

有料老人ホーム重要事項説明書

|      |       |       |           |
|------|-------|-------|-----------|
| 記入者名 | 工藤 弘子 | 記入年月日 | 2019年7月1日 |
|      |       | 所属・職名 | 施設長       |

1. 設置者概要

|                  |                              |                                    |                           |  |
|------------------|------------------------------|------------------------------------|---------------------------|--|
| 設置者の名称，所在地および連絡先 |                              |                                    |                           |  |
| 設置者の名称           | 法人等の種類                       | なし                                 | あり 医療法人                   |  |
|                  | 名称                           | (ふりがな) いりょうほうじん こうじんかい<br>医療法人 鴻仁会 |                           |  |
| 設置者の所在地          | 〒040-0074<br>北海道函館市松川町30番12号 |                                    |                           |  |
| 設置者の連絡先          | 電話番号                         | 0138-41-1221                       |                           |  |
|                  | FAX番号                        | 0138-45-1021                       |                           |  |
|                  | ホームページアドレス                   | なし                                 |                           |  |
|                  |                              | あり                                 | : http://www.fukase.or.jp |  |
| 設置者の氏名および職名      | 氏名                           | 深瀬 晃一                              |                           |  |
|                  | 職名                           | 理事長                                |                           |  |
| 設置者の設立年月日        | 昭和60年8月5日                    |                                    |                           |  |

|                       |    |        |               |              |
|-----------------------|----|--------|---------------|--------------|
| 設置者が函館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     |               |              |
| 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     | 深瀬医院          | 函館市松川町30番12号 |
| 居宅療養管理指導              | あり | なし     | 深瀬医院          | 函館市松川町30番12号 |
| 通所介護                  | あり | なし     |               |              |
| 通所リハビリテーション           | あり | なし     | デイケアふかせ       | 函館市松川町30番12号 |
| 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     | 介護付有料老人ホームふかせ | 函館市松川町30番12号 |
| 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・随時訪問介護・看護        | あり | なし     | メディケアサポートまつかわ | 函館市松川町30番12号 |
| 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     | デイサービスふかせ     | 函館市松川町30番12号 |
| 小規模多機能型居宅介護           | あり | なし     | 小規模多機能ホーム光風園  | 函館市宮前町11番8号  |
|                       |    |        | 小規模多機能3号館     | 函館市宮前町7番15号  |
|                       |    |        | 小規模多機能まつかわ    | 函館市松川町41番17号 |
| 認知症対応型共同生活介護          | あり | なし     | グループホーム光風園    | 函館市宮前町11番8号  |
|                       |    |        | グループホームまつかわ   | 函館市松川町41番17号 |
|                       |    |        | グループホームふかせ    | 函館市松川町30番12号 |
| 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      | あり | なし     |               |              |

|                  |    |    |                                         |                                             |
|------------------|----|----|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 生活介護             |    |    |                                         |                                             |
| 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 | 深瀬医院                                    | 函館市松川町30番12号                                |
| 介護予防居宅療養管理指導     | あり | なし | 深瀬医院                                    | 函館市松川町30番12号                                |
| 介護予防通所リハビリテーション  | あり | なし | デイケアふかせ                                 | 函館市松川町30番12号                                |
| 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 | 介護付有料老人ホームふかせ                           | 函館市松川町30番12号                                |
| 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 | デイサービスふかせ                               | 函館市松川町30番12号                                |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護  | あり | なし | 小規模多機能ホーム光風園<br>小規模多機能3号館<br>小規模多機能まつかわ | 函館市宮前町11番8号<br>函館市宮前町7番15号<br>函館市松川町41番17号  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | グループホーム光風園<br>グループホームまつかわ<br>グループホームふかせ | 函館市宮前町11番8号<br>函館市松川町41番17号<br>函館市松川町30番12号 |
| 介護予防支援           | あり | なし |                                         |                                             |
| 介護予防・日常生活支援総合事業  | あり | なし |                                         |                                             |
| <介護保険施設>         |    |    |                                         |                                             |
| 介護老人福祉施設         | あり | なし |                                         |                                             |
| 介護老人保健施設         | あり | なし |                                         |                                             |
| 介護療養型医療施設        | あり | なし |                                         |                                             |
| 介護医療院            | あり | なし |                                         |                                             |

## 2. 施設概要

|                                                                                        |                                                                                                                              |                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設の名称, 所在地および連絡先                                                                       |                                                                                                                              |                                                                                                 |
| 施設の名称                                                                                  | (ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ ふかせ<br>介護付有料老人ホーム ふかせ                                                                               |                                                                                                 |
| 施設の所在地                                                                                 | 〒040-0074<br>北海道函館市松川町30番12号                                                                                                 |                                                                                                 |
| 施設の連絡先                                                                                 | 電話番号                                                                                                                         | 0138-41-1221                                                                                    |
|                                                                                        | FAX番号                                                                                                                        | 0138-45-1021                                                                                    |
|                                                                                        | ホームページ                                                                                                                       | なし                                                                                              |
|                                                                                        | アドレス                                                                                                                         | あり: <a href="http://www.fukase.or.jp/new/kaigo.html">http://www.fukase.or.jp/new/kaigo.html</a> |
| 施設の開設年月日                                                                               | 平成24年3月31日                                                                                                                   |                                                                                                 |
| 施設長の氏名                                                                                 | 工藤 弘子                                                                                                                        |                                                                                                 |
| 施設までの主な利用交通手段                                                                          |                                                                                                                              |                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・函館駅より車で約5分</li> <li>・市営バス松川町停留所から数分</li> </ul> |                                                                                                                              |                                                                                                 |
| 施設の類型および表示事項                                                                           |                                                                                                                              |                                                                                                 |
| 類型                                                                                     | 介護付有料老人ホーム                                                                                                                   |                                                                                                 |
| 表示事項                                                                                   | 施設類型 : 介護付有料老人ホーム<br>居住権利形態 : 利用権方式<br>利用料支払方式 : 月払い方式<br>入居時の要件 : 入居時、自立・要支援・要介護<br>介護保険の適用 : 混合型特定施設入居者生活介護<br>居室区分 : 全室個室 |                                                                                                 |
| 介護保険事業所番号                                                                              | 0171403041                                                                                                                   |                                                                                                 |

特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日または開始予定年月日、指定または許可を受けた年月日（指定または許可の更新を受けた場合にはその年月日）

|              |            |
|--------------|------------|
| 事業の開始（予定）年月日 | 平成24年3月31日 |
| 指定の年月日       | 平成24年3月29日 |
| 指定の更新年月日     | 平成36年3月28日 |

### 3. 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数およびその勤務形態                                                                             |                           |     |                    |     |     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----|--------------------|-----|-----|------------|
| 有料老人ホームの従業者の人数およびその勤務形態                                                                         |                           |     |                    |     |     |            |
| 実 人 員                                                                                           | 常 勤                       |     | 非常勤                |     | 合 計 | 常勤換算<br>人数 |
|                                                                                                 | 専 従                       | 非専従 | 専 従                | 非専従 |     |            |
| 施設長                                                                                             |                           | 1   |                    |     | 1   | 0.5        |
| 生活相談員                                                                                           | 1                         |     |                    |     | 1   | 1.0        |
| 看護職員                                                                                            | 1                         |     |                    |     | 1   | 1.0        |
| 介護職員                                                                                            | 4                         |     | 1                  |     | 5   | 4.2        |
| 機能訓練指導員                                                                                         |                           |     | 1                  |     | 1   | 0.1        |
| 計画作成担当者                                                                                         |                           | 1   |                    |     | 1   | 0.5        |
| 栄養士                                                                                             |                           |     |                    |     |     |            |
| 調理員                                                                                             |                           |     |                    |     |     |            |
| 事務員                                                                                             |                           |     |                    |     |     |            |
| その他従事者                                                                                          |                           |     |                    |     |     |            |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数                                                                          |                           |     |                    |     |     |            |
| ※ 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。 |                           |     |                    |     |     |            |
| 従業者である介護職員が有している資格                                                                              |                           |     |                    |     |     |            |
| 延べ人数                                                                                            | 常 勤                       |     | 非常勤                |     |     |            |
|                                                                                                 | 専 従                       | 非専従 | 専 従                | 非専従 |     |            |
| 社会福祉士                                                                                           |                           |     |                    |     |     |            |
| 介護福祉士                                                                                           | 3                         |     |                    |     |     |            |
| 実務者研修                                                                                           |                           |     |                    |     |     |            |
| 介護職員初任者研修                                                                                       |                           |     |                    |     |     |            |
| 介護支援専門員                                                                                         |                           |     |                    |     |     |            |
| 従事者である機能訓練指導員が有している資格                                                                           |                           |     |                    |     |     |            |
| 延べ人数                                                                                            | 常 勤                       |     | 非常勤                |     |     |            |
|                                                                                                 | 専 従                       | 非専従 | 専 従                | 非専従 |     |            |
| 理学療法士                                                                                           |                           |     |                    | 1   |     |            |
| 作業療法士                                                                                           |                           |     |                    |     |     |            |
| 言語聴覚士                                                                                           |                           |     |                    |     |     |            |
| 看護師および准看護師                                                                                      |                           |     |                    |     |     |            |
| 柔道整復士                                                                                           |                           |     |                    |     |     |            |
| あん摩マッサージ指圧師                                                                                     |                           |     |                    |     |     |            |
| はり師                                                                                             |                           |     |                    |     |     |            |
| きゅう師                                                                                            |                           |     |                    |     |     |            |
| 夜勤を行う看護職員および介護職員の人数                                                                             |                           |     |                    |     |     |            |
| 人数                                                                                              | 夜勤帯平均時間<br>(16時30分～9時30分) |     | 最少時人数<br>(休憩者等を除く) |     |     |            |
| 看護職員                                                                                            |                           |     |                    |     |     |            |
| 介護職員                                                                                            |                           | 1   |                    | 1   |     |            |

| 特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数およびその勤務形態                                                               |     |     |     |     |                   |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-------------------|------------|
| 実人員                                                                                             | 常 勤 |     | 非常勤 |     | 合 計               | 常勤換算<br>人数 |
|                                                                                                 | 専 従 | 非専従 | 専 従 | 非専従 |                   |            |
| 生活相談員                                                                                           | 1   |     |     |     | 1                 | 0.5        |
| 看護職員                                                                                            | 1   |     |     |     | 1                 | 1.0        |
| 介護職員                                                                                            | 4   |     | 1   |     | 5                 | 4.2        |
| 機能訓練指導員                                                                                         |     |     | 1   |     | 1                 | 0.1        |
| 計画作成担当者                                                                                         |     | 1   |     |     | 1                 | 0.5        |
| その他従事者                                                                                          |     |     |     |     |                   |            |
| 1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数                                                                          |     |     |     |     |                   |            |
| ※ 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。 |     |     |     |     |                   |            |
| 従業者である介護職員が有している資格                                                                              |     |     |     |     |                   |            |
| 延べ人数                                                                                            | 常 勤 |     | 非常勤 |     |                   |            |
|                                                                                                 | 専 従 | 非専従 | 専 従 | 非専従 |                   |            |
| 社会福祉士                                                                                           |     |     |     |     |                   |            |
| 介護福祉士                                                                                           | 3   |     |     | 1   |                   |            |
| 実務者研修                                                                                           |     |     |     |     |                   |            |
| 介護職員初任者研修                                                                                       |     |     |     |     |                   |            |
| 介護支援専門員                                                                                         |     |     |     |     |                   |            |
| 従事者である機能訓練員が有している資格                                                                             |     |     |     |     |                   |            |
| 延べ人数                                                                                            | 常 勤 |     | 非常勤 |     |                   |            |
|                                                                                                 | 専 従 | 非専従 | 専 従 | 非専従 |                   |            |
| 理学療法士                                                                                           |     |     |     | 1   |                   |            |
| 作業療法士                                                                                           |     |     |     |     |                   |            |
| 言語聴覚士                                                                                           |     |     |     |     |                   |            |
| 看護師および准看護師                                                                                      |     |     |     |     |                   |            |
| 柔道整復士                                                                                           |     |     |     |     |                   |            |
| あん摩マッサージ指圧師                                                                                     |     |     |     |     |                   |            |
| はり師                                                                                             |     |     |     |     |                   |            |
| きゅう師                                                                                            |     |     |     |     |                   |            |
| 施設長の他の職務との兼務の有無                                                                                 |     |     |     |     |                   |            |
| 施設長が有している当該業務に係る資格等                                                                             | なし  |     | あり  |     | 資格等の名称<br>介護支援専門員 |            |
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員および介護職員の常勤換算方法による人数の割合                                                   |     |     |     |     |                   | 1:2.0      |

従業員の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

|               | 看護職員    |     | 介護職員    |     | 生活相談員 |     |
|---------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
|               | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤    | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数   |         |     |         |     |       |     |
| 前年度一年間の退職者数   |         |     |         |     |       |     |
| 業務に従事した経験年数   |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数     |         |     |         |     |       |     |
| 1年以上3年未満者の人数  |         |     |         |     |       |     |
| 3年以上5年未満者の人数  | 1       |     |         |     | 1     |     |
| 5年以上10年未満者の人数 |         |     | 2       |     |       |     |
| 10年以上の者の人数    |         |     | 2       | 1   |       |     |
|               | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |       |     |
|               | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |       |     |
| 前年度1年間の採用者数   |         |     |         |     |       |     |
| 前年度一年間の退職者数   |         |     |         |     |       |     |
| 業務に従事した経験年数   |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数     |         |     |         |     |       |     |
| 1年以上3年未満者の人数  |         |     |         |     |       |     |
| 3年以上5年未満者の人数  |         |     |         |     |       |     |
| 5年以上10年未満者の人数 |         |     | 1       | 1   |       |     |
| 10年以上の者の人数    |         |     |         |     |       |     |
| 従業員の健康診断の実施状況 |         |     |         | あり  | なし    |     |

4. サービスの内容

|                                                                                                                                                 |                                                                            |    |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| 施設の運営に関する方針                                                                                                                                     |                                                                            |    |           |
| 1. 利用者や家族の意向を尊重し利用者の尊厳を重視した個別性のある自立支援を行う。<br>2. かかりつけ医等医療機関との連絡を密にし、状態に応じた適切な医療を受けられるよう支援する。<br>3. 地元町会の行事や地域活動への参加により、地域の一員としての自覚と社会性保持の支援を行う。 |                                                                            |    |           |
| 介護サービスの内容、利用定員等                                                                                                                                 |                                                                            |    |           |
| 利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況                                                                                                                        |                                                                            | 別紙 |           |
| 特定施設入居者生活介護の加算体制の有無                                                                                                                             |                                                                            |    |           |
| 入居継続支援加算                                                                                                                                        | あり                                                                         |    | なし        |
| 生活機能向上連携加算                                                                                                                                      | あり                                                                         |    | なし        |
| 個別機能訓練加算                                                                                                                                        | あり                                                                         |    | なし        |
| 若年性認知症入居者受入加算                                                                                                                                   | あり                                                                         |    | なし        |
| 夜間看護体制加算                                                                                                                                        | あり                                                                         |    | なし        |
| 医療機関連携加算                                                                                                                                        | あり                                                                         |    | なし        |
| 看取り介護加算                                                                                                                                         | あり                                                                         |    | なし        |
| 口腔衛生管理体制加算                                                                                                                                      | あり                                                                         |    | なし        |
| 栄養スクリーニング加算                                                                                                                                     | あり                                                                         |    | なし        |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ）                                                                                                                                    | あり                                                                         |    | なし        |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ）                                                                                                                                    | あり                                                                         |    | なし        |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ                                                                                                                                | あり                                                                         |    | なし        |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ                                                                                                                                | あり                                                                         |    | なし        |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）                                                                                                                                 | あり                                                                         |    | なし        |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）                                                                                                                                 | あり                                                                         |    | なし        |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無                                                                                                                            | あり                                                                         |    | なし        |
| 協力医療機関の名称                                                                                                                                       | 深瀬医院                                                                       |    |           |
| (協力の内容)                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>往診、健診、緊急時の受入れ、治療協力、健康相談等</li> </ul> |    |           |
| 協力歯科医療機関                                                                                                                                        | なし                                                                         | あり | その名称 深瀬医院 |
| (協力の内容)                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>往診、治療協力、歯科健診等</li> </ul>            |    |           |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項                                                                                                                           |                                                                            |    |           |
| 要介護時に介護を行う場所                                                                                                                                    |                                                                            |    |           |

|                  |    |    |
|------------------|----|----|
| 入居後に居室を住み替える場合   |    |    |
| 一時介護室へ移る場合       |    |    |
| 判断基準・手続について      |    |    |
| (その内容)           |    |    |
| 追加的費用の有無         | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い        |    |    |
| (その内容)           |    |    |
| 前払金償却の調整の有無      | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前の居室との仕様の変更     |    |    |
| 便所の変更の有無         | なし | あり |
| 浴室の変更の有無         | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無        | なし | あり |
| 台所の有無            | なし | あり |
| その他の変更の有無        | なし | あり |
| (その内容)           |    |    |
| 介護室へ移る場合         |    |    |
| 判断基準・手続について      |    |    |
| (その内容)           |    |    |
| 追加的費用の有無         | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い        |    |    |
| (その内容)           |    |    |
| 前払金償却の調整の有無      | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前の居室との仕様の変更     |    |    |
| 便所の変更の有無         | なし | あり |
| 浴室の変更の有無         | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無        | なし | あり |
| 台所の有無            | なし | あり |
| その他の変更の有無        | なし | あり |
| (その内容)           |    |    |



|                  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| その他 ( )          | なし                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                        |
| 判断基準・手続について      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |
| (その内容)           |                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |
| 追加的費用の有無         | なし                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                        |
| 居室利用権の取扱い        |                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |
| (その内容)           |                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |
| 前払金償却の調整の有無      | なし                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                        |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                        |
| 従前の居室との仕様の変更     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |
| 便所の変更の有無         | なし                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                        |
| 浴室の変更の有無         | なし                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                        |
| 洗面所の変更の有無        | なし                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                        |
| 台所の有無            | なし                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                        |
| その他の変更の有無        | なし                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                        |
| (その内容)           |                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |
| 施設の入居に関する要件等     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |
| 自立している者を対象       | なし                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                        |
| 要支援の者を対象         | なし                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                        |
| 要介護の者を対象         | なし                                                                                                                                                                                                                                   | あり                                        |
| 留意事項             |                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |
| 契約の解除の内容         | 1. 事業者からの解除(契約書第30条に規定)<br>以下に該当し、契約の維持が社会通念上著しく困難と認められる場合。<br>①家賃・管理費等が正当理由なく、しばしば滞納する時。<br>②契約書第21条(制限・禁止行為)の規定に違反したとき等。<br>2. 入居者からの解除(契約書第31条に規定)<br>①少なくとも7日前に解約の申し入れをした場合。<br>3. 入居者が解約届けを出さずに退去し、事業者がその事実を知った日から起算して7日に至った場合。 |                                           |
| 設置者からの解約         | 解約条項                                                                                                                                                                                                                                 | 契約書第29条                                   |
|                  | 解約予告期間                                                                                                                                                                                                                               | 30日                                       |
| 入居者からの解約         | 解約予告期間                                                                                                                                                                                                                               | 7日以上                                      |
| 体験入居の内容          | 1                                                                                                                                                                                                                                    | あり (内容：・お一人様1泊2日(夕・朝食代含む)2,500円・最長2泊3日まで) |
|                  | 2                                                                                                                                                                                                                                    | なし                                        |
| 入居定員             | 10名                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |
| その他              |                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

|            | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|------------|------|------|------|------|------|----|
| 65歳未満      |      |      |      |      |      |    |
| 65歳以上75歳未満 |      |      |      |      |      |    |
| 75歳以上85歳未満 |      |      |      | 0    | 3    | 3  |
| 85歳以上      |      |      |      |      | 7    | 7  |
|            | 自立   | 要支援1 | 要支援2 |      |      | 合計 |
| 65歳未満      |      |      |      |      |      |    |
| 65歳以上75歳未満 |      |      |      |      |      |    |
| 75歳以上85歳未満 |      |      |      |      |      |    |
| 85歳以上      |      |      |      |      |      |    |

入居者の平均年齢 88.2

入居者の男女別人数 男性 3 女性 7

入居率（一時的に不在となっている者を含む） 100%

前年度の有料老人ホームまたは軽費老人ホームを退去した者の人数

|        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|--------|------|------|------|------|------|----|
| 自宅等    |      |      |      |      |      |    |
| 社会福祉施設 |      |      |      |      |      |    |
| 医療機関   |      |      |      |      |      |    |
| 死亡者    |      |      |      |      | 2    | 2  |
| その他    |      |      |      |      |      |    |
|        | 自立   | 要支援1 | 要支援2 |      |      | 合計 |
| 自宅等    |      |      |      |      |      |    |
| 社会福祉施設 |      |      |      |      |      |    |
| 医療機関   |      |      |      |      |      |    |
| 死亡者    |      |      |      |      |      |    |
| その他    |      |      |      |      |      |    |

入居者の入居期間

| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満 | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上 |
|------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| 入居者数 | 2     | 2             | 5            | 1             | 0              | 2     |

| 施設、設備等の状況     |                          |                           |         |            |      |           |
|---------------|--------------------------|---------------------------|---------|------------|------|-----------|
| 建物の構造         | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物  |                           |         | あり         | なし   |           |
|               | 建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物 |                           |         | あり         | なし   |           |
| 消防用設備等        | 消火器                      |                           |         | あり         | なし   |           |
|               | カーテン・カーペット等の防災措置         |                           |         | あり         | なし   |           |
|               | 自動火災報知設備                 |                           |         | あり         | なし   |           |
|               | 消防機関へ通報する火災報知装置          |                           |         | あり         | なし   |           |
|               | スプリンクラー                  |                           |         | あり         | なし   |           |
|               | 防火管理者                    |                           |         | あり         | なし   |           |
|               | 防災計画                     |                           |         | あり         | なし   |           |
| 居室の状況         | 区 分                      |                           |         | 室 数        | 人 数  | 1の居室の床面積  |
|               | 居室個室                     | あり                        | なし      | 10         | 10   | 13~14.85㎡ |
|               | 居室相部屋                    | あり                        | なし      |            |      | ㎡         |
|               |                          |                           |         |            |      | ㎡         |
|               |                          |                           |         |            |      | ㎡         |
|               | 一時介護室                    | あり                        | なし      |            |      | ㎡         |
| 共用便所の設置数      | 2                        | うち車椅子等の対応が可能な数            |         |            | 2    |           |
| 個室便所の設置数      | 1                        | うち車椅子等の対応が可能な数            |         |            | 1    |           |
| 浴室の設備状況       | 浴室の数                     | 個 浴                       | 大浴槽     | 特殊浴槽       | リフト浴 |           |
|               |                          |                           | 1       | 1          |      |           |
| 入居者が調理を行う設備状況 |                          |                           | なし      | あり         |      |           |
| エレベーターの設置状況   | 1                        | あり (ストレッチャー対応)            | 2       | あり (車いす対応) |      |           |
|               | 3                        | あり (上記1・2に該当しない)          | 4       | なし         |      |           |
| 緊急通報装置の設置状況   |                          | なし                        | 一部あり    | 各居室内にあり    |      |           |
| 外線電話回線の設置状況   |                          | なし                        | 一部あり    | 各居室内にあり    |      |           |
| テレビ回線の設置状況    |                          | なし                        | 一部あり    | 各居室内にあり    |      |           |
| 施設の敷地に関する事項   |                          |                           |         |            |      |           |
| 敷地の面積         |                          | 2131.81 ㎡                 |         |            |      |           |
| 事業所を運営する法人が所有 |                          | なし                        | 一部あり    | あり         |      |           |
| 抵当権の設定        |                          |                           | なし      | あり         |      |           |
| 貸借 (借地)       |                          |                           |         |            |      |           |
|               | なし                       | あり                        | 契約期間    | 始          | 終    |           |
|               |                          |                           | 契約の自動更新 |            | なし   | あり        |
| 施設の建物に関する事項   |                          |                           |         |            |      |           |
| 建物の面積         |                          | 4792.24 ㎡ (うち有料老人ホーム部分 ㎡) |         |            |      |           |
| 事業所を運営する法人が所有 |                          | なし                        | 一部あり    | あり         |      |           |
| 抵当権の設定        |                          |                           | なし      | あり         |      |           |
| 貸借 (借家)       |                          |                           |         |            |      |           |
|               | なし                       | あり                        | 契約期間    | 始          | 終    |           |
|               |                          |                           | 契約の自動更新 |            | なし   | あり        |

|                                        |                                        |                            |                                                                    |
|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況                    |                                        |                            |                                                                    |
| 設置者や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口           |                                        |                            |                                                                    |
| 窓口の名称                                  | ・管理者又は日勤職員                             |                            |                                                                    |
| 電話番号                                   | 0138-41-1221                           |                            |                                                                    |
| 対応している時間                               | 平日                                     | 8:30～17:30                 |                                                                    |
|                                        | 土曜                                     | 8:30～17:30                 |                                                                    |
|                                        | 日曜・祝祭日                                 | 8:30～17:30                 |                                                                    |
| 定休日等                                   | ・無し                                    |                            |                                                                    |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等                |                                        |                            |                                                                    |
| 窓口の名称                                  | ・夜勤職員                                  |                            |                                                                    |
| 電話番号                                   | 0138-41-1221                           |                            |                                                                    |
| 対応している時間                               | 平日                                     | 17:30～8:30                 |                                                                    |
|                                        | 土曜                                     | 17:30～8:30                 |                                                                    |
|                                        | 日曜・祝祭日                                 | 17:30～8:30                 |                                                                    |
| 定休日等                                   | ・無し                                    |                            |                                                                    |
| 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                          |                                        |                            |                                                                    |
| なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容)<br>・損保ジャパンの賠償責任保険加入 |                                                                    |
| その他、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に関する  |                                        |                            |                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     | (その内容)                     |                                                                    |
| サービスの提供内容に関する特色等                       |                                        |                            |                                                                    |
| (その内容)                                 |                                        |                            |                                                                    |
| 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       |                                        |                            |                                                                    |
| なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施した年月日                    |                                                                    |
|                                        |                                        | 当該結果の開示状況                  | なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> |
| 第三者による評価の実施状況                          |                                        |                            |                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                                     | 実施した年月日                    |                                                                    |
|                                        |                                        | 実施した評価機関の名称                |                                                                    |
|                                        |                                        | 当該結果の開示状況                  | なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> |

5. 利用料金

|                                            |                                                                                                        |                       |                        |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 利用料の支払い方式                                  | (1) 前払い方式                                                                                              | (2) 月払い方式             | (3) 選択方式               |
| 敷金                                         | 円 (家賃の ヶ月分)                                                                                            |                       |                        |
| <b>(1) 前払い方式</b>                           |                                                                                                        |                       |                        |
| 前払金および月単位で支払う利用料                           |                                                                                                        |                       |                        |
| 年齢に応じた金額設定                                 |                                                                                                        | なし                    | あり                     |
| 要介護状態に応じた金額設定                              |                                                                                                        | なし                    | あり                     |
| 料金プラン                                      |                                                                                                        |                       |                        |
| プラン名称                                      | 前払金                                                                                                    | 月額                    | (内訳)                   |
|                                            |                                                                                                        | 計                     | 家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費 |
|                                            |                                                                                                        |                       |                        |
|                                            |                                                                                                        |                       |                        |
|                                            |                                                                                                        |                       |                        |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                      |                                                                                                        |                       |                        |
| 算定根拠                                       | 家賃相当額                                                                                                  |                       |                        |
|                                            | 介護費用                                                                                                   | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |                        |
|                                            | 食費                                                                                                     |                       |                        |
|                                            | 光熱水費                                                                                                   |                       |                        |
|                                            | 管理費                                                                                                    |                       |                        |
|                                            | 前払金                                                                                                    |                       |                        |
| 前払金の償却に関する事項                               |                                                                                                        |                       |                        |
| 償却開始の設定                                    | 入居日                                                                                                    |                       |                        |
| 初期償却率 (%)                                  | 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 ・無し<br>権利金等 (※) の額 ・無し<br>(※) 平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。 |                       |                        |
| 償却年月数 (想定居住期間)                             |                                                                                                        |                       |                        |
| 契約期間終了時返還金の算定方法および返還金の例                    |                                                                                                        |                       |                        |
| 保全措置の実施状況                                  | なし                                                                                                     | あり                    | (保全先)                  |
| 三月以内の契約終了による返還金について                        |                                                                                                        |                       |                        |
| 三月の起算日                                     | 入居日                                                                                                    |                       |                        |
| 契約終了日までの利用期間に係る利用料および原状回復のための費用の算定方法       |                                                                                                        |                       |                        |
| ・家賃、管理費、食費、その他利用料は、居室明け渡し日まで日割計算に基づき算定します。 |                                                                                                        |                       |                        |
| 前払金の支払方法                                   |                                                                                                        |                       |                        |

(2) 月払い方式

|                       |           |                                                                                                                                                                                                           |      |        |           |       |
|-----------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|-----------|-------|
| 月単位で支払う利用料            |           |                                                                                                                                                                                                           |      |        |           |       |
| 年齢に応じた金額設定            |           | なし                                                                                                                                                                                                        |      |        |           | あり    |
| 要介護状態に応じた金額設定         |           | なし                                                                                                                                                                                                        |      |        |           | あり    |
| 料金プラン                 |           |                                                                                                                                                                                                           |      |        |           |       |
| プラン名称                 | 月額        | (内訳)                                                                                                                                                                                                      |      |        |           |       |
|                       | 計         | 家賃額相当額                                                                                                                                                                                                    | 介護費用 | 食費     | 管理費(水光熱費) | 冬期暖房費 |
| 8畳プラン                 | 68,390    | 29,000                                                                                                                                                                                                    |      | 24,390 | 15,000    |       |
| 15畳プラン                | 77,390    | 38,000                                                                                                                                                                                                    |      | 24,390 | 15,000    |       |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |           |                                                                                                                                                                                                           |      |        |           |       |
| 算定根拠                  | 家賃相当額     |                                                                                                                                                                                                           |      |        |           |       |
|                       | 介護費用      | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                                                                                                                                                                                     |      |        |           |       |
|                       | 食費        | ・朝:237円、昼:263円、夜:263円、おやつ:50円、1日合計813円                                                                                                                                                                    |      |        |           |       |
|                       | 管理費(水光熱費) | ・15,000円…関連ホームの実績数値より査定。                                                                                                                                                                                  |      |        |           |       |
|                       | 冬期暖房費     | ・冬期暖房費月額5,000円(但し11月より4月まで6ヵ月間のみ)。                                                                                                                                                                        |      |        |           |       |
|                       | その他       | 通院介助(協力医療機関以外) 原則週3回以内 500円/30分<br>リネン利用料 原則週1回交換 レンタル月額2,000円<br>タオル利用料 月額3,000円<br>洗濯代 入浴時の着替えを目安とする 50円/回<br>全身ソープ 入浴1回につき 50円/回<br>入歯洗浄剤代 6円/回<br>冷房機設置費用 ※希望者のみ 設置費用3,000円<br>夏季冷房料 5,000円/月(5月~10月) |      |        |           |       |

(3) 選択方式

|                        |                                            |    |  |  |  |    |
|------------------------|--------------------------------------------|----|--|--|--|----|
| 介護保険サービスの自己負担額         |                                            |    |  |  |  |    |
| 内容                     | ※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。                     |    |  |  |  |    |
| 人員が手厚い場合の介護サービス(再掲)    |                                            |    |  |  |  |    |
|                        |                                            | なし |  |  |  | あり |
| 内容                     |                                            |    |  |  |  |    |
| 利用料                    | 円(月額・日額)                                   |    |  |  |  |    |
| 算定根拠                   |                                            |    |  |  |  |    |
| 支払方法                   | 月単位(日割りの有無 あり・なし)                          |    |  |  |  |    |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス料 |                                            |    |  |  |  |    |
| 個別的な選択による生活支援サービス      |                                            |    |  |  |  |    |
|                        |                                            | なし |  |  |  | あり |
| 算定根拠                   | ・人件費等を勘案したサービスごとの価格改定。<br>(介護サービス等の一覧表を参照) |    |  |  |  |    |

料金改定の手続

- ・費用の改定にあたっては、所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営連絡会議等の意見を聴いたうえで改定する。
- ・改定にあたっては入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。

6. 入居希望者への事前の情報開示

|          |          |          |         |
|----------|----------|----------|---------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に公開 | 入居希望者に交付 | 公開していない |
| 運営規程     | 入居希望者に公開 | 入居希望者に交付 | 公開していない |
| 事業収支計画書  | 入居希望者に公開 | 入居希望者に交付 | 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 入居希望者に公開 | 入居希望者に交付 | 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 入居希望者に公開 | 入居希望者に交付 | 公開していない |

7. その他

|                                |        |    |
|--------------------------------|--------|----|
| 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 | あり     | なし |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項          |        |    |
| なし                             |        |    |
| あり                             | (その内容) |    |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

入居者 \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者 \_\_\_\_\_

※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。

同意年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

利用者署名 \_\_\_\_\_

身元引受人署名 \_\_\_\_\_  
(□代筆者)

代筆者 \_\_\_\_\_

介護サービス等の一覧表

|                      | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービス |    | 特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で実施するサービス |    | 別途利用料を徴収した上で実施するサービス |    | 備考                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |
|----------------------|-----------------------|----|-------------------------------------|----|----------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>介護サービス</b>        |                       |    |                                     |    |                      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 食事介助                 | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり | 実費負担<br>全身ソープ代 50 円/回<br>原則週 2 回<br><br>原則週 3 回以内。30 分 500 円                                                                                                                                                                                                                     |             |
| 排泄介助・おむつ交換           | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| おむつ代                 | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 入浴（一般浴）介助・清拭         | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 特浴介助                 | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 身辺介助（移動・着替え等）        | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 機能訓練                 | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 通院介助（協力医療機関）         | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 通院介助（協力医療機関以外）       | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| <b>生活サービス</b>        |                       |    |                                     |    |                      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 居室清掃                 | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり | 週 1 回交換、レンタル月額 2,000 円<br>月額 3,000 円<br>50 円/回（入浴時の着替えを目安とする）<br>体調不良等の場合<br>食材費の実費負担<br>1 日あたり 50 円<br>外部業者への連絡調整のみ<br>月 1 回代行<br><br>止むを得ない事情の場合<br>50 円/回（入浴 1 回につき）<br>6 円/回<br>各種代金は立替払いとし、原則として現金及び通帳等の預かりはない。<br>設置費用 3,000 円 利用料金 5,000 円/月（5 月～10 月）<br>事前予約 30 分 500 円 |             |
| リネン交換                | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| タオル類一式               | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 日常の洗濯                | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 居室配膳・下膳              | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事      | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| おやつ                  | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 理美容師による理美容サービス       | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 買い物代行（通常の利用区域）       | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 買い物代行（上記以外の区域）       | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 役所手続き代行              | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 金銭・貯金管理              | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 全身シャンプー              | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 入歯洗浄剤                | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 金銭・貯金管理              | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 冷房設置・利用              | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 個別的な要望による外出介助        | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| <b>健康管理サービス</b>      |                       |    |                                     |    |                      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 定期健康診断               | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 協力医療機関の実費負担 |
| 健康相談                 | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 生活指導・栄養指導            | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 服薬支援                 | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）     | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| <b>入退院時・入院中のサービス</b> |                       |    |                                     |    |                      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 移送サービス               | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり | 協力医療機関の無料送迎バス或いは、外部移送業者の実費負担<br>止むを得ない事情の場合に実施<br>止むを得ない事情の場合に実施                                                                                                                                                                                                                 |             |
| 入退院時の同行（協力医療機関）      | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外）    | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 入院中の洗濯物交換・買い物        | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| 入院中に見舞い訪問            | なし                    | あり | なし                                  | あり | なし                   | あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |