費	共用施設の維持管理費、事務・管理部門の人件費、自立者に対する生活サービス提供に係る人件費、備品、消耗品
食費	<p>食材費、食事部門の人件費、設備、備品、消耗品</p> <p>1. 1日3食30日喫食した場合として計算</p> <p>2. 2,772円/1日（朝食594円、昼食858円、夕食1,320円/税込み）</p> <p>3. 実際に喫食された額を請求いたします</p>

	<p>4. 特別食など加算料金がかかる場合もございます</p> <p>5. ご入居者以外のゲストの方へも同料金にて食事提供いたします</p>
光熱水費	各戸実費負担
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	<p>1. 要支援者及び要介護者に対して、指定医療機関への入院時訪問、カウンセリング、買物付き添いの個別選択サービスに要する費用は、生活・介護支援サービス一時金に含みます。</p> <p>2. その他、別添2「介護サービス等一覧表」参照</p>
その他のサービス利用料	<ul style="list-style-type: none"> ・ 電話料金、NHK受信料、新聞購読料などは、各戸実費負担 ・ 理美容室、マッサージルームは、ご利用の都度、実費負担 ・ 駐車場利用料：20,952円／月額・税込み（使用契約された方のみ） ・ その他の利用料は、介護サービス等一覧表をご覧ください。 <ul style="list-style-type: none"> － 要介護者等は、介護サービス基準に定める回数を超えたサービス提供の場合、費用が発生する場合があります。 － 要介護者等は、自治体の定める介護保険給付の自己負担額を負担して頂きます。 <p>※病気やケガなどの治療に係る費用は、自己負担となります。</p> <p>※入院などの長期不在による管理費等の減額はございません。</p> <p>※消費税は、生活・介護支援サービス一時金、管理費、食費、有料サービス等にかかります。</p> <p>※利用料は、2020年7月16日現在のものであり、運営懇談会の意見を聴いた上で変更することがあります。</p>

(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			
	区分	介護報酬の単位 (1日)	介護給付費の目安 (30日分)	代理受領時の利用者負担分の目安(30日分) ※1割負担の目安を例示
特定施設入居者生活介護等に対する自己負担	自立(非該当)	—	—	—
	要支援1	181単位	57,232円	5,724円
	要支援2	310単位	98,022円	9,803円
	要介護1	536単位	169,483円	16,949円
	要介護2	602単位	190,352円	19,036円
	要介護3	671単位	212,170円	21,217円
	要介護4	735単位	232,407円	23,241円
	要介護5	804単位	254,224円	25,423円
	個別機能訓練加算	12単位	3,794円	380円
	夜間看護体制加算	10単位	3,162円	317円
	医療機関連携加算	80単位／月	843円	85円
	看取り介護加算 (30日前より)	144単位／日 680単位／日	40,979円(27日分) 14,334円(2日分)	4,098円 1,434円

			1280 単位/日	13,491 円 (1 日分)	1,350 円
加算内容	対象者	種類	単位	備考	
看取り介護 加算	要支援者 要介護者	-	144 単位/日	死亡日以前 4 日以上 30 日以下の看取り介護	
			680 単位/日	死亡日前日、前々日の看取り介護	
			1280 単位/日	死亡日の看取り介護	
サービス提 供体制強化 加算	要支援者 要介護者	I (イ)	18 単位/日	介護福祉士配置体制を特に強化	
		I (ロ)	12 単位/日	介護福祉士配置体制を強化	
		II	6 単位/日	常勤職員の配置体制を強化	
		III	6 単位/日	長期勤続職員の配置体制を強化	
退院・退所 時連携加算	要介護者	-	30 単位/日	31 日以上入院後、退院後 30 日間	
口腔衛生管 理体制加算	要支援者 要介護者	-	30 単位/月	歯科医師などの指導に基づき月 1 回以上、 入居者の口腔ケア計画を作成している場合	
生活機能向 上連携加算	要支援者 要介護者	-	200 単位/月	訪問・通所リハなどの PT/OT/ST/ 医師が訪問し、機能訓練指導員等と共同し て個別機能訓練計画を作成し、計画的に機 能訓練を実施した場合に加算。 ※個別機能訓練加算を算定していない場合	
			100 単位/月	※個別機能訓練加算を算定している場合	
介護職員処 遇改善加算	要支援者 要介護者	I	+8.2%	要件①：職位等に応じた任用要件と賃金体 系整備 要件②：資質向上に向けた研修機会の確保 要件③：経験、資格に応じた昇給の仕組み 定量的要件：賃金改善以外の処遇改善の取 り組み以上の適用状況に応じて算定	
		II	+6.0%		
		III	+3.3%		
		IV	III×90%		
		V	III×80%		
特定施設入居者生活介護等における人員配置が手厚い場合の介護（上乘せ）サービス				-	

(前払金の受領)

入居一時金（一般居室、介護居室、共用部分の利用の為の家賃相当額に充当される費用（非課税））					
算定根拠	区分	一般居室			介護居室
	プラン	標準プラン	低層階プラン	エイジプラン	標準プラン
	一時金の額	居室毎に異なる	居室毎に異なる	居室毎に異なる	2,000 万円
	(その内容)				
	<ul style="list-style-type: none"> 当施設の開発費、土地代、地代、建設費、設備費用、大規模修繕等修繕費、物価など変動費、借入利息、管理事務費などを含む総費用を基礎とし、平均余命などを勘案した想定居住期間の家賃相当額及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用 家賃相当額は、一時金のうち想定居住期間相当分を 1 か月あたりに置き換えた額 想定居住期間の算出方法 <p>一般居室：厚生労働省試算モデル（簡易生命表を用いたもの）を使用して、男女別かつ年齢別の想定居住期間などを算出</p>				

	<p>介護居室：公益社団法人全国有料老人ホーム協会が運営する入居者生活保証制度における要介護者の公的データ（約4万人）を使用して、男女別かつ年齢別の想定居住期間を算出</p> <p>※詳細は別添3に示します。</p>				
想定居住期間 （償却年月数）	区分	一般居室			介護居室
	プラン	標準プラン	低層階プラン	エイジプラン	標準プラン
	想定居住期間	14年 168か月の実日数	8年 96か月の実日数	11年 132か月の実日数	7年 84か月の実日数
初期償却比率		15%	15%	15%	20%
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 ※非返還対象分の額		入居一時金の 15%	入居一時金の 15%	入居一時金の 15%	400万円
償却の開始日		入居日の翌日	入居日の翌日	入居日の翌日	入居日の翌日
返還金の算定方法	入居後3か月以内の契約終了	<p>・入居日の翌日から3か月以内の契約解約または死亡による契約終了の場合は、入居一時金の償却部分の額より利用期間に係る利用料を控除した額と、入居一時金の非返還対象分の額を下記算定方法に基づき、無利息で返還します。</p> $\begin{aligned} \text{返還金} &= (\text{入居一時金} \times \text{想定居住期間償却率 (85\%)}) \\ &- (\text{入居一時金} \times \text{想定居住期間償却率 (85\%)}) \\ &\div \text{想定居住期間の月数} \div 30 \text{日} \\ &\times \text{入居日から契約終了日までの実日数} \\ &+ (\text{各一時金} \times \text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する (初期償却) 額の比率 (15\%)}) \end{aligned}$ <p>※月払い利用料については日割り精算を行う ※必要な原状回復費用があれば受領する</p>			

入居後3か月を超えた契約終了	<p>・入居の翌日から3か月を超え、想定居住期間内に契約の解約または死亡による契約の終了の場合は、下記算定方法に基づき、日割り計算した額を無利息で返還します。</p> <p>【一般居室】</p> <p>① 入居者が1人の場合であって契約が終了した場合、又は入居者が1室2名の場合であって2人ともが契約を終了した場合</p> $\begin{aligned} \text{返還金} &= \text{入居一時金} \times 85\% (\text{償却部分の割合}) \\ &\div (\text{入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数}) \\ &\times (\text{契約終了日から償却期間満了日までの実日数}) \end{aligned}$ <p>② 入居者が1室2名入居の場合であって、その一方が死亡または退去した場合</p> $\begin{aligned} \text{返還金} &= \text{入居一時金の1室2名の場合の加算額} \times 85\% (\text{償却部分の割合}) \\ &\div (\text{入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数}) \\ &\times (\text{一方が死亡又は退去した日から償却期間満了日までの実日数}) \end{aligned}$ <p>※その後、残された一方が死亡または退去した場合は、「基本入居一時金」を返還対象として、上記①の算式に基づき返還します。</p> <p>【介護居室】</p> <p>③ 2人ともが介護居室へ住替えた後、その一方が死亡または退去した場合 1室2名の場合の加算額を返還対象として、上記②の計算式で算出します。</p> <p>④ 入居者が1人の場合であって、介護居室へ住替えた後、契約が終了した場合、又は2人ともが介護居室へ住替えた後、残された一方が死亡または退去した場合</p> $\begin{aligned} \text{返還金} &= (\text{介護居室基本入居一時金} + \text{生活・介護支援サービス一時金}) \\ &\times 85\% (\text{償却部分の割合}) \\ &\div (\text{一般居室入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数}) \\ &\times (\text{契約終了日から償却期間満了日までの実日数}) \end{aligned}$ <p>⑤ 介護居室への直接入居の場合</p> $\begin{aligned} \text{返還金} &= \text{介護居室基本入居一時金} \times \text{想定居住期間償却率} (80\%) \\ &\div (\text{入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数}) \\ &\times (\text{契約終了日から償却期間満了日までの実日数}) \end{aligned}$ <p>※ 施設の定める介護居室基本入居一時金は、2,000万円</p> <p>※ 想定居住期間を超えて入居が継続する場合には、返還金がなくなりますが、追加の入居金は不要です。</p>		
	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	公益社団法人全国有料老人ホーム協会	

	5 その他 ()				
生活・介護支援サービス一時金 ※ 一般居室・介護居室 : 440万円(税込み) / 1人当たり					
算定根拠	区分	一般居室			介護居室
	プラン	標準プラン	低層階プラン	エイジプラン	標準プラン
	一時金の額	440万円	286万円	352万円	440万円
	内訳①	330万円	214.5万円	264万円	385万円
		(内容) 長期推計に基づき、要介護者等 1.5 人に対し週 37.5 時間換算で介護・看護職員を 1 人以上配置するための人員過配置サービス費用			
	内訳②	44万円	28.6万円	35.2万円	55万円
		(内容) 要介護者等への個別選択サービスのための費用 (指定医療機関への入院時訪問 / カウンセリング / 買物付き添い)			
内訳③	66万円	42.9万円	52.8万円	-	
	(内容) 自立者に対し、一時的な介護が発生した場合に備え、看護職員及び介護職員を配置するための費用				
想定居住期間 (償却年月数)	区分	一般居室			介護居室
	プラン	標準プラン	低層階プラン	エイジプラン	標準プラン
	想定居住期間	14年 168か月の実日数	8年 96か月の実日数	11年 132か月の実日数	7年 84か月の実日数
初期償却比率		15%	15%	15%	20%
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		66万円	42.9万円	52.8万円	88万円
償却の開始日		入居日の翌日	入居日の翌日	入居日の翌日	入居日の翌日
返還金の算定方法		入居後3か月以内の契約終了 ……入居一時金の返還金算定方法に同じ			入居後3か月を超えた契約終了 ……入居一時金の返還金算定方法に同じ
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 公益社団法人全国有料老人ホーム協会				
	5 その他 ()				

7. 入居者の状況 ※ 記入年月日時点
(入居者の人数)

性別	男性	34人		
	女性	98人		
年齢別	65歳未満	0人	65歳以上75歳未満	12人
	75歳以上85歳未満	36人	85歳以上	84人
要介護度別	自立	要支援1	要支援2	
	82人	9人	8人	

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	11人	8人	6人	4人	4人
入居期間別	6か月未満		6か月以上1年未満		1年以上5年未満
	4人		7人		19人
	5年以上10年未満		10年以上15年未満		15年以上
	19人		62人		21人

(入居者の属性)

平均年齢	85.45歳				
入居者数の合計	132人	※入居定員数：182人			
入居率	73.08%	※入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合			

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅など	社会福祉施設	医療機関	死亡者	その他
	1人	1人	0人	5人	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	なし	※解約事由の例		—
	入居者側の申し出	2人	※解約事由の例		月額支出抑制の為 生活環境不一致の為

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		エレガリオ神戸 (窓口責任者：館長)
電話番号		078-371-3922
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:00
	土曜	9:00 ~ 17:00
	日曜・祝日	9:00 ~ 17:00
定休日		定休日はありません

窓口の名称		神戸市保健福祉局 介護指導課
電話番号		078-322-6326
対応している時間	平日	8:45 ~ 12:00 / 13:00 ~ 17:30
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		その他、年末年始など

窓口の名称		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		078-332-5617
対応している時間	平日	8:45 ~ 17:15
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		その他、年末年始など

窓口の名称	神戸市消費生活センター（契約についてのご相談）	
電話番号	078-371-1221	
対応している時間	平日	8：45 ～ 17：30
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	その他、年末年始など	

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	03-3548-1077	
対応している時間	指定曜日	10：00 ～ 17：00（毎週月曜・水曜・金曜）
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	火曜・木曜・その他、年末年始など	

（サービス提供により賠償すべき事故が発生した時の対応）

損害賠償責任保険の加入状況	1 加入済み 2 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	損保ジャパン日本興亜(株)
		加入する保険の名称	有料老人ホーム損害賠償責任保険
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応	1 対応あり（事故対応及びその予防のための指針あり） 2 対応あり（事故対応及びその予防のための指針なし） 3 対応なし		

（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、意見箱等の利用者の意見等を把握する取り組みの状況	1 取組あり 2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	2018年6月（アンケート実施） ※意見箱は常設
		結果の開示	1 あり（運営懇談会時） 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 実施済み 2 未実施		
	※1の場合	実施日	2010年11月19日
		評価機関名称	（公社）全国有料老人ホーム協会 有料老人ホームサービス評価プログラム （機関名：(株)川原経営総合センター）
	結果の開示	1 あり 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	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

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 設置済み 2 未設置（代替措置あり） 3 未設置（代替措置なし）
	※1の場合、開催頻度 年2回
	※2の場合、代替措置の内容 -
提携ホームへの移行	1 移行あり（提携ホーム名： ） <input checked="" type="checkbox"/> 2 移行なし
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 届出あり 2 届出なし 3 届出なし（サービス付き高齢者向け住宅の登録済み）
有料老人ホーム設置運営指導指針「第5章 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可	1 不適合事項あり（代替措置を実施済み） 2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み） 3 不適合事項あり（1または2以外） <input checked="" type="checkbox"/> 4 不適合事項なし 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備
※1、2又は3の場合、不適合事項の内容	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が18㎡未満（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 消防法に定める設備等の設置なし（ <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）
※1の場合、代替措置の概要	
※2の場合、改善計画の概要	
※5の場合、構造設備の基準となる制度の名称	1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み） 2 高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み）
有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無 ※複数選択可	1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） <input checked="" type="checkbox"/> 3 指導事項なし
※1又は2の場合、指導内容	

添付書類：別添1（設置者が別に実施する介護サービス一覧表）

別添2（介護サービス等の一覧表）

別添3（入居一時金の算定根拠について）

別添4（重度化した場合における対応に係る指針）

様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

私は、本書面に基づいて設置者から重要事項の説明を受けました。

住 所 _____

ご入居者氏名 _____

(署名代筆者) _____ (続柄:)

(代筆理由) _____

別添1. 設置者が神戸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	有	/	無		
訪問入浴介護	有	/	無		
訪問看護	有	/	無		
訪問リハビリテーション	有	/	無		
居宅療養管理指導	有	/	無		
通所介護	有	/	無		
通所リハビリテーション	有	/	無		
短期入所生活介護	有	/	無		
短期入所療養介護	有	/	無		
特定施設入居者生活介護	有	/	無		
福祉用具貸与	有	/	無		
特定福祉用具販売	有	/	無		
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有	/	無		
夜間対応型訪問介護	有	/	無		
認知症対応型通所介護	有	/	無		
小規模多機能型居宅介護	有	/	無		
認知症対応型共同生活介護	有	/	無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有	/	無		
看護小規模多機能型居宅介護	有	/	無		
居宅介護支援	有	/	無		
居宅介護予防サービス					
介護予防訪問介護	有	/	無		
介護予防訪問入浴介護	有	/	無		
介護予防訪問看護	有	/	無		
介護予防訪問リハビリテーション	有	/	無		
介護予防居宅療養管理指導	有	/	無		
介護予防通所介護	有	/	無		
介護予防通所リハビリテーション	有	/	無		
介護予防短期入所生活介護	有	/	無		
介護予防短期入所療養介護	有	/	無		
介護予防特定施設入居者生活介護	有	/	無		
介護予防福祉用具貸与	有	/	無		
特定介護予防福祉用具販売	有	/	無		
<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	有	/	無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有	/	無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	有	/	無		
介護予防支援	有	/	無		
<介護福祉施設>					
介護老人福祉施設	有	/	無		
介護老人保健施設	有	/	無		
介護療養型医療施設	有	/	無		

別添 2. 介護サービス等の一覧表 ※表示価格はすべて税込み価格で表示しています。

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防含む）の指定の有無			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		備考 ※は、自立者へ「生活・介護支援サービス一時金」(以下、介護一時金)で提供する一時的介護サービス	
	利用者全額負担	都度払い料金 (税込み価格表示)		
介護サービス				
食事介助	有 / 無	有 / 無	—	保険給付+介護一時金で実施※
排泄介助 おむつ交換	有 / 無	有 / 無	—	保険給付+介護一時金で実施※
おむつ代		有 / 無	実費	実費負担
【一般浴】 入浴介助・清拭	有 / 無	有 / 無	550 円 / 1 回	<ul style="list-style-type: none"> ・週 3 回まで保険給付+介護一時金で実施 ・基準回数を超える場合は実費※ ・一般居室内浴室での介助(特定施設契約者対象)については 2,000 円 / 1 回
特浴介助	有 / 無	有 / 無	550 円 / 1 回	<ul style="list-style-type: none"> ・週 3 回まで保険給付+介護一時金で実施 ・基準回数を超える場合は実費※
身辺介助 (移動・着替えなど)	有 / 無	有 / 無	—	保険給付+介護一時金で実施※
機能訓練	有 / 無	有 / 無	—	保険給付+介護一時金で実施※
通院介助 (協力・指定医療機関)	有 / 無	有 / 無	—	保険給付+介護一時金で実施※
通院介助 (上記医療機関以外)	有 / 無	有 / 無	770 円~/30 分 交通費別途実費	実費負担
生活サービス				
居室清掃 (一般居室で生活する場合)	有 / 無	有 / 無	770 円 / 30 分 1 人当たり	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランにより週 2 回まで保険給付+介護一時金で実施 ・基準回数を超える場合は実費 ※ ・原則 2 人でのサービス提供
居室清掃 (介護居室で生活する場合)	有 / 無	有 / 無	—	保険給付+介護一時金で実施※
リネン交換 (一般居室で生活する場合)	有 / 無	有 / 無	—	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランにより必要時 ・保険給付+介護一時金で実施※
リネン交換 (介護居室で生活する場合)	有 / 無	有 / 無	—	<ul style="list-style-type: none"> ・保険給付+介護一時金で実施 ・週 1 回及び必要時※
日常の洗濯 (一般居室で生活する場合)	有 / 無	有 / 無	770 円 / 30 分	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランにより必要時 ・保険給付+介護一時金で実施※
日常の洗濯 (介護居室で生活する場合)	有 / 無	有 / 無	—	保険給付+介護一時金で実施※
居室の配膳・下膳 (一般居室で生活する場合)	有 / 無	有 / 無	550 円 / 1 回	※

居室の配膳・下膳 (介護居室で生活する 場合)	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	—	保険給付+介護一時金で実施 ※
入居者の嗜好に応じ た特別な食事		<input checked="" type="checkbox"/> / 無	実費	実費負担
おやつ		<input checked="" type="checkbox"/> / 無	実費	実費負担
理美容師による 理美容サービス		<input checked="" type="checkbox"/> / 無	実費	実費負担
買い物代行 (通常の利用区域)	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	550 円/1 回	・週 1 回まで保険給付+介護一 時金 で実施 ・基準回数を超える場合は実 費
買い物代行 (上記以外の区域)	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	770 円~/30 分 交通費別途実費	実費負担
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	550 円/1 回 交通費別途実費	・月 1 回まで保険給付+介護一 時金で実施 ・基準回数を超える場合は実 費
金銭・貯金管理		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		実施していません。
健康管理サービス				
定期健康診断		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	—	・人間ドック 1 回/年 ・健康診断 1 回/年 ※
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	—	適宜 ※
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	—	適宜 ※
服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	—	適宜 ※
生活リズムの記録 (排便・睡眠など)	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	—	適宜 ※
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	—	定時運行バスルート※ 2 によ る医療機関への移送サービ スはあり
入退院時の同行 (協 力・指定医療機関)	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	—	介護一時金で実施 ※
入退院時の同行 (上記以外)	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	770 円~/30 分 交通費別途実費	実費負担
入院中の洗濯物交 換・買い物・見舞い 訪問 (協力・指定医 療機関)	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	550 円/1 回 交通費別途実費	・週 1 回まで介護一時金で実 施 ・基準回数を超える場合は実 費 ※
入院中の洗濯物交 換・買い物・見舞い 訪問 (上記以外)	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	770 円~/30 分 交通費別途実費	実費負担

※ 1 : 利用者の負担割合は、利用者の所得などに応じて負担割合が変わります。詳しくは負担割合証でご確認ください。

※ 2 : 定時運行バスルートは、神鋼記念病院 → 神戸赤十字病院 → 神戸市立医療センター中央市民病院です。

※ 3 : 指定医療機関は、神鋼記念病院です。

別添3.

入居一時金の算定根拠について

1. 入居一時金算定根拠の考え方について

エレガリオ神戸では家賃相当額について「全額前払方式」を採用しています。

これは、神戸市の定める有料老人ホーム設置運営指導指針のとおり、「終身にわたって受領すべき家賃相当額の全部又は一部を前払い金として一括受領するもの」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います。

入居一時金の額＝

(1か月の家賃相当額×想定居住期間) + (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」と「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」(以下、「想定居住期間等」といいます。)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。

※ 厚生労働省が事務連絡で示す考え方

- ① 「想定居住期間」とは、「確率的に入居者のうち概ね50%の方が入居し続けることが予想される期間」として、有料老人ホームごとに定める期間です。その期間は、入居時の年齢や性別、自立者、要介護者などに応じて、入居者の平均余命などを参考にして設定されます。
- ② 想定居住期間内の家賃は、期間内の契約終了時期に応じて返金される預り金です。
- ③ 「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」とは、上記①の期間を超え、入居者の全員が退去する時点までの予測家賃額です。この額は、一般的には返金されない費用で事業者によって収益計上時期も異なりますが、その取扱い方法は、地方公共団体の指導に基づきます。

2. 具体的な算定根拠について

(i) 自立者および要介護者の入居一時金の算定方法

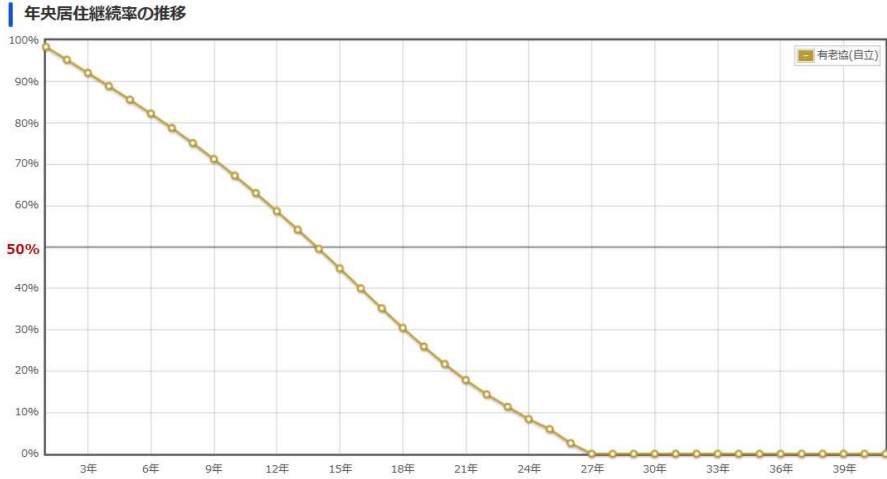
エレガリオ神戸では、入居一時金の算定にあたって過去の実績などから以下の前提条件を設け、公益社団法人全国有料老人ホーム協会が運営する入居者生活保証制度におけるデータを利用した「入居一時金算定プログラム」を使用し、想定居住期間などを算定しています。

<前提条件>		一般居室			介護居室
		標準プラン	低層階プラン	エイジプラン	標準プラン
対象年齢		65歳以上	75歳以上	80歳以上	80歳以上
対象階層		5階-24階	5階-8階	9階-24階	3階・4階
対象者の状態		自立(要支援)	自立(要支援)	自立(要支援)	要介護
入居時年齢	男	77歳	75歳	82歳	82歳
	女	75歳	87歳	80歳	84歳
男性比率		40%	10%	40%	30%
1月分の家賃のうち、前払金として支払う額		279,000円	274,000円	295,000円	190,480円

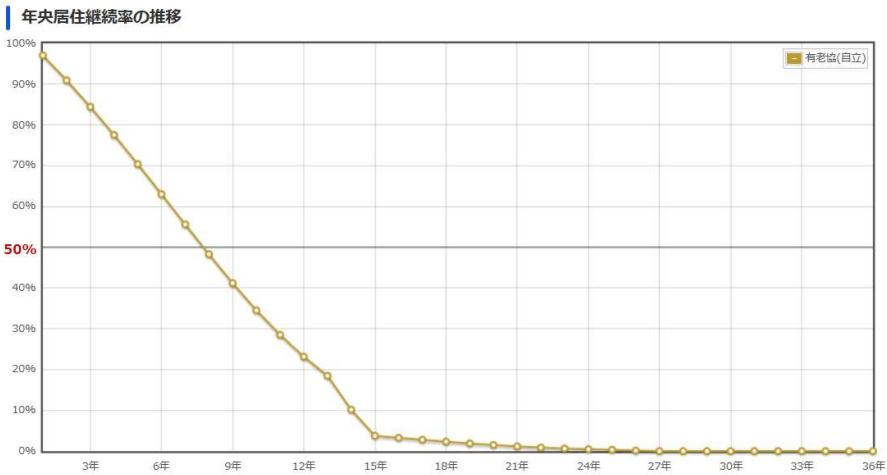
運用利率	0%	0%	0%	0%
保全措置の実施方法	入居者生活保証制度			

(ii) 「入居一時金試算プログラム」による年央居住継続率の推移と試算結果

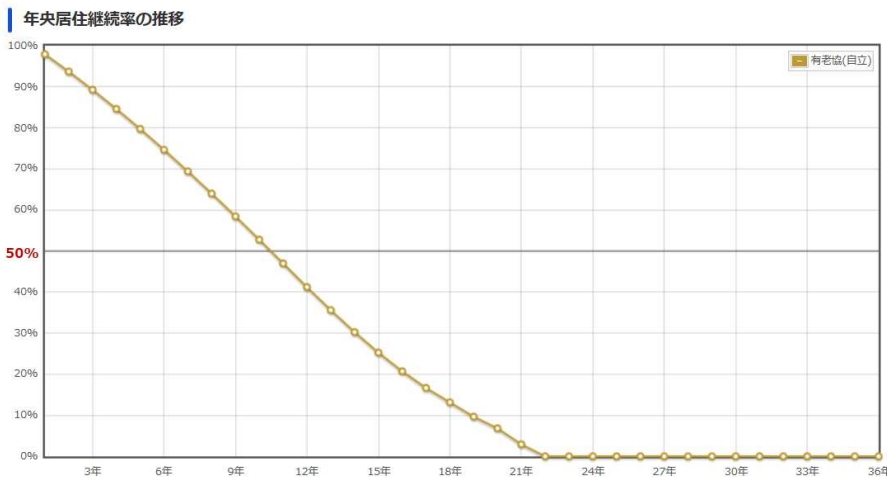
プラン名：標準プラン（自立・要支援向け）



プラン名：低層階プラン（自立・要支援向け）

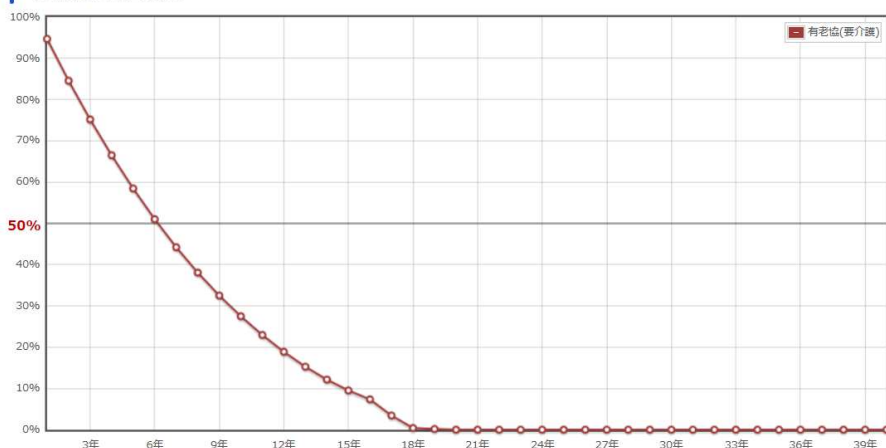


プラン名：エイジプラン（自立・要支援向け）



介護居室：(要介護向け)

年次居住継続率の推移



<試算結果>	一般居室			介護居室
	標準プラン	低層階プラン	エイジプラン	標準プラン
想定居住期間 (年数)	14年	8年	11年	7年
前払い金の合計	55,536,400円	31,011,600円	46,101,800円	20,302,400円
想定居住期間の前払い家賃相当額	46,872,000円	25,440,000円	38,940,000円	16,000,320円
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて設置者が受領する額	8,664,400円	5,571,600円	7,161,800円	4,302,080円
※当該金額の前払金合計に対する割合	15.60%	17.97%	15.53%	21.19%

※ 以上の通り、「エレガリオ神戸」では、厚生労働省、神戸市、(公社)全国有料老人ホーム協会の指導に基づき試算した結果、入居一時金には、対価性のない権利金などは含まれておりません。

重度化した場合における対応に係る指針

1. 急性期における医師や医療機関との連携体制

入居者の急を要する病気やケガの場合は、緊急通報コールなどの知らせ又は巡回時などでの発見を受け、看護師等によりの確かかつ迅速に対応すると共に、状況により医師と連絡を取り定期バス巡回医療機関などで救急医療が受けられるように「重度化した場合における対応に係る指針」（以下、「重度化指針」）に定め対応いたします。

【協力医療機関】

◇みなと元町内科クリニック（同一敷地内テナント）：笠木伸平医師（ファミリードクター）

- i) 介護居室回診（2回以上／月）
- ii) 初期医療、他の医療機関への紹介、健康診断（年1回）
- iii) 緊急の診察、入院については※「病診連携」の体制で行い、高度医療提供病院への連絡はエレガリオ神戸の看護師又はみなと元町内科クリニックが行う
※病診連携：地域医療の核となる病院と地域内の診療所が行う連携
- iv) 夜間、土日、祝日等の時間外緊急対応は、エレガリオ神戸、みなと元町内科クリニックが別途定める「医療業務協力に関する覚書」に基づき行うものとする

【定期バス巡回医療機関】

◇神鋼記念病院

- i) 救急告示医療機関
- ii) 二次救急病院
- iii) 診療科目：29科、病床数：333床

◇神戸赤十字病院

- i) 救急告示医療機関
- ii) 二次救急病院
- iii) 診療科目：24科、病床数：310床

◇神戸市医療センター中央市民病院

- i) 救急告示医療機関
- ii) 三次救急病院
- iii) 診療科目：34科、病床数：768床

2. 入院期間中（不在時）におけるエレガリオ神戸の居住費や食費の取扱い

費用の項目	費用の取扱
入居一時金	契約書に則り、通常通りの償却
管理費	契約書に則り、通常通り月毎の引き落とし
食費	契約書に則り、喫食数に応じた費用を徴収
光熱水費	・一般居室（各戸）は関電、水道局との個別契約になり、基本料金が徴収されます ・介護居室は「在・不在」に限らず、費用徴収はありません
介護保険割合負担	エレガリオ神戸の職員が直接サービスを提供しない期間は算入いたしません
その他各種費用	電話料金、NHK受信料、新聞購読料は各戸個別契約です

3. 看取り介護指針

【目的】

「エレガリオ神戸」では、入居者とその家族との「終末期医療に対する事前指示書」（以下、「事前指示書」という。）に基づき、入居者の容態が悪化された場合に、痛みや苦痛の症状の軽減に努め、穏やかで安らかな日々を過ごしていただけるような「看取りの介護」を実施する。

【「看取り」状態の定義】

心身が衰弱し、医学的知見に基づき回復の見込みがないと医師に診断される状態

【基本姿勢】

- ・入居者の人生の歴史を尊重したうえでの介護を実践する
- ・入居者や家族の思いや願いを汲み取る姿勢をもつ
- ・入居者と家族の思いが食い違う場合には、本人の思いを「事前指示書」の希望を踏まえ最優先させる
- ・一貫したケアの事前計画
- ・QOLを損なわないように、苦痛の軽減や安楽で安心を感じる介護を目指す
- ・入居者ととともに家族に対する精神的負担への対応を意識する

【実施内容】

A) 入居者とその家族との意思確認方法

- a) 入居契約時の重要事項説明で「重度化指針」を説明し、同意を得ます。
- b) 入居後、「事前指示書」にて入居者とその家族と終末期の対応について意思確認を行います。
- c) 介護が必要となり、「特定施設入居者生活介護等利用契約」締結時に再度、本指針を説明し、同意書により同意を得ます。

B) 「看取り」の実施に向けた準備段階

- a) 医師による医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された場合、医師の開始指示を受けて「看取り介護」を開始します。
- b) 看取り介護の実施に当たっては、入居者とその家族の十分な希望を汲みいれたケアプランを作成し、入居者とその家族に同意を得ます。また、必要に応じ、適宜ケアプランを見直します。（「事前指示書」を踏まえたケアの基本方針の確立）
- c) 医師・看護師・介護職員など連携体制の構築
- d) 連絡・相談方法の確認及び緊急時対応マニュアルの作成

C) 「看取り」実施の決定段階／基本対応の時期

- a) 医師・看護師・介護職員が共同して家族などへの説明・方針確認
- b) 利用者本人に対する精神的・肉体的苦痛に配慮した尊厳あるケアの実施
- c) 定期的なカンファレンスの実施
- d) 医師・看護師などの専門職員による定期観察・連絡
- e) 家族の精神的・肉体的疲労度のチェックとその解消支援

D) 「看取り」最終段階

- a) 医師との頻繁な連絡・相談
- b) 最後まで人間の尊厳を保つケアの実施
- c) 家族が寄り添う時間・環境を確保するための配慮

E) 死亡直前

- a) 死亡直前の症状説明
- b) 家族に出来ることを伝える