

## 有料老人ホーム重要事項説明書

|      |       |       |                    |
|------|-------|-------|--------------------|
|      |       | 記入年月日 | 令和 4年 10月 1日       |
| 記入者名 | 吉田 緋奈 | 所属・職名 | フルールハピネスみなと<br>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 株式会社                |
|                  | 名称                         | (ふりがな) かぶしきがいしゃ もえふくしきー<br>びす<br>株式会社 萌福祉サービス |                        |
| 設置者の所在地          | 〒 041-0821<br>函館市港町3丁目4番2号 |   |                        |
| 設置者の連絡先          | 電話番号                       | 0138-43-0033                                  |                        |
|                  | FAX番号                      | 0138-41-3101                                  |                        |
|                  | ホームページアドレス                 | なし  |                        |
|                  |                            | あり  | http://moe-fukushi.com |
| 設置者の氏名および職名      | 氏名                         | 水戸 康智   |                        |
|                  | 職名                         | 代表取締役社長                                       |                        |
| 設置者の設立年月日        | 昭和40年7月10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 | ヘルパーステーション萌みなと  | 函館市港町3丁目4番2号    |
| 訪問入浴介護                | あり | なし |                 |                 |
| 訪問看護                  | あり | なし |                 |                 |
| 訪問リハビリテーション           | あり | なし |                 |                 |
| 居宅療養管理指導              | あり | なし | モエ調剤薬局          | 北斗市飯生1丁目2-21    |
| 通所介護                  | あり | なし | デイサービスセンター萌だいこく | 函館市弁天町11番4号     |
| 通所リハビリテーション           | あり | なし |                 |                 |
| 短期入所生活介護              | あり | なし |                 |                 |
| 短期入所療養介護              | あり | なし |                 |                 |
| 特定施設入居者生活介護           | あり | なし | フルールハビネスななえ     | 亀田郡七飯町本町3丁目9-17 |
| 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 |                 |                 |
| 夜間対応型訪問介護             | あり | なし |                 |                 |
| 認知症対応型通所介護            | あり | なし |                 |                 |
| 小規模多機能型居宅介護           | あり | なし |                 |                 |
| 認知症対応型共同生活介護          | あり | なし |                 |                 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護      | あり | なし | フルールハビネスみなと     | 函館市港町3丁目4番2号    |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  | あり | なし |                 |                 |
| 看護小規模多機能型居宅介護         | あり | なし |                 |                 |
| 居宅介護支援                | あり | なし | 介護相談センターみなと     | 函館市港町3丁目4番2号    |
| <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 |                 |                 |
| 介護予防居宅療養管理指導          | あり | なし |                 |                 |
| 介護予防通所リハビリテーション       | あり | なし |                 |                 |
| 介護予防短期入所生活介護          | あり | なし |                 |                 |
| 介護予防短期入所療養介護          | あり | なし |                 |                 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護       | あり | なし |                 |                 |
| 介護予防福祉用具貸与            | あり | なし |                 |                 |
| 特定介護予防福祉用具販売          | あり | なし |                 |                 |
| <地域密着型介護予防サービス>       |    |    |                 |                 |
| 介護予防認知症対応型通所介護        | あり | なし |                 |                 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護       | あり | なし |                 |                 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護      | あり | なし |                 |                 |
| 介護予防支援                | あり | なし |                 |                 |
| <介護予防・日常生活支援総合事業>     |    |    |                 |                 |
| 国基準訪問型サービス            | あり | なし |                 |                 |
| 訪問型サービスA              | あり | なし |                 |                 |
| 国基準通所型サービス            | あり | なし |                 |                 |
| 通所型サービスC              | 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) ふるーるはびねすみなど<br>フルールハピネスみなど   |  |
| 施設の所在地  | 〒041-0821<br>函館市港町3丁目4番2号   |  |
| 施設の連絡先  | 電話番号  | 0138-43-0033   |
|   | FAX番号   | 0138-41-3101   |
|   | ホームページ  | なし   |
|   | アドレス  | あり <a href="http://moe-fukushi.com">http://moe-fukushi.com</a> |
| 施設の開設年月日  | 令和3年5月1日  |  |
| 施設長の氏名  | 吉田 緋奈   |  |
| 施設までの主な利用交通手段   |   |  |
| 函館バスにて、バス停「北大前」 下車 徒歩3分<br>函館バスにて、バス停「北大裏」 下車 徒歩2分                              |   |  |
| 施設の類型および表示事項  |   |  |
| 類型  | 介護付き有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護）   |  |
| 表示事項  | 居住の権利形態：利用権方式<br>利用料の支払い方式：月払い方式<br>入居時の要件：入居時要介護<br>介護保険：指定介護保険地域密着型特定施設<br>居室区分：全室個室<br>一般型特定施設である有料老人ホームの介護にかかわる職員体制：<br>3：1以上 |  |
| 介護保険事業所番号   | 0191401272  |  |
| 特定（地域密着型特定）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  | 令和3年5月1日  |  |
| 指定の年月日  | 令和3年5月1日  |  |
| 指定の更新年月日  |   |  |

### 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                   | 0   | 0                  | 0   | 1   | 1.0        |
| 生活相談員   | 0                   | 1   | 1                  | 0   | 2   | 1.0        |
| 看護職員  | 0                   | 2   | 0                  | 0   | 2   | 1.0        |
| 介護職員  | 7                   | 1   | 2                  | 1   | 11  | 10         |
| 機能訓練指導員   | 0                   | 1   | 0                  | 0   | 1   | 0.5        |
| 計画作成担当者   | 0                   | 0   | 1                  | 0   | 1   | 0.6        |
| 栄養士   | 0                   | 0   | 0                  | 0   | 0   | 0.0        |
| 調理員   | 0                   | 0   | 5                  | 0   | 5   | 2.9        |
| 事務員   | 1                   | 0   | 0                  | 0   | 1   | 1.0        |
| その他従事者  | 0                   | 0   | 6                  | 0   | 6   | 2.2        |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数  |                     |     |                    |     |     | 37.8時間     |
| ※ 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   | 1                  | 1   |     |            |
| 実務者研修   |                     |     |                    |     |     |            |
| 介護職員初任者研修   | 3                   |     | 1                  |     |     |            |
| 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   |                     |     |                    |     |     |            |
| 作業療法士   |                     |     |                    |     |     |            |
| 言語聴覚士   |                     |     |                    |     |     |            |
| 看護師および准看護師  |                     | 1   |                    |     |     |            |
| 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数  |                     |     |                    |     |     |            |
| 人数  | 夜勤帯平均時間<br>(17時～9時) |     | 最少時人数<br>(休憩者等を除く) |     |     |            |
| 看護職員  |                     |     |                    |     |     |            |
| 介護職員  | 2                   |     | 2                  |     |     |            |

| 特定（地域密着型特定）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   | 0   | 1   | 1   | 0   | 2      | 1.0        |
| 看護職員  | 0   | 1   | 1   | 0   | 2      | 1.0        |
| 介護職員  | 7   | 1   | 2   | 1   | 11     | 10         |
| 機能訓練指導員   | 0   | 1   | 0   | 0   | 1      | 0.5        |
| 計画作成担当者   | 0   | 0   | 1   | 0   | 1      | 0.6        |
| その他従事者  | 0   | 0   | 6   | 0   | 6      | 2.2        |
| 1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数  |     |     |     |     |        | 37.8時間     |
| ※ 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   | 1   |     | 1      |            |
| 実務者研修   | 0   |     |     |     |        |            |
| 介護職員初任者研修   | 3   |     |     | 1   |        |            |
| 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   |     |     |     |     |        |            |
| 作業療法士   |     |     |     |     |        |            |
| 言語聴覚士   |     |     |     |     |        |            |
| 看護師および准看護師  |     | 1   |     |     |        |            |
| 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 |            |
| 特定（地域密着型特定）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  |     |     |     |     |        | 10.4       |

| 従業者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                 | 1       |     | 5       |     |       |     |
| 前年度1年間の退職者数                 | 1       | 1   | 2       |     |       |     |
| 業務に従事した経験年数                 |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数                   | 1       |     | 2       |     |       |     |
| 1年以上3年未満者の人数                | 1       | 1   | 1       | 2   |       | 1   |
| 3年以上5年未満者の人数                | 1       | 1   | 1       | 1   |       |     |
| 5年以上10年未満者の人数               |         |     | 2       |     | 1     |     |
| 10年以上の者の人数                  |         |     |         |     |       |     |
|                             | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |       |     |
|                             | 常 勤     | 非常勤 | 常 勤     | 非常勤 | 常 勤   | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数                 |         |     |         |     |       |     |
| 前年度1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                | 1       |     |         |     |       |     |
| 3年以上5年未満者の人数                |         |     |         |     | 1     |     |
| 5年以上10年未満者の人数               |         |     |         |     |       |     |
| 10年以上の者の人数                  |         |     |         |     |       |     |
| 従業者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   |                              |     |             |
| 今日の我が国の繁栄と平和の基盤を築いて下さった高齢者の皆様に対し、最大限の感謝と敬意のもと、細心の注意をもってサービスを提供させて頂ける様に努力し自由に楽しく生きがいを持って暮らせる居住空間を創造してまいります。<br>また、私達は社会の一員であることを自覚し、運営に関する全ての法令を遵守し、健全な事業運営を目指してまいります。 |                              |     |             |
| 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（地域密着型特定）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（Ⅰ）   | あり                           |     | なし          |
| 入居継続支援加算（Ⅱ）   | あり                           |     | なし          |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ）   | あり                           |     | なし          |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）   | あり                           |     | なし          |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）   | あり                           |     | なし          |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）   | あり                           |     | なし          |
| 夜間看護体制加算  | あり                           |     | なし          |
| A D L維持等加算  | あり                           |     | なし          |
| 若年性認知症入居者受入加算   | あり                           |     | なし          |
| 医療機関連携加算  | あり                           |     | なし          |
| 口腔衛生管理体制加算  | あり                           |     | なし          |
| 口腔・栄養スクリーニング加算  | あり                           |     | なし          |
| 科学的介護推進体制加算   | あり                           |     | なし          |
| 退院・退所時連携加算  | あり                           |     | なし          |
| 看取り介護加算（Ⅰ）  | あり                           |     | なし          |
| 看取り介護加算（Ⅱ）  | 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）   | 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          |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）   | あり                           |     | なし          |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）   | あり                           |     | なし          |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）   | あり                           |     | なし          |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）   | あり                           |     | なし          |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅴ）   | あり                           |     | なし          |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）  | あり                           |     | なし          |
| 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）  | あり                           |     | なし          |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算  | 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   | 恩村内科医院・岡本ひ尿器内科医院             |     |             |
| (協力の内容)   | 入居者の希望による定期的な受診または訪問診療とその治療。 |     |             |
| 協力歯科医療機関  | なし                           | あり  | その名称 伊藤歯科医院 |
| (協力の内容)   | 入居者の希望による定期的な受診。             |     |             |



|                                   |    |    |
|-----------------------------------|----|----|
| 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                      |    |    |
| 全て個室であるため、要介護時の介護は入居者様それぞれの自室で行う。 |    |    |
| 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)<br>全室個室のため移ることはない。         |    |    |
| 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<br>(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<br>(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<br>(その内容)   | なし                   | あり |  |
|          | 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 | 入居契約書第29条および30条に記載    |                      |    |  |
| 設置者からの解約 | 解約条項                  | 入居契約書第29条に記載         |    |  |
|          | 解約予告期間                | 60日の予告期間             |    |  |
| 入居者からの解約 | 解約予告期間                | 退去の事実を知った翌日から起算し30日目 |    |  |
| 体験入居の内容  | 1                     | あり (内容 : )           |    |  |
|          | 2                     | なし                   |    |  |
| 入居定員     | 29人                   |                      |    |  |
| 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                     |       | 2             |              | 1             | 1              | 4     |
| 75歳以上85歳未満                     | 1     |               | 2            | 1             | 1              | 5     |
| 85歳以上                          | 5     | 10            | 3            |               | 1              | 19    |
|                                | 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                       | 84歳   |               |              |               |                |       |
| 入居者の男女別人数                      | 男性    | 5人            |              | 女性            | 23人            |       |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む）93%       |       |               |              |               |                |       |
| 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                           | 2     |               |              |               |                | 2     |
| 死亡者                            |       |               |              |               |                |       |
| 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     | 4             | 13           | 9             |                |       |

| 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   | 29          | 27   | 15.34 m <sup>2</sup><br>～<br>16.05 m <sup>2</sup>  |
|  | 居室相部屋                    | あり             | なし   |             |      | m <sup>2</sup><br>m <sup>2</sup><br>m <sup>2</sup> |
|  | 一時介護室                    | あり             | なし   |             |      | m <sup>2</sup><br>m <sup>2</sup><br>m <sup>2</sup> |
|  |                          |                |      |             |      | m <sup>2</sup>                                     |
| 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   | 29                       | うち車椅子等の対応が可能な数 |      |             | 29   |  |
| 浴室の設備状況  | 浴室の数                     | 個 浴            | 大浴槽  | 特殊浴槽        | リフト浴 |  |
|  |                          | 3              | 0    | 1           | 0    |  |
| 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 887.50 m <sup>2</sup>  |                          |                |      |             |      |  |
| 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 1476.63 m <sup>2</sup> （うち有料老人ホーム部分 1099.69 m <sup>2</sup> ） |                          |                |      |             |      |  |
| 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   | フルールハピネスみなと 苦情受付係                   |   |            |
| 電話番号  | 0138-43-0033                        |   |            |
| 対応している時間  | 平日                                  | 午前9時00分～午後5時00分   |            |
|   | 土曜                                  | 休   |            |
|   | 日曜・祝祭日                              | 休   |            |
| 定休日等  | 土曜日・日曜日・祝日                          |   |            |
| 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   | フルールハピネスみなと 苦情受付係                   |   |            |
| 電話番号  | 0138-43-0033                        |   |            |
| 対応している時間  | 平日                                  | 午前9時00分～午後5時00分   |            |
|   | 土曜                                  | 休   |            |
|   | 日曜・祝祭日                              | 休   |            |
| 定休日等  | 土曜日・日曜日・祝日                          |   |            |
| サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応   |                                     |   |            |
| 損害賠償責任保険の加入状況   |                                     |   |            |
| なし  | <input checked="" type="checkbox"/> | (その内容) 受託財物損害補償・生産物損害補償・人格権侵害保障<br>仕事の結果損害補償等、期間トータル 100,000,000円 |            |
| 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   |                                     |   |            |
| なし  | <input checked="" type="checkbox"/> | (その内容) 受託財物損害補償・生産物損害補償・人格権侵害保障<br>仕事の結果損害補償等、期間トータル 100,000,000円 |            |
| サービスの提供内容に関する特色等  |                                     |   |            |
| (その内容) 入居者様の主治医、当社グループ企業の調剤薬局の薬剤師、常勤の看護師<br>介護員等が連携し、入居者様一人一人の状態に即した健康管理のお手伝いを致します。 |                                     |   |            |
| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等   |                                     |   |            |
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況  |                                     |   |            |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | あり                                  | 実施した年月日   |            |
|   |                                     | 当該結果の開示状況   | なし      あり |
| 第三者による評価の実施状況   |                                     |   |            |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | 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      あり |

## 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) |                       |                        |
| (1) 前払い方式                                       |             |                       |                        |
| 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                    |             |                       |                        |
| 権利金等 (※) の額                                     |             |                       |                        |
| (※) 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            |             |                       |                        |
|   |             |                       |                        |
| 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<br>相当額   | 介護<br>費用 | 食費     | 光熱<br>水費 | 管理費    |
| 一人の入居で個室Aの場合<br>(夏季)   | 140,700                              | 35,100   | 0        | 51,000 | 23,700   | 30,900 |
| 一人の入居で個室Aの場合<br>(冬季)   | 155,700                              | 35,100   | 0        | 51,000 | 23,700   | 30,900 |
| 一人の入居で個室Bの場合<br>(夏季)   | 134,700                              | 29,100   | 0        | 51,000 | 23,700   | 30,900 |
| 一人の入居で個室Bの場合<br>(冬季)   | 149,700                              | 29,100   | 0        | 51,000 | 23,700   | 30,900 |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。  |                                      |  |          |        |          |        |
| 算定<br>根拠               | 家賃<br>相当額                            | ・日当たりを考慮した家賃設定と生活保護受給利用者への対応を考慮した家賃設定。 個室A 19室 個室B 10室   |          |        |          |        |
|                        | 介護<br>費用                             | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。  |          |        |          |        |
|                        | 食費                                   | ・朝食：480円、昼食：580円、夕食：640円<br>欠食する予定の場合3日前までにご連絡下さい。<br>喫食実績(1日3食とも摂られなかった場合1,700円/日)により減算いたします。 |          |        |          |        |
|                        | 共益費                                  | ・館内の光熱水費とします。  |          |        |          |        |
|                        | 冬期加算                                 | ・冬期料金は10月～4月の期間 500円/日   |          |        |          |        |
|                        | 管理費                                  | ・共用施設及び設備の維持、管理、備品、消耗品等  |          |        |          |        |
| (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における保険負担割合証記載の割合分を徴収する。 |  |          |        |          |        |
| 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                   |                                      |  |          |        |          |        |
| 料金改定の手続                |                                      |  |          |        |          |        |
|                        |                                      |  |          |        |          |        |

## 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 \_\_\_\_\_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 \_\_\_\_\_年 月 日

利用者署名 \_\_\_\_\_

(代筆者署名 \_\_\_\_\_)

身元引受人署名 \_\_\_\_\_





|                   |    |    |    |    |    |    |                                   |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|-----------------------------------|
| 買い物代行（通常の利用区域）    | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 週1回指定日以外。1回550円<br><br>金銭管理月額500円 |
| 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 |                                   |
| 健康管理サービス          |    |    |    |    |    |    |                                   |
| 定期健康診断            | なし | あり | なし | あり | なし | あり |                                   |
| 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 |                                   |
| 入退院時・入院中のサービス     |    |    |    |    |    |    |                                   |
| 移送サービス            | 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）   | 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 |                                   |