

重要事項説明書

Ver 1.1

| | |
|-----------|----------------|
| 記入年月日 | 2023 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 松浦 章悟 |
| 所属・職名 | 施設長 |
| 取込種別 | 2 修正 |
| 被災確認事業所番号 | 7201092000002 |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|-----------------------------|---------------------------|
| 種類 | 2 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 5 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃとーたるびじねすさーびす | |
| | 株式会社トータルビジネスサービス | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 |
| | 法人番号 | 1011801010375 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 121 - 0813 | |
| | 東京都足立区竹の塚4-2-1 TBビル5階 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03 - 5242 - 7761 |
| | FAX番号 | 03 - 5242 - 7763 |
| | メールアドレス | totalbs @ tb-s. co. jp |
| | ホームページ有無 | 1 有 |
| | ホームページアドレス | http:// www. tb-s. co. jp |
| 代表者 | 氏名 | 苑田輝和 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 1986 年 5 月 7 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別に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) めーぶるはいむそのか | | | | | | |
| | メープルハイム苑華 | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | 960 | - | 8051 | | | |
| | 福島県福島市曾根田町3番21号 | | | | | | |
| 所在地 (建物名等) | メープルハイム苑華 | | | | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 福島県 | 市区町村 | 072010 福島市 | | | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR東北本線 福島 駅 福島交通飯坂線 曾根田 | | | | | |
| | 交通手段と所要時間 | <ul style="list-style-type: none"> ・ JR福島駅より約800m (徒歩約10分) ・ 福島交通飯坂線曾根田駅より約50m (徒歩約1分) | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 024 | - | 528 | - | 7160 | |
| | FAX番号 | 024 | - | 528 | - | 7161 | |
| | メールアドレス | sonoka @ tb-s. co. jp | | | | | |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | | | | |
| | ホームページアドレス | http:// | www. sonoka. jp/ | | | | |
| 管理者 | 氏名 | 松浦 章悟 | | | | | |
| | 職名 | 施設長 | | | | | |
| 建物の竣工日 | | 2004 | 年 | 7 | 月 | 29 | 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2004 | 年 | 9 | 月 | 1 | 日 |

(類型) 【表示事項】

| | | | | | | |
|--------------------|-------------------------------|------------|---|---|---|-----|
| 類型 | 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) | | | | | |
| 1 又は 2 に該当する 場合 | 介護保険事業者番号 | 0770101996 | | | | |
| | 指定した自治体名 | 福島県 | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2004 | 年 | 9 | 月 | 1 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 2022 | 年 | 9 | 月 | 1 日 |

3 建物概要

| | | | | | |
|---------|------|-----------------|------------------------|-----|-----|
| 土地 | 敷地面積 | 2101.78 | m ² | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | | |
| | | 賃貸の種別 | | | |
| | | 抵当権の有無 | | | |
| | | 契約期間 | 開始 | | |
| | | | | 年 | 月 日 |
| | | | 終了 | | |
| | | | 年 | 月 日 | |
| 契約の自動更新 | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 4091.21 m ² | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 4091.21 m ² | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | |
| | | 3 その他の場合 | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | |
| | | 4 その他の場合 | | | |

| | | | | | | | |
|-------|----------------|-----------------|----------------|----------------------|-------|-----------|---|
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物の場合 | | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | 1 普通貸借 | | | |
| | | 抵当権の有無 | | 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | | 1 あり | | | |
| | | | | 開始 | | | |
| | | | | 2015 | 年 | 1 | 月 |
| | | 契約の自動更新 | | 終了 | | | |
| | | | | 2034 | 年 | 12 | 月 |
| | | | | 1 あり | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 2 相部屋あり | | | | | |
| | | 2 相部屋ありの場合 | | | | | |
| | | 最少 | | 1 人部屋 | | | |
| | 最大 | | 4 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分 | |
| | タイプ1 | 1 有 | 2 無 | 19.21 m ² | 14 | 3 介護居室個室 | |
| | タイプ2 | 1 有 | 2 無 | 20.89 m ² | 1 | 3 介護居室個室 | |
| | タイプ3 | 1 有 | 2 無 | 37.28 m ² | 1 | 4 介護居室相部屋 | |
| | タイプ4 | 2 無 | 2 無 | 38.43 m ² | 34 | 4 介護居室相部屋 | |
| | タイプ5 | 2 無 | 2 無 | 40.1 m ² | 4 | 4 介護居室相部屋 | |
| | タイプ6 | 1 有 | 2 無 | 19.21 m ² | 1 | 5 一時介護室 | |
| | タイプ7 | | | m ² | | | |
| | タイプ8 | | | m ² | | | |
| タイプ9 | | | m ² | | | | |
| タイプ10 | | | m ² | | | | |

| | | | | | | |
|---------|------------------|----|-------------|-----------------|----|----|
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 31 | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 16 | ヶ所 |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 31 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | 2 | ヶ所 | 個室 | 1 | ヶ所 |
| | | | | 大浴場 | 1 | ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 2 | ヶ所 | チェアー浴 | | ヶ所 |
| | | | | リフト浴 | | ヶ所 |
| | | | | ストレッチャー浴 | 2 | ヶ所 |
| | | | | その他 | | ヶ所 |
| | 食堂 | 1 | あり | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 2 | なし | | | |
| エレベーター | 2 | あり | (ストレッチャー対応) | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 | あり | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | | | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | | | |
| | スプリンクラー | 1 | あり | | | |
| | 防火管理者 | 1 | あり | | | |
| | 防災計画 | 1 | あり | | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 | 全ての居室あり | | | |
| | 便所 | 1 | 全ての便所あり | | | |
| | 浴室 | 1 | 全ての浴室あり | | | |
| | その他 | | | | | |
| その他 | 機能訓練室、談話室等 | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|------------------------|---|
| <p>運営に関する方針</p> | <p>特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護事業者として当施設では高齢者が安全、快適に過ごせるよう設備、サービスの充実また責任ある運営に努め、入居者の福祉を重視すると共に安全かつ継続的な事業運営を確保するため下記の事項を列記します。</p> <p>①入居者の個人としての尊厳を確保しつつ施設運営について理解を得るよう努め入居者の信頼を確保する。</p> <p>②職員の配置については入居者の数及び提供するサービスの内容に応じその実態に即し夜間緊急時に対応できる人数を配置する。</p> <p>③職員に対しては採用時及び採用後において定期的に研修を実施する。特に生活相談員及び直接処遇職員については、高齢者の心身の特性、実施するサービスのあり方及び内容、介護に関する知識及び</p> |
| <p>サービスの提供内容に関する特色</p> | <p>入居者様の人格を尊重し、常に入居者様の立場に立ったサービスの提供に努力し、入居者様が必要とする適切なサービスを提供いたします。</p> |
| <p>入浴、排せつ又は食事の介護</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>食事の提供</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>洗濯・掃除等の家事の供与</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>健康管理の供与</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>安否確認又は状況把握サービス</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>生活相談サービス</p> | <p>1 自ら実施</p> |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護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 (I) | 2 | なし | |
| | 入居継続支援加算 (II) | 2 | なし | |
| | 生活機能向上連携加算 (I) | 2 | なし | |
| | 生活機能向上連携加算 (II) | 2 | なし | |
| | 個別機能訓練加算 (I) | 1 | あり | |
| | 個別機能訓練加算 (II) | 2 | なし | |
| | ADL維持等加算 (I) | 2 | なし | |
| | ADL維持等加算 (II) | 2 | なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 | あり | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 2 | なし | |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 2 | なし | |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 2 | なし | |
| | 科学的介護推進体制加算 | 2 | なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 | あり | |
| | 看取り介護加算 (I) | 1 | あり | |
| | 看取り介護加算 (II) | 2 | なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | (I) | 2 | なし |
| | | (II) | 2 | なし |

| | | | | |
|----------------------|---------------|---------------|----|-----|
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 1 | あり |
| | 介護職員処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | | (Ⅳ) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) | 2 | なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| (Ⅱ) | | 2 | なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 2 | なし | | |
| | 1 | ありの場合 | | |
| | | (介護・看護職員の配置率) | | : 1 |

(医療連携の内容)

| | | | | |
|----------------|--------------------------|--|--|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input type="checkbox"/> | 救急車の手配 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 入退院の付き添い | | |
| | <input type="checkbox"/> | 通院介助 | | |
| | | その他 | | |
| 1 | 名称 | 社会福祉法人福島厚生会 福島第一病院 | | |
| | 住所 | 福島県福島市北沢又字成出16-2 | | |
| | 診療科目 | 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、血液内科、内分泌内科、腎臓内科、人工透析内科、アレルギー疾患内科、外科、心臓血管外科、消化器外科、乳腺外科、肛門外科、整形外科、腫瘍外科、頭頸部外科、腹部外科、胆のう外科、胃腸外科、大腸外科、リウマチ科、リハビリテーション科、放射線科、歯科、 | | |
| | 協力科目 | 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、血液内科、内分泌内科、腎臓内科、人工透析内科、アレルギー疾患内科、外科、心臓血管外科、消化器外科、乳腺外科、肛門外科、整形外科、腫瘍外科、頭頸部外科、腹部外科、胆のう外科、胃腸外科、大腸外科、リウマチ科、リハビリテーション科、放射線科、歯科、 | | |
| | 協力内容 | 健康診断、健康相談、受診、治療、入院治療等を行える体制の整備（医療費その他の費用は入居者の自己負担） | | |

| | | | |
|--------|---|------|--|
| 協力医療機関 | 2 | 名称 | 社会医療法人秀公会 あづま脳神経外科病院 |
| | | 住所 | 福島県福島市大森字柳下16-1 |
| | | 診療科目 | 脳神経外科、循環器内科、総合診療科、神経内科、精神科、痙縮外来、心臓リハビリテーション外来、脊椎・脊髄外来、禁煙外来 |
| | | 協力科目 | 脳神経外科、循環器内科、総合診療科、神経内科、精神科、痙縮外来、心臓リハビリテーション外来、脊椎・脊髄外来、禁煙外来 |
| | | 協力内容 | 受診、治療、入院治療等を行える体制の整備 (医療費その他の費用は入居者の自己負担) |
| | 3 | 名称 | 医療法人 この内科クリニック |
| | | 住所 | 福島県福島市曾根田町3-19 |
| | | 診療科目 | 内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科 |
| | | 協力科目 | 内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療、往診、受診、治療、健康診断、健康相談 (医療費その他の費用は入居者の自己負担) |

| | | | |
|----------|---|------|--|
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | | | |
|--------------------------|---|------------|-------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | ○ | 一時介護室へ移る場合 | | |
| | ○ | 介護居室へ移る場合 | | |
| | | その他 | | |
| 判断基準の内容 | 入居者が伝染病等にかかり隔離が必要な時、又は他の入居者に対し迷惑行動をされる場合や入居者に対してより適切な介護を提供するために必要な場合等 | | | |
| 手続きの内容 | ①医師の意見を聴く ②入居者の意見を確認する ③身元引受人等の意見を聴く ④入居者又は身元引受人の同意を得る ⑤一定の観察期間を設ける | | | |
| 追加的費用の有無 | 2 | なし | | |
| 居室利用権の取扱い | 変更なし | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 2 | なし | | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 1 | あり | |
| | 便所の変更 | 1 | あり | |
| | 浴室の変更 | 2 | なし | |
| | 洗面所の変更 | 2 | なし | |
| | 台所の変更 | 2 | なし | |
| | その他の変更 | 2 | なし | |
| | | 1 | ありの場合 | |
| | | (変更内容) | | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|-----------------------------------|--|----|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 2 | なし |
| | 要支援の者 | 1 | あり |
| | 要介護の者 | 1 | あり |
| 留意事項 | | | |
| 契約解除の内容 | ①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合 | | |
| 事業主体から解約を求め る場合 | 解約条項 | 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法では防止できない場合、等。 | |
| | 解約予告期間 | 1 | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 | | ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 1 | あり | |
| | 1 | ありの場合 | |
| | (内容) | 空室がある場合、1泊7,700円(税込)で最長14日まで | |
| 入居定員 | 169 | | 人 |
| その他 | 上記の解約予告期間(1ヶ月)は30日とする。 | | |

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 ※1 ※2 |
|--|-----------|----|-----|-----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | 2 |
| 直接処遇職員 | 52 | 42 | 10 | 47.7 |
| 介護職員 | 41 | 32 | 9 | 37.2 |
| 看護職員 | 11 | 10 | 1 | 10.5 |
| 機能訓練指導員 | 5 | 5 | | 5 |
| 計画作成担当者 | 2 | 2 | | 2 |
| 栄養士 | 1 | 1 | | 1 |
| 調理員 | 9 | 9 | | 9 |
| 事務員 | 3 | 3 | | 2 |
| その他職員 | 5 | 2 | 3 | 3.7 |
| 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 | 22 | 17 | 5 |
| 実務者研修の修了者 | 3 | 3 | |
| 初任者研修の修了者 | 15 | 12 | 3 |
| 介護支援専門員 | | | |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | 1 | 1 | |
| 理学療法士 | 2 | 2 | |
| 作業療法士 | 1 | 1 | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | 1 | 1 | |
| 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・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 | (19 時 30 分 ~ 7 時 30 分) | | | |
|----------|--------------------------|---|-----------------|---|
| | 平均人数 | | 最少時人数 (休憩者等を除く) | |
| 看護職員 | 1 | 人 | 1 | 人 |
| 介護職員 | 5 | 人 | 4 | 人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|------------------------------------|------------|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.7 : 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 | | 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 2 なし | | | | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | | | | | | | | |
| | 資格等の名称 | | | | | | | | | | |
| | 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 | 2 | 1 | 9 | 3 | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 2 | 1 | 6 | 1 | | | 1 | | 1 | | |
| に業 応務 じに た従 職事 員し のた 人経 数験 年数 | 1年未満 | | 1 | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | 2 | | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | 1 | 2 | 1 | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | 9 | 1 | 1 | | 2 | | 2 | |
| | 10年以上 | | 10 | 1 | 20 | 3 | 1 | 2 | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり | | | | | | | | | |

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------------|-------------------------------|---|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | 1 利用権方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 3 月払い方式 | |
| | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択 | |
| | | 全額前払い方式 |
| | | 一部前払い・一部月払い方式 |
| | | 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 2 なし | |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | 2 日割り計算で減額 | |
| | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 | |
| | | 不在期間が 日以上 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 目的施設が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の上昇により改定する場合がある。 |
| | 手続き | 運営懇談会の意見を聞いた上で改定するものとする。 |

(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 | |
|------------|------------------|----------------------|----------------------|-------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護5 | 要介護5 | |
| | 年齢 | 75 歳 | 75 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 19.21 m ² | 38.43 m ² | |
| | 便所 | 1 有 | 2 無 | |
| | 浴室 | 2 無 | 2 無 | |
| | 台所 | 2 無 | 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0 円 | 0 円 | |
| | 敷金 | 300,000 円 | 220,000 円 | |
| 月額費用の合計 | | 294,991 円 | 227,991 円 | |
| 家賃 | | 50,000 円 | 38,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 27,191 円 | 27,191 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 66,000 円 | 66,000 円 |
| | | 管理費 | 151,800 円 | 96,800 円 |
| | | 介護費用 | 0 円 | 0 円 |
| | | 光熱水費 | 管理費に含む 円 | 管理費に含む 円 |
| | | その他 | 都度払いサービス有 円 | 都度払いサービス有 円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※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)

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|-------------------------------|-------------------|
| 家賃 | 施設借上料及び近隣家賃を勘案し算定 |
| 敷金 | 家賃の 約5.8 ヶ月分 |
| 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 | 施設維持費、光熱水費、事務費、生活サービスなどに係る人件費等、ベッド利用代、寝具利用代、リネン利用代 |
| 食費 | 食材費、厨房管理費 |
| 光熱水費 | 管理費に含む |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 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※に対する自己負担額 | 介護報酬告示上の額の1割、2割又は3割 |
| 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 | 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | |
| | | 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 | 36 | 人 |
| | 女性 | 94 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 2 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 8 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 14 | 人 |
| | 85歳以上 | 106 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援 1 | 3 | 人 |
| | 要支援 2 | 2 | 人 |
| | 要介護 1 | 25 | 人 |
| | 要介護 2 | 24 | 人 |
| | 要介護 3 | 18 | 人 |
| | 要介護 4 | 30 | 人 |
| | 要介護 5 | 28 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 12 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 14 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 58 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 34 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 9 | 人 |
| | 15年以上 | 3 | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|---|------|---|
| 平均年齢 | 88.8 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 130 | 人 |
| 入居率※ | 76.9 | % |
| ※ 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)

| | | | |
|---------|----------|--|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 0 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 2 | 人 |
| | 医療機関 | 3 | 人 |
| | 死亡 | 41 | 人 |
| | その他 | 1 | 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 | 6 | 人 |
| | | (解約事由の例) ・ 特別養護老人ホーム等への入居のため ・ 退院の見通しが立たないため | |

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

| 窓口1 | | | | | | | | | | |
|----------|-------|----------|---|-----|---|------|----|---|---|---|
| 窓口の名称 | | お客様サービス課 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 024 | - | 528 | - | 7160 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 日曜・祝日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| 定休日 | | なし | | | | | | | | |

| 窓口2 | | | | | | | | | | |
|----------|-------|----------------|---|-----|---|------|----|---|----|---|
| 窓口の名称 | | 福島市介護保険課 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 024 | - | 525 | - | 6587 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 15 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土・日・祝祭日 その他 | | | | | | | | |
| 窓口3 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 福島県国民健康保険団体連合会 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 024 | - | 528 | - | 0040 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 16 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土・日・祝祭日 その他 | | | | | | | | |
| 窓口4 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | - | | - | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | | | | | | | | |
| 窓口5 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | - | | - | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | | | | | | | | |

(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 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 事故対応マニュアルに基づく |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | |

(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 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 2015/6/20 |
| | 結果の開示 | 1 あり |
| 第三者による評価の実施状況 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | |
| | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | |

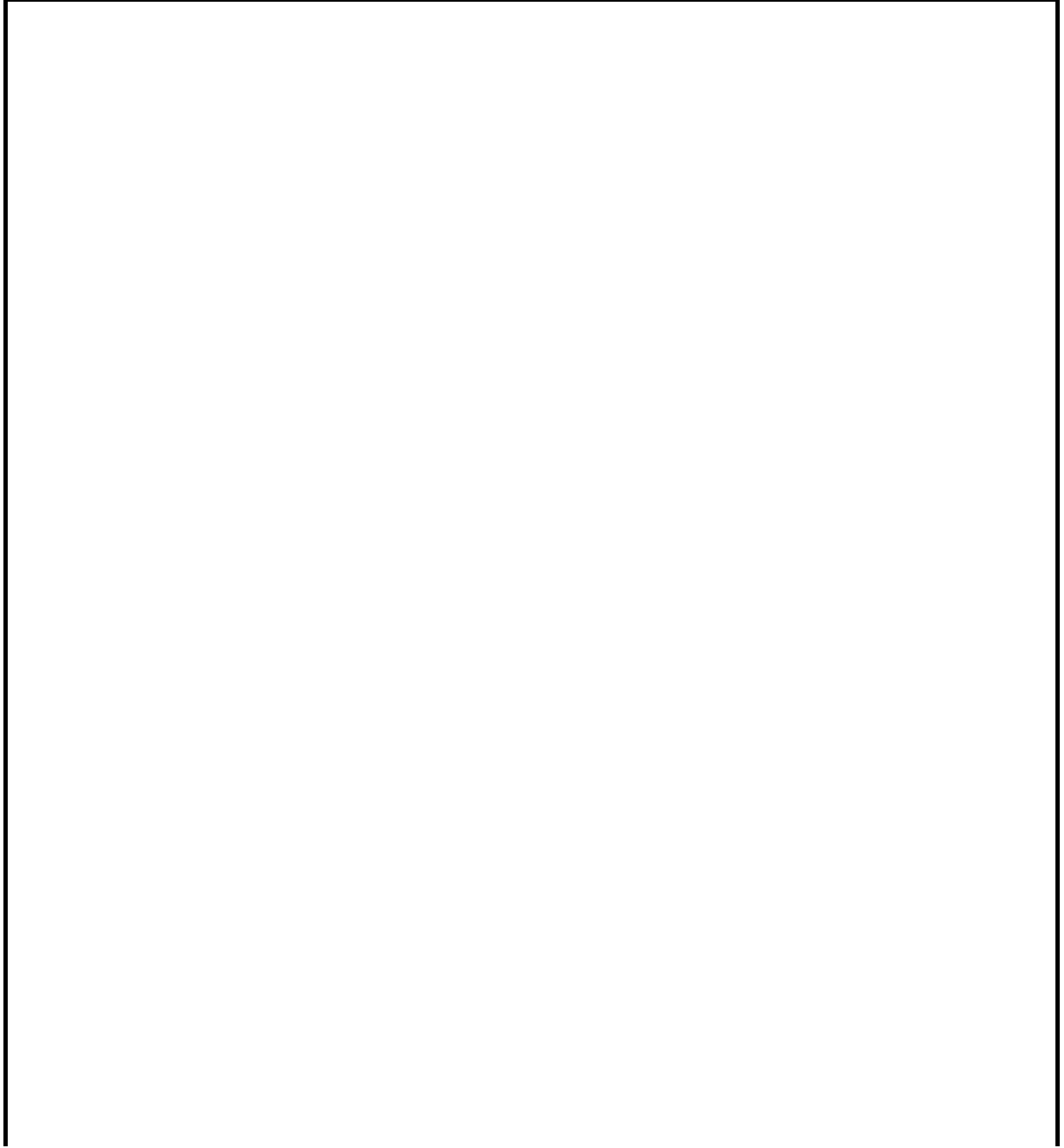
9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 2 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 3 公開していない |

10 その他

| | | |
|--|--|------|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (開催頻度) 年 1 回 | |
| | 2 なしの場合 | |
| | 1 代替措置ありの場合 | (内容) |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 提携ホーム名 | |
| 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 | 1 あり | |
| 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 | 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針「5. 規模及び 構造設備」に合致しない 事項 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 合致しない事項が ある場合の内容 | |
| | 「6. 既存建築物 等の活用の場合等 の特例」への適合 性 | |
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項 | なし | |
| | 不適合事項がある 場合の内容 | |

備考





添付書類： 別添1（別に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等

| 介護サービスの種類 | 有無 | 主な事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|--------------------------------|-----|----------------------------|-----------------------------|----|----|
| <居宅サービス> | | | | | |
| 訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 通所介護 | 1 有 | ムーブルGymist | 福島市曾根田町3-17 | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | ムーブ 404(いわき) / ムーブ 404(伊達) | いわき市平上荒川字安藤28 / 伊達市箱崎字川端1-1 | | |
| 福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| <地域密着型サービス> | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2 無 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 居宅介護支援 | 2 無 | | | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 有 | ムーブ 404(いわき) / ムーブ 404(伊達) | いわき市平上荒川字安藤28 / 伊達市箱崎字川端1-1 | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防支援 | | | | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 2 無 | | | | |
| 介護老人保健施設 | 2 無 | | | | |
| 介護療養型医療施設 | 2 無 | | | | |
| 介護医療院 | 2 無 | | | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | 2 無 | | | | |
| 通所型サービス | 1 有 | ムーブルGymist | 福島市曾根田町3-17 | | |
| その他生活支援サービス | 2 無 | | | | |

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------|------|--|--|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1) | 個別の利用料金で、実施するサービス (利用者が全額負担) | | | 備考 | |
| | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 備考参照 おむつ代①紙おむつカバータイプ1枚=150円（非課税）②紙おむつ尿取りパッド1枚=70円（非課税）③紙おむ | |
| おむつ代 | | 2 なし | | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 特浴介助 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 機能訓練 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 備考参照 協力医療機関以外への通院介助はその所要時間が1時間を超えた場合、その超えた部分につき1時間あたり3,143 | |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| リネン交換 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 日常の洗濯 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 居室配膳・下膳 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 2 なし | | | | |
| おやつ | | 1 あり | | ○ | 備考参照 おやつ代については月額3,240円（税込） | |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | 備考参照 理美容サービスについては実費 | |
| 買い物代行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 備考参照 買い物代行及び付添は、その所要時間が1時間を超えた場合1回あたり2,095円（税込） | |
| 役所手続き代行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 備考参照 役所手続き代行及び付添は、その所要時間が1時間を超えた場合1回あたり2,095円（税込） | |
| 金銭・貯金管理 | | 2 なし | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | | 1 あり | | ○ | 備考参照 年2回以上の健康診断の機会を設けます。（料金は実費） | |
| 健康相談 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 備考参照 健康相談については、各種保険適応以外の部分について料金が発生します | |
| 生活指導・栄養指導 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 備考参照 生活指導、栄養指導については、各種保険適応以外の部分について料金が発生します | |
| 服薬支援 | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 1 あり | 2 なし | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
| 入退院時の同行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 備考参照 協力医療機関以外への入退院時の同行及び介助は、その所要時間が1時間を超えた場合、その超えた部分につき1 | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 1 あり | | ○ | | |
| 入院中の見舞い訪問 | 2 なし | 1 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。