

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和5年7月20日 |
| 記入者名  | 福澤 辰之     |
| 所属・職名 | 吾亦紅・主任    |

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙5の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙5の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

|            |  |                      |
|------------|--|----------------------|
| 種類         | 個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人             |                      |
|            | ※法人の場合、その種類  | 医療法人                 |
| 名称         | (ふりがな) いりょうほうじんしゃだんあかねかい<br>医療法人社団茜会                   |                      |
| 主たる事務所の所在地 | 〒910-0367 福井県坂井市丸岡町羽崎 31-12-1                          |                      |
| 連絡先        | 電話番号   | 0776-67-1120         |
|            | FAX番号  | 0776-67-0282         |
|            | ホームページアドレス   | http:// akanekai.net |
| 代表者        | 氏名   | 藤田 長久                |
|            | 職名   | 理事長                  |
| 設立年月日      | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和・平成・令和 61年 9月 5日 |                      |
| 主な実施事業     | ※別添1（別の実施する介護サービス一覧表）                                  |                      |

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

## (住まいの概要)

|    |                     |
|----|---------------------|
| 名称 | (ふりがな) われもこう<br>吾亦紅 |
|----|---------------------|

|               |                            |   |
|---------------|----------------------------|---|
| 所在地           | 〒910-0367 福井県坂井市丸岡町羽崎 31-5 |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                        | 駅   |
|               | 交通手段と所要時間                  | 例：①バス利用の場合<br>・京福バス 福井大学病院線 羽崎停留所<br>下車 徒歩5分<br>②自動車利用の場合<br>・国道8号線 羽崎交差点より2分 |
| 連絡先           | 電話番号                       | 0776-67-6656  |
|               | FAX番号                      | 0776-67-6652  |
|               | ホームページアドレス                 | http:// akanekai.net  |
| 管理者           | 氏名                         | 藤田 長久   |
|               | 職名                         | 施設長   |
| 建物の竣工日        |                            | 昭和・平成・令和 21年 11月 30日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                            | 昭和・平成・令和 22年 1月 6日  |

**【類型】【表示事項】**

|   |            |             |
|---|------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）<br><input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）<br><input type="checkbox"/> 3 住宅型<br><input type="checkbox"/> 4 健康型 |            |             |
| 1又は2に<br>該当する場<br>合   | 介護保険事業者番号  | 1871700645  |
|   | 指定した自治体名   | 福井県（市）      |
|   | 事業所の指定日    | 2010年 1月 6日 |
|   | 指定の更新日（直近） | 2022年 1月 6日 |

**3. 建物概要**

|              |         |  |                        |
|--------------|---------|--|------------------------|
| 土地           | 敷地面積    | m <sup>2</sup>                                     |                        |
|              | 所有関係    | <input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地 |                        |
| 2 事業者が賃借する土地 |         |  |                        |
| 抵当権の有無       |         | 1 あり 2 なし  |                        |
| 契約期間         |         | 1 あり<br>( 年 月 日～ 年 月 日)<br>2 なし                    |                        |
|              | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし  |                        |
| 建物           | 延床面積    | 全体   | 1396.28 m <sup>2</sup> |

|  |  |   |   |                      |       |         |
|--|--|---|---|----------------------|-------|---------|
|  |  | うち、老人ホーム部分  | 1383.03 m <sup>2</sup>  |                      |       |         |
|  | 耐火構造   | 1 耐火建築物<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |   |                      |       |         |
|  | 構造   | 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 木造<br>4 その他 ( ) |   |                      |       |         |
|  | 所有関係   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物                            |   |                      |       |         |
|  |  | 2 事業者が賃借する建物  |   |                      |       |         |
|  |  | 抵当権の設定  | 1 あり 2 なし   |                      |       |         |
|  |  | 契約期間  | 1 あり<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日 )<br>2 なし                                 |                      |       |         |
|  |  | 契約の自動更新   | 1 あり 2 なし   |                      |       |         |
| 居室の状況  | 居室区分<br>【表示事項】   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室                                    |   |                      |       |         |
|  |  | 2 相部屋あり   |   |                      |       |         |
|  |  | 最少  | 2 人部屋   |                      |       |         |
|  |  | 最大  | 2 人部屋   |                      |       |         |
|  |  | トイレ   | 浴室  | 面積                   | 戸数・室数 | 区分*     |
|  | タイプ1   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無             | <input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 15.53 m <sup>2</sup> | 5     | 一般居室個室  |
|  | タイプ2   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無             | <input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 23.19 m <sup>2</sup> | 2     | 一般居室相部屋 |
|  | タイプ3   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無             | <input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 24.01 m <sup>2</sup> | 1     | 一般居室相部屋 |
|  | タイプ4   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無             | <input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 25.13 m <sup>2</sup> | 1     | 一般居室相部屋 |
|  | タイプ5   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無             | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 37.68 m <sup>2</sup> | 1     | 一般居室相部屋 |
|  | タイプ6   | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無             | <input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 15.53 m <sup>2</sup> | 20    | 介護居室個室  |
| タイプ7   | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無                        | m <sup>2</sup>  |                      |       |         |
| タイプ8   | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無                        | m <sup>2</sup>  |                      |       |         |
| タイプ9   | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無                        | m <sup>2</sup>  |                      |       |         |
| タイプ10  | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無                        | m <sup>2</sup>  |                      |       |         |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 |  |   |   |                      |       |         |
| 共用施設   | 共用便所における<br>便房   | ヶ所  | うち男女別の対応が可能な便房  | 1ヶ所                  |       |         |
|  |  |   | うち車椅子等の対応が可能な便房   | 2ヶ所                  |       |         |
|  | 共用浴室   | ヶ所  | 個室  | 2ヶ所                  |       |         |
|  |  |   | 大浴場   | ヶ所                   |       |         |
| 共用浴室における   | ヶ所   | チェアー浴   | 1ヶ所   |                      |       |         |

|        |                  |                                       |                  |      |
|--------|------------------|---------------------------------------|------------------|------|
|        | 介護浴槽             |                                       | リフト浴             | ヶ所   |
|        |                  |                                       | ストレッチャー浴         | ヶ所   |
|        |                  |                                       | その他 ( )          | ヶ所   |
|        | 食堂               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり               | 2 なし |
|        | 入居者や家族が利用できる調理設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり               | 2 なし |
|        | エレベーター           | 1                                     | あり (車椅子対応)       |      |
|        |                  | 2                                     | あり (ストレッチャー対応)   |      |
|        |                  | 3                                     | あり (上記1・2に該当しない) |      |
|        |                  | <input checked="" type="checkbox"/> 4 | なし               |      |
| 消防用設備等 | 消火器              | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり               | 2 なし |
|        | 自動火災報知設備         | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり               | 2 なし |
|        | 火災通報設備           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり               | 2 なし |
|        | スプリンクラー          | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり               | 2 なし |
|        | 防火管理者            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり               | 2 なし |
|        | 防災計画             | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり               | 2 なし |
| その他    | 防排煙設備 誘導灯        |                                       |                  |      |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |   |      |      |      |
|-----------------|---|------|------|------|
| 運営に関する方針        | 入居者の福祉を重視し、安定かつ継続的な事業運営に努める。入居者も個人としての尊厳を確保しつつ福祉の向上を図る。入居者に対しサービス内容の情報を開示するなどにより施設運営について理解を得るように努め入居者の信頼を確保する。入居者が要介護状態になった場合でも、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るように努める。 |      |      |      |
| サービスの提供内容に関する特色 | 安全快適な居住空間で、和やかで安心した生活ができるよう支援する。  |      |      |      |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | <input checked="" type="checkbox"/> 1   | 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 食事の提供           | <input checked="" type="checkbox"/> 1   | 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | <input checked="" type="checkbox"/> 1   | 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 健康管理の供与         | <input checked="" type="checkbox"/> 1   | 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス  | <input checked="" type="checkbox"/> 1   | 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス        | <input checked="" type="checkbox"/> 1   | 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

|                                |                               |   |
|--------------------------------|-------------------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算                      | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし  |
|                                | 生活機能向上連携加算                    | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし  |
|                                | 個別機能訓練加算                      | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし  |
|                                | 夜間看護体制加算                      | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし  |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算                 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし  |
|                                | ADL維持等加算                      | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし  |
|                                | 看取り介護加算                       | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし  |
|                                | 医療機関連携加算                      | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし  |
|                                | 口腔衛生管理体制加算                    | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし  |
|                                | 口腔・栄養スクリーニング加算                | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし  |
|                                | 退院・退所時連携加算                    | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし  |
|                                | 看取り介護加算                       | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし  |
|                                | 認知症専門<br>ケア加算                 | (I) <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし<br>(II) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし   |
|                                | サービス提<br>供体制強化<br>加算          | (I) <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし<br>(II) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし<br>(III) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無           | 1 あり                          | (介護・看護職員の配置率)<br>: 1  |
|                                | <input type="checkbox"/> 2 なし |   |

(医療連携の内容)

|        |        |   |   |
|--------|--------|---|---|
| 医療支援   | ※複数選択可 | 1 救急車の手配<br><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input type="checkbox"/> 3 通院介助<br>4 その他 ( ) |   |
| 協力医療機関 | 1      | 名称  | 藤田神経内科病院                                  |
|        |        | 住所  | 福井県坂井市丸岡町羽崎 31-12-1                       |
|        |        | 診療科目  | 神経内科、内科、リハビリテーション科                        |
|        |        | 協力内容  | 入居者の急な病気やケガまたは慢性的な病気の受診、治療、および定期的な健康診断を行う |
|        | 2      | 名称  |   |
|        |        | 住所  |   |
|        |        | 診療科目  |   |

|          |      |                      |  |
|----------|------|----------------------|--|
|          |      | 協力内容                 |  |
| 協力歯科医療機関 | 名称   | 西田歯科                 |  |
|          | 住所   | 福井県坂井市丸岡町羽崎 12-14-10 |  |
|          | 協力内容 | 入居者の歯科疾患の受診、治療を行う    |  |

**(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能**

|                          |  |      |        |
|--------------------------|--|------|--------|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他 ( ) |      |        |
| 判断基準の内容                  |  |      |        |
| 手続きの内容                   |  |      |        |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり                                     | 2 なし |        |
| 居室利用権の取扱い                |  |      |        |
| 前払金償却の調整の有無              | 1 あり                                     | 2 なし |        |
| 従前の居室との<br>仕様の変更         | 面積の増減                                    | 1 あり | 2 なし   |
|                          | 便所の変更                                    | 1 あり | 2 なし   |
|                          | 浴室の変更                                    | 1 あり | 2 なし   |
|                          | 洗面所の変更                                   | 1 あり | 2 なし   |
|                          | 台所の変更                                    | 1 あり | 2 なし   |
|                          | その他の変更                                   | 1 あり | (変更内容) |
|                          | 2 なし                                     |      |        |

**(入居に関する要件)**

|                    |   |                                       |    |   |    |
|--------------------|---|---------------------------------------|----|---|----|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
|                    | 要支援の者   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
|                    | 要介護の者   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| 留意事項               | 介護居室は要支援、要介護者のみが対象  |                                       |    |   |    |
| 契約の解除の内容           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者が死亡した時</li> <li>・入居者が解約を行った時</li> <li>・事業者が契約解除を通告し予告期間が満了した時</li> <li>・入居申告書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時</li> <li>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく遅滞する時</li> <li>・第 20 条の規定に違反した時</li> <li>・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし</li> </ul> |                                       |    |   |    |

|                |   |  |
|----------------|---|--|
|                | 又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができない時                                    |  |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 30 日間の予告期間をおいた契約解除の通告を書面にて行う</li> <li>・ 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</li> <li>・ 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</li> </ul> |
|                | 解約予告期間  | 30 日間  |
| 入居者からの解約予告期間   | 7 日前  |  |
| 体験入居の内容        | <input checked="" type="checkbox"/> あり（内容：1泊2日3,000円と食事実費2泊3日まで）<br><input type="checkbox"/> なし |  |
| 入居定員           | 35 人  |  |
| その他            |   |  |

## 5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

### （職種別の職員数）

|         | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※1※2 |
|---------|----------|----|-----|----------------|
|         | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者     | 1        | 1  |     | 0.1            |
| 生活相談員   | 2        | 2  |     | 1.0            |
| 直接処遇職員  | 10       | 9  | 1   | 8.9            |
| 介護職員    | 9        | 9  |     | 7.9            |
| 看護職員    | 1        |    | 1   | 1.0            |
| 機能訓練指導員 | 1        |    | 1   | 0.6            |
| 計画作成担当者 | 1        | 1  |     | 0.1            |
| 栄養士     | 1        | 1  |     | 0.5            |
| 調理員     | 4        | 2  | 2   | 3.0            |

|  |   |  |   |      |
|--|---|--|---|------|
| 事務員  |   |  |   |      |
| その他職員  | 3 |  | 3 | 1.4  |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2   |   |  |   | 40時間 |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 |   |  |   |      |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。   |   |  |   |      |

**(資格を有している介護職員の人数)**

|           | 合計 |     |  |
|-----------|----|-----|--|
|           | 常勤 | 非常勤 |  |
| 社会福祉士     |    |     |  |
| 介護福祉士     | 8  | 8   |  |
| 実務者研修の修了者 |    |     |  |
| 初任者研修の修了者 | 1  | 1   |  |
| 介護支援専門員   | 1  | 1   |  |

**(資格を有している機能訓練指導員の人数)**

|             | 合計 |     |  |
|-------------|----|-----|--|
|             | 常勤 | 非常勤 |  |
| 看護師又は准看護師   |    |     |  |
| 理学療法士       |    |     |  |
| 作業療法士       | 1  | 1   |  |
| 言語聴覚士       |    |     |  |
| 柔道整復士       |    |     |  |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |  |

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

| 夜勤帯の設定時間 ( 17時～ 9時) |      |                 |
|---------------------|------|-----------------|
|                     | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                | 人    | 人               |
| 介護職員                | 1人   | 1人              |

**(特定施設入居者生活介護等の提供体制)**

|                           |                       |                            |
|---------------------------|-----------------------|----------------------------|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職 | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上 |
|---------------------------|-----------------------|----------------------------|



|  |                                    |                          |
|--|------------------------------------|--------------------------|
| 員の割合<br>(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)                                 |                                    | c 2.5 : 1以上<br>d 3 : 1以上 |
|  | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 3 : 1                    |
| ※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択                                  |                                    |                          |
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数                            | 人                        |
|  | 訪問介護事業所の名称                         |                          |
|  | 訪問看護事業所の名称                         |                          |
|  | 通所介護事業所の名称                         |                          |

**(職員の状況)**

|                          |               |           |           |     |       |     |         |     |         |     |
|--------------------------|---------------|-----------|-----------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者                      | 他の職務との兼務      |           | 1 あり 2 なし |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 業務に係る資格等      |           | 1 あり      |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 資格等の名称        | 医師        |           |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 2 なし          |           |           |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 看護職員          |           | 介護職員      |     | 生活相談員 |     | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |
|                          | 常勤            | 非常勤       | 常勤        | 非常勤 | 常勤    | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数              |               |           |           |     |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数              |               |           | 1         |     |       |     |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した職員の人数<br>経験年数に | 1年未満          |           |           |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 1年以上<br>3年未満  |           | 2         |     | 1     |     |         |     |         |     |
|                          | 3年以上<br>5年未満  |           | 1         |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 5年以上<br>10年未満 |           | 2         |     | 1     |     |         |     |         |     |
|                          | 10年以上         |           | 1         | 4   |       |     |         | 1   | 1       |     |
|                          | 従業者の健康診断の実施状況 | 1 あり 2 なし |           |     |       |     |         |     |         |     |

**6. 利用料金**

**(利用料金の支払い方法)**

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】 | 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式 |
|-------------------|----------------------|

|                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
|                                |  | 3 終身建物賃貸借方式                               |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           |  | 1 全額前払い方式                                 |
|                                |  | 2 一部前払い・一部月払い方式                           |
|                                |  | <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 |
|                                | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択   | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式   |
| 年齢に応じた金額設定                     | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし  |   |
| 要介護状態に応じた金額設定                  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし  |   |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額なし<br><input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額<br>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |   |
| 利用料金<br>の改定                    | 条件   | 利用料金、その他介護保険法令等の変更があった場合                  |
|                                | 手続き  | 料金改定同意書による承認 運営懇談会および家族会にて説明              |

**（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）**

|   |                               | プラン1   | プラン2   |         |
|---|-------------------------------|--|--|---------|
| 入居者の状<br>況  | 要介護度                          | 介護度1   | 介護度1   |         |
|   | 年齢                            | 89歳  | 95歳  |         |
| 居室の状況   | 床面積                           | 15.5 m <sup>2</sup>  | 23.1 m <sup>2</sup>  |         |
|   | 便所                            | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |         |
|   | 浴室                            | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無                        | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無                        |         |
|   | 台所                            | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無                        | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無                        |         |
| 入居時点で<br>必要な費用  | 前払金                           | 円  | 円  |         |
|   | 敷金                            | 64,500円  | 75,000円  |         |
| 月額費用の合計   |                               | 165,000円   | 175,500円   |         |
| 家賃  |                               | 64,500円  | 75,000円  |         |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 円  | 円  |         |
|   | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費   | 51,000円  | 51,000円 |
|   |                               | 管理費  | 49,500円  | 49,500円 |
|   |                               | 介護費用   | 円  | 円       |
|   |                               | 光熱水費   | 円  | 円       |
|   | その他                           | 円  | 円  |         |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p> |                               |  |  |         |

**(利用料金の算定根拠)**

| 費目                   | 算定根拠  |
|----------------------|---|
| 家賃                   | 有料老人ホームの設備に要した費用、修繕費、地代に相当する額を基礎に、近傍同種の家賃相場を参考  |
| 敷金                   | 家賃の1ヶ月分 居室の原状回復、未納家賃への充当                        |
| 介護費用                 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                           |
| 管理費                  | 施設の維持、管理費、水道光熱費、事務管理部門の人件費及び事務費、その他のホーム運営に係る費用等 |
| 食費                   | 食材料費、栄養士その他の食事部門の人件費、調理設備及び調理備品代                |
| 光熱水費                 | 管理費に含みます  |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | ※別添2（サービスの一覧）の他、居室内の電話代、NHK受信料、衛星放送受信料等         |
| その他のサービス利用料          | その他の実費負担費用は別添                                   |

**(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能**

| 費目   | 算定根拠 |
|--|------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担                       |      |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） |      |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |      |

**(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能**

|                                     |                   |     |
|-------------------------------------|-------------------|-----|
| 算定根拠                                |                   |     |
| 想定居住期間（償却年月数）                       |                   | ヶ月  |
| 償却の開始日                              |                   | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） |                   | 円   |
| 初期償却率                               |                   | %   |
| 返還金の算定方法                            | 入居後3月以内の契約終了      |     |
|                                     | 入居後3月を超えた契約終了     |     |
| 前払金の保全先                             | 1 連帯保証を行う銀行等の名称   |     |
|                                     | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 |     |
|                                     | 3 保証保険を行う保険会社の名称  |     |
|                                     | 4 全国有料老人ホーム協会     |     |
|                                     | 5 その他（名称： _____）  |     |

## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

### (入居者の人数)

|       |             |     |
|-------|-------------|-----|
| 性別    | 男性          | 4人  |
|       | 女性          | 20人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 1人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 1人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 6人  |
|       | 85歳以上       | 16人 |
| 要介護度別 | 自立          | 1人  |
|       | 要支援1        | 3人  |
|       | 要支援2        | 2人  |
|       | 要介護1        | 5人  |
|       | 要介護2        | 9人  |
|       | 要介護3        | 2人  |
|       | 要介護4        | 2人  |
|       | 要介護5        | 0人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 5人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満   | 3人  |
|       | 1年以上5年未満    | 13人 |
|       | 5年以上10年未満   | 3人  |
|       | 10年以上15年未満  | 0人  |
|       | 15年以上       | 0人  |

### (入居者の属性)

|   |       |
|---|-------|
| 平均年齢  | 86.9歳 |
| 入居者数の合計   | 24人   |
| 入居率※  | 68.6% |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 |       |

### (前年度における退去者の状況)

|         |        |    |
|---------|--------|----|
| 退去先別の人数 | 自宅等    | 2人 |
|         | 社会福祉施設 | 6人 |
|         | 医療機関   | 5人 |
|         | 死亡者    | 3人 |

|         |          |                          |
|---------|----------|--------------------------|
|         | その他      | 0人                       |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 0人                       |
|         |          | (解約事由の例)                 |
|         | 入居者側の申し出 | 1人                       |
|         |          | (解約事由の例) 一般棟利用者様、自宅に帰りたい |

## 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

|          |                     |            |
|----------|---------------------|------------|
| 窓口の名称    | 生活相談員 (不在時は介護職員が対応) |            |
| 電話番号     | 0776-67-6656        |            |
| 対応している時間 | 平日                  | 8:30~17:30 |
|          | 土曜                  | 8:30~17:30 |
|          | 日曜・祝日               | 8:30~17:30 |
| 定休日      | 無                   |            |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

|                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| 損害賠償責任保険の加入状況                 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 損害保険の賠償保険に加入しサービス提供上に事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した時は、不可抗力の場合を除いて損害が賠償される |
|                               | <input type="checkbox"/> なし            |   |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | <input type="checkbox"/> あり            | (その内容)  |
|                               | <input checked="" type="checkbox"/> なし |   |
| 事故対応及びその予防のための指針              | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし   |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

|                                  |  |        |  |
|----------------------------------|--|--------|--|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日    |  |
|                                  |  | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|                                  | <input type="checkbox"/> なし            |        |  |
| 第三者による評価の実施状況                    | <input type="checkbox"/> あり            | 実施日    |  |
|                                  |  | 評価機関名称 |  |
|                                  |  | 結果の開示  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし            |
|                                  | <input checked="" type="checkbox"/> なし |        |  |

## 9. 入居希望者への事前の情報開示

|          |   |
|----------|---|
| 入居契約書の雛形 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |

## 10. その他

|  |  |   |
|--|--|---|
| 運営懇談会  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                       | (開催頻度) 年 1回   |
|  | 2 なし   |   |
|  | 1 代替措置あり   | (内容) 新型コロナ禍において、利用者満足度調査内容及び入居状況を利用者、家族、第3者委員、地域包括支援センターへ送付 |
| 2 代替措置なし   |  |   |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名 : )   |   |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                       |   |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                       | 2 なし  |
|  | 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 |   |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり   | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                    |

|   |  |
|---|--|
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針「5.規模及び構造設備」<br>に合致しない事項 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし    |
| 合致しない事項がある場合<br>の内容                         |  |
| 「6.既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への適合<br>性           | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針の不適合事項                   |  |
| 不適合事項がある場合の内<br>容                           |  |

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）  
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類                    |    |    | 事業所の名称           | 所在地          |
|------------------------------|----|----|------------------|--------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |    |                  |              |
| 訪問介護 (休止中)                   | あり | なし | あかねヘルパーステーション    | 丸岡町羽崎31-5    |
| 訪問入浴介護                       | あり | なし |                  |              |
| 訪問看護                         | あり | なし | 藤田神経内科病院         | 丸岡町羽崎31-12-1 |
| 訪問リハビリテーション                  | あり | なし | 藤田神経内科病院         | 丸岡町羽崎31-12-1 |
| 居宅療養管理指導                     | あり | なし | 藤田神経内科病院         | 丸岡町羽崎31-12-1 |
| 通所介護                         | あり | なし |                  |              |
| 通所リハビリテーション                  | あり | なし | ディーパあかね          | 丸岡町羽崎31-11-3 |
| 短期入所生活介護                     | あり | なし |                  |              |
| 短期入所療養介護                     | あり | なし | ディーパあかね          | 丸岡町羽崎31-11-3 |
| 特定施設入居者生活介護                  | あり | なし | 吾亦紅              | 丸岡町羽崎31-5    |
| 福祉用具貸与                       | あり | なし |                  |              |
| 特定福祉用具販売                     | あり | なし |                  |              |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |    |                  |              |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護             | あり | なし |                  |              |
| 夜間対応型訪問介護                    | あり | なし |                  |              |
| 認知症対応型通所介護                   | あり | なし | あかねの里            | 丸岡町羽崎31-11-3 |
| 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 | あかねの里            | 丸岡町羽崎31-11-3 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護             | あり | なし |                  |              |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護         | あり | なし |                  |              |
| 看護小規模多機能型居宅介護                | あり | なし |                  |              |
| 居宅介護支援                       | あり | なし | あかねケアマネージメントセンター | 丸岡町羽崎31-11-3 |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |    |                  |              |
| 介護予防訪問介護 (休止中)               | あり | なし | あかねヘルパーステーション    | 丸岡町羽崎31-5    |
| 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 | 藤田神経内科病院         | 丸岡町羽崎31-12-1 |
| 介護予防訪問リハビリテーション              | あり | なし | 藤田神経内科病院         | 丸岡町羽崎31-12-1 |
| 介護予防居宅療養管理指導                 | あり | なし | 藤田神経内科病院         | 丸岡町羽崎31-12-1 |
| 介護予防通所介護                     | あり | なし |                  |              |
| 介護予防通所リハビリテーション              | あり | なし | ディーパあかね          | 丸岡町羽崎31-11-3 |
| 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 | ディーパあかね          | 丸岡町羽崎31-11-3 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護              | あり | なし | 吾亦紅              | 丸岡町羽崎31-5    |
| 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 |                  |              |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |    |                  |              |
| 介護予防認知症対応型通所介護               | あり | なし | あかねの里            | 丸岡町羽崎31-11-3 |
| 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 | あかねの里            | 丸岡町羽崎31-11-3 |
| 介護予防支援                       | あり | なし |                  |              |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |    |    |                  |              |
| 介護老人福祉施設                     | あり | なし |                  |              |
| 介護老人保健施設                     | あり | なし | ディーパあかね          | 丸岡町羽崎31-11-3 |
| 介護療養型医療施設                    | あり | なし |                  |              |



別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |                                   |    |                            |    | なし   | あり   |              |                              |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|--------------|------------------------------|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） |    | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） |    | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3         | 備 考                          |
|                                  |                                   |    |                            |    |      |      |              |                              |
| <b>介護サービス</b>                    |                                   |    |                            |    |      |      |              |                              |
| 食事介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |              |                              |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |              |                              |
| おむつ代                             |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費           |                              |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |              |                              |
| 特浴介助                             | 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 |      |      |              |                              |
| 機能訓練                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |              |                              |
| 通院介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 2,000        | ※付添いができる範囲を明確化すること           |
| <b>生活サービス</b>                    |                                   |    |                            |    |      |      |              |                              |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |              |                              |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |              |                              |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 594          | 1回1ネット                       |
| 居室配膳・下膳                          | 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 |      | ○    | 実費           |                              |
| おやつ                              |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費           |                              |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費           | 1回出張散髪店利用                    |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 500<br>1,000 | ※丸岡町内<br>※上記以外               |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,000        | 1回（坂井市、福井市、永平寺町に限る）          |
| 金銭・貯金管理                          |                                   |    | なし                         | あり |      |      |              | 10,000円以内は可                  |
| <b>健康管理サービス</b>                  |                                   |    |                            |    |      |      |              |                              |
| 定期健康診断                           |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費           | ※定期的ではなくその都度、本人希望により         |
| 健康相談                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |              | 随時可                          |
| 生活指導・栄養指導                        | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |              | 随時可                          |
| 服薬支援                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |              | 随時可                          |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | 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 |      | ○    | 1,000        | 1回協力医療機関以外の場合                |
| 入退院時の同行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 2,000        | ※協力医療機関は随時可<br>1回協力医療機関以外の場合 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 500          | 1回（洗濯代は別途）                   |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |              |                              |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。