

シルバーホームかわも  
重要事項説明書

## 重要事項説明書

|      |       |       |             |
|------|-------|-------|-------------|
|      |       | 記入年月日 | 平成27年12月27日 |
| 記入者名 | 新井 茂人 | 所属・職名 | 代表取締役       |

## 1. 事業主体概要

|                                 |            |                                   |  |
|---------------------------------|------------|-----------------------------------|--|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 |            |                                   |  |
| 事業主体の名称                         | 法人の種類      | 営利法人                              |  |
|                                 | 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃ あずわん<br>株式会社 アズワン |  |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒360-1202  | 埼玉県大里郡寄居町大字桜沢956番地                |  |
|                                 |            |                                   |  |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号       | 048-581-5500                      |  |
|                                 | FAX番号      | 048-581-5407                      |  |
|                                 | ホームページ     | なし                                |  |
|                                 | アドレス       | あり : http://                      |  |
| 事業主体の代表者の<br>職名及び氏名             | 職名         | 代表取締役                             |  |
|                                 | 氏名         | 新井 茂人                             |  |
| 事業主体の設立年月日                      | 平成26年2月10日 |                                   |  |

| 事業主体が埼玉県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                         | あり | なし | ケアセンターかわも     | 同一建物内 |
| 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 |               |       |
| 通所介護                         | あり | なし | デイサービスセンターかわも | 同一建物内 |
| 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 |               |       |
| 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 |               |       |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護         | あり | なし |               |       |
| 複合型サービス                      | あり | なし |               |       |
| 居宅介護支援                       | あり | なし |               |       |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |    |               |       |
| 介護予防訪問介護                     | あり | なし |               |       |
| 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 |               |       |
| 介護予防通所介護                     | あり | なし | デイサービスセンターかわも | 同一建物内 |
| 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 |               |       |
| <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 |               |       |
| 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 |               |       |
| <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 |               |       |
| 介護療養型医療施設                    | あり | なし |               |       |

## 2. 施設概要

| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先             |   |                                    |
|------------------------------------|---|------------------------------------|
| 施設の名称                              | (ふりがな) しるばーほーむ かわも<br>シルバーホーム かわも   |                                    |
| 施設の所在地                             | 〒369-1305   | 埼玉県秩父郡長瀨町長瀨字川面 427-1               |
|                                    |   |                                    |
| 施設の連絡先                             | 電話番号  | 0494-69-1333                       |
|                                    | FAX番号   | 0494-69-1334                       |
|                                    | ホームページ  | なし                                 |
|                                    | アドレス  | あり : <a href="http://">http://</a> |
| 施設の開設年月日                           |   | 平成27年6月                            |
| 施設の管理者の職名及び氏名                      | 職名  | 管理者                                |
|                                    | 氏名  | 鈴木 寿哉                              |
| 施設までの主な利用交通手段                      |   |                                    |
| 秩父鉄道長瀨駅より徒歩1分<br>関越自動車道花園インターより25分 |   |                                    |
| 施設の類型及び表示事項                        | 住宅型有料老人ホーム  |                                    |
|                                    | 《施設類型》<br>○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：入居時自立・要支援・要介護<br>○介護保険：在宅サービス利用可能（介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用する住宅です。<br>○居室区分；全室個室 |                                    |

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

| 実人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計  | 常勤換算<br>人 数 |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-------------|
|         | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |     |             |
| 施設長     | 1  |     |     |     | 1.0 | 1.0         |
| 生活相談員   | 1  |     |     | 1   | 2.0 | 1.0         |
| 看護職員    |    | 2   |     |     | 2.0 | 0.5         |
| 介護職員    |    | 5   |     |     | 5.0 | 3.0         |
| 機能訓練指導員 |    | 1   |     |     | 1.0 | 0.5         |
| 計画作成担当者 |    |     |     |     |     |             |
| 栄養士     |    |     |     |     |     |             |
| 調理員     |    |     |     |     |     |             |
| 事務員     |    | 1   |     |     | 1.0 |             |
| その他従業者  |    |     |     |     |     |             |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40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    | 2  | 1   |     |     |
| 介護職員基礎研修 |    |     |     |     |
| 訪問介護員1級  |    |     |     |     |
| 訪問介護員2級  |    | 5   |     |     |
| 訪問介護員3級  |    |     |     |     |
| 介護支援専門員  |    |     |     |     |

従業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       |    |     |     |     |
| 看護師及び准看護師   |    |     |     |     |
| 柔道整復士       |    |     |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |     |     |

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

| 人 数  | 夜勤帯平均人数<br>(19時～7時) | 最少時人数<br>(休憩者等を除く) |
|------|---------------------|--------------------|
| 看護職員 |                     |                    |
| 介護職員 | 2名                  | 1名                 |

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

| 実人数     | 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   |    |     |     |     |    |            |
| 看護職員    |    |     |     |     |    |            |
| 介護職員    |    |     |     |     |    |            |
| 機能訓練指導員 |    |     |     |     |    |            |
| 計画作成担当者 |    |     |     |     |    |            |
| その他従業者  |    |     |     |     |    |            |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|----------|----|-----|-----|-----|
|          | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 社会福祉士    |    |     |     |     |
| 介護福祉士    |    |     |     |     |
| 介護職員基礎研修 |    |     |     |     |
| 訪問介護員1級  |    |     |     |     |
| 訪問介護員2級  |    |     |     |     |
| 訪問介護員3級  |    |     |     |     |
| 介護支援専門員  |    |     |     |     |

従業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       |    |     |     |     |
| 看護師及び准看護師   |    |     |     |     |
| 柔道整復士       |    |     |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |     |     |

管理者の他の職務との兼務の有無

あり

なし

管理者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

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合

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    |         |     |         |     |       |     |
| 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年未満の者の人数  |         |     |         |     |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |         |     |         |     |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |         |     |         |     |       |     |
| 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 |       |     |
| 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年未満の者の人数  |         |     |         |     |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |         |     |         |     |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |         |     |         |     |       |     |
| 10年以上の者の人数     |         |     |         |     |       |     |
| 従業者の健康診断の実施状況  |         |     |         | なし  | あり    |     |

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針

利用者の人格を尊重し、利用者の有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援する。

介護サービスの内容、利用定員等

|                          |                             |    |
|--------------------------|-----------------------------|----|
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無    | <input type="checkbox"/> なし | あり |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無     | <input type="checkbox"/> なし | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無     | <input type="checkbox"/> なし | あり |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況 | 別紙                          |    |

|                                  |       |  |  |
|----------------------------------|-------|--|--|
| 協力医療機関の名称                        | 南須原医院 |  |  |
| (協力の内容) 毎月1回の往診、利用者の求めに応じての往診、受診 |       |  |  |

|                           |                             |  |              |
|---------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| 協力歯科医療機関                  | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | その名称<br>只見歯科 |
| (協力の内容) 希望者に対して、定期健診、往診あり |                             |  |              |

要介護時における居室の住替えに関する事項

|              |  |
|--------------|--|
| 要介護時に介護を行う場所 |  |
|--------------|--|

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時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

台所の変更の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

介護居室へ移る場合

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)

入居一時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

台所の変更の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

|  |  |  |    |
|--|--|--|----|
| その他（一般居室から一般居室へ住み替える場合）  |  | なし   | あり |
| 判断基準・手続について  |  |  |    |
| <p>（その内容）入居者に対し、より適切なサービスを提供するため、必要と判断する場合には、次に掲げる手順を経て他の居室に移動して頂く場合があります。</p> <p>① 事業者の指定する医師の意見を聴取する。</p> <p>② 入居者及び家族の意見を聴取する。</p> <p>③ 居室の住み替えにより入居者の権利や利用料等に重大な変更が生じる場合は、次の手続きを書面により行うものとします。</p> <p>a 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける。</p> <p>b 住み替え後の居室の概要、費用負担の増減等について、入居者及び身元引受人等に説明を行う。</p> <p>c 入居者の同意を得る。ただし、入居者が判断できない状況にある場合においては、身元引受人等の同意を得る。</p> |  |  |    |
| 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）   |  |  |    |
| 入居一時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 |
| 台所の変更の有無   |  | なし   | あり |
| その他の変更の有無  |  | なし   | あり |
| （その内容）   |  |  |    |
| 施設の入居に関する要件  |  |  |    |
| 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   |  |  |    |
| 体験入居の内容  |  | 利用料 1泊2日 2,000円<br>その他 食費 朝食400円 昼食400円 夕食400円 おやつ100円<br>消耗品費 |    |
| 入居定員   |  | 28名  |    |
| その他  |  |  |    |

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

|            | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|------------|------|------|------|------|------|----|
| 65歳未満      |      |      |      |      |      |    |
| 65歳以上75歳未満 |      |      |      |      |      |    |
| 75歳以上85歳未満 |      |      |      |      |      |    |
| 85歳以上      |      |      |      |      |      |    |
|            | 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

入居者の男女別人数

男性

女性

入居率（一時的に不在となっている者を含む）

前年度に退去した者の人数

|        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|--------|------|------|------|------|------|----|
| 自宅等    |      |      |      |      |      |    |
| 社会福祉施設 |      |      |      |      |      |    |
| 医療機関   |      |      |      |      |      |    |
| 死亡者    |      |      |      |      |      |    |
| 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1年未満 | 1年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上15年未満 | 15年以上 |
|------|-------|-----------|----------|-----------|------------|-------|
| 入居者数 |       |           |          |           |            |       |

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                |  |                               | <input type="checkbox"/> なし                 | <input type="checkbox"/> あり   |
|                             | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物               |  |                               | <input type="checkbox"/> なし                 | <input type="checkbox"/> あり   |
| 居室の状況                       | 区分                                     |  | 室数                            | 人数  | 1の居室の床面積  |
|                             | 一般居室個室                                 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし                            | 28  | 別紙契約書<br>第44条参照<br>m <sup>2</sup><br>-----<br>m <sup>2</sup><br>-----<br>m <sup>2</sup><br>-----<br>m <sup>2</sup><br>-----<br>m <sup>2</sup> |
|                             | 一般居室相部屋                                | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし   |   |   |
|                             | 介護居室個室                                 | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし   |   |   |
|                             | 介護居室相部屋                                | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし   |   |   |
|                             | 一時介護室                                  | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし   |   |   |
|                             | 共用便所の設置数                               |  | 7                             | うち男女別の対応が可能な数                               |   |
|                             |  |  | うち車いす等の対応が可能な数                |   |   |
| 個室の便所の設置数                   |  | 0                                      | 個室における便所の設置割合                 |   |   |
|                             |  |  | うち車いす等の対応が可能な数                |   |   |
| 浴室の設備状況                     | 浴室の数                                   | 個浴                                     | 大浴槽                           | 特殊浴槽  | リフト浴  |
|                             |  | 2                                      |                               |   |   |
| その他、浴室の設備に関する事項             |  |  |                               |   |   |
| 食堂の設備状況                     |  |  |                               |   |   |
| 入居者等が調理を行う設備状況              |  | <input type="checkbox"/> なし            | <input type="checkbox"/> あり   |   |   |
| その他、共用施設の設備状況               |  |  |                               |   |   |
| <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) メールボックス、洗濯室、電話、駐車場              |                               |   |   |
| バリアフリーの対応状況                 |  |  |                               |   |   |
| (その内容) 居室、廊下等共用部、浴室         |  |  |                               |   |   |
| 緊急通報装置の設置状況                 |  | <input type="checkbox"/> なし            | <input type="checkbox"/> 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり |   |
| 外線電話回線の設置状況                 |  | <input type="checkbox"/> なし            | <input type="checkbox"/> 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり |   |
| テレビ回線の設置状況                  |  | <input type="checkbox"/> なし            | <input type="checkbox"/> 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり |   |
| 施設の敷地に関する事項                 |  |  |                               |   |   |
| 敷地の面積                       |  | 1820.87 m <sup>2</sup>                 |                               |   |   |
| 事業所を運営する法人が所有               |  | <input type="checkbox"/> なし            | <input type="checkbox"/> 一部あり | <input type="checkbox"/> あり                 |   |
| 抵当権の設定                      |  | <input type="checkbox"/> なし            |                               | <input checked="" type="checkbox"/> あり      |   |
| 貸借(借地)                      |  |  |                               |   |   |
| <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 契約期間                                   | 始                             | 平成27年7月                                     | 終   |
|                             |  | 契約の自動更新                                |                               | <input type="checkbox"/> なし                 | <input checked="" type="checkbox"/> あり  |
| 施設の建物に関する事項                 |  |  |                               |   |   |
| 建物の構造                       |  | 木造平屋造                                  |                               |   |   |
| 建物の延床面積                     |  | 994.28 m <sup>2</sup>                  |                               |   |   |
| 事業所を運営する法人が所有               |  | <input type="checkbox"/> なし            | <input type="checkbox"/> 一部あり | <input type="checkbox"/> あり                 |   |
| 抵当権の設定                      |  | <input type="checkbox"/> なし            |                               | <input type="checkbox"/> あり                 |   |
| 貸借(借家)                      |  |  |                               |   |   |
| <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 契約期間                                   | 始                             | 平成27年7月                                     | 終   |
|                             |  | 契約の自動更新                                |                               | <input type="checkbox"/> なし                 | <input checked="" type="checkbox"/> あり  |

|   |                                     |                      |   |
|---|-------------------------------------|----------------------|---|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況   |                                     |                      |   |
| 事業主体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   | 苦情相談室 シルバーホームかわも                    |                      |   |
| 電話番号  | 0494-69-1333                        |                      |   |
| 対応している時間  | 平日                                  | 9:00~17:00           |   |
|   | 土曜                                  | 9:00~17:00           |   |
|   | 日曜・祝日                               |                      |   |
| 定休日等  | 日曜、祝日、12/31~1/3                     |                      |   |
| 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   | 埼玉県福祉部高齢者福祉課                        |                      |   |
| 電話番号  | 048-830-3254                        |                      |   |
| 対応している時間  | 平日                                  | 8:30~17:15           |   |
|   | 土曜                                  |                      |   |
|   | 日曜・祝日                               |                      |   |
| 定休日等  | 土、日、祝日、12/29~1/3                    |                      |   |
| 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) 事業包括賠償責任保険に加入 |   |
| その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関すること                     |                                     |                      |   |
| なし  | <input checked="" type="checkbox"/> | (その内容) 事業包括賠償責任保険に加入 |   |
| サービスの提供内容に関する特色等  |                                     |                      |   |
| (その内容) 利用者の人格を尊重し、利用者の有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援する。 |                                     |                      |   |
| 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、意見箱等利用者等の意見等を把握する取組の状況                           |                                     |                      |   |
| なし  | <input checked="" type="checkbox"/> | 実施した年月日              |   |
|   |                                     | 当該結果の開示状況            | なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| 第三者による評価の実施状況   |                                     |                      |   |
| なし  | <input checked="" type="checkbox"/> | 実施した年月日              |   |
|   |                                     | 実施した評価機関の名称          |   |
|   |                                     | 当該結果の開示状況            | なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |

5. 利用料金

|  |                             |       |                        |
|--|-----------------------------|-------|------------------------|
| 利用料の支払い方法                                      | 一時金方式                       | 月払い方式 | 選択方式                   |
| 敷金   | 0円（入居なし・退去時クリーニング費用その他実費負担） |       |                        |
| 一時金方式  |                             |       |                        |
| 一時金及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  | 一時金                         | 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                        |       |                        |
|  | 食費                          |       |                        |
|  | 光熱水費                        |       |                        |
|  | 管理費                         |       |                        |
|  | 一時金                         |       |                        |
| 一時金の償却に関する事項                                   |                             |       |                        |
| 償却開始日の設定                                       | 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<br>（想定居住期間）                              |                             |       |                        |
| 契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例                           |                             |       |                        |
| 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及び現状回復のための費用の算定方法            |                             |       |                        |
| 一時金の支払方法                                       |                             |       |                        |
| 月払い方式  |                             |       |                        |

|  |       |  |         |      |         |      |         |
|--|-------|--|---------|------|---------|------|---------|
| 月単位で支払う利用料   |       | 89,000円  |         |      |         |      |         |
| 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  | 家賃相当額   | 介護費用 | 食費      | 光熱水費 | 管理費     |
|  |       |  | 37,000円 |      | 39,000円 |      | 13,000円 |
|  |       |  |         |      |         |      |         |
|  |       |  |         |      |         |      |         |
| ※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 | 借入金利子及び近傍家賃等を勘案して設定                                |         |      |         |      |         |
|  | 介護費用  | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                              |         |      |         |      |         |
|  | 食費    | 朝食400円・昼食400円・夕食400円・おやつ100円<br>業務委託費及び人件費等を勘案して設定 |         |      |         |      |         |
|  | 光熱水費  | 管理費に計上   |         |      |         |      |         |
|  | 管理費   | 建物及び付帯設備、共用施設の維持管理。管理部分の人件費、共用部分の消耗品費。通信費。公共料金     |         |      |         |      |         |
| 一時金方式・月払い方式共通  |       |  |         |      |         |      |         |
| 介護保険サービスの自己負担額   |       |  |         |      |         |      |         |
| 内容   |       |  |         |      |         |      |         |
| 人員配置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   |       |  |         |      |         |      |         |
| 支払い方法  |       | 月単位（日割り計算の有無 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利用料   |       |  |         |      |         |      |         |
| 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   |       | 個別サービスに伴う人件費、燃料費、事務費等を勘案して設定                       |         |      |         |      |         |
| 料金改定の手続  |       |  |         |      |         |      |         |
| 費用の改定にあたって施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び、人件費を勘案し運営懇談会の意見を聞いたうえ改定するものとします。<br>入居者が支払うべき費用を改定する場合は、あらかじめ事業者は入居者及び身元引受人等に通知します。 |       |  |         |      |         |      |         |

6. 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」

※ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 鈴木 寿哉

※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