別紙様式

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 令和6年12月1日 |

**１．事業主体概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 種類 | 個人／法人 |
| ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | （ふりがな）　かいごこうれいかかぶしきがいしゃ　介護高齢課株式会社 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　371-8570　前橋市大手町一丁目1番1号 |
| 連絡先 | 電話番号 | 027-226-2566 |
| FAX番号 | 027-223-6725 |
| ホームページアドレス | http://www.pref.gunma.jp/02/d2300293.html |
| メイルアドレス | kaigo-kiban@pref.gunma.lg.jp |
| 代表者 | 氏名 | 甲野　乙子 |
| 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和50年4月1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）じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむかいごこうれいか　住宅型有料老人ホーム介護高齢課 |
| 所在地 | 〒　371-8570　前橋市大手町一丁目1番1号　14階 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | ＪＲ前橋駅 |
| 交通手段と所要時間 | ①バス利用の場合・ＪＲ前橋駅のバス乗車場１番発着のバスで乗車、約10分、県庁前バス停で下車、徒歩約3分。バスは昼間であれば1時間に3～6便程度発着②自動車利用の場合・ＪＲ前橋駅から約10分・関越自動車道前橋ICから約10分・北関東自動車道前橋南ICから約15分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 027-226-2566 |
| FAX番号 | 027-223-6725 |
| ホームページアドレス | http://www.pref.gunma.jp/02/d2300293.html |
| メイルアドレス | kaigo-kiban@pref.gunma.lg.jp |
| 管理者 | 氏名 | 丙山　丁太郎 |
| 職名 | 管理者（兼施設長） |
| 建物の竣工日 | 平成26年4月1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成26年4月1日 |

**（類型）【表示事項】**

|  |
| --- |
| 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）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）③　住宅型４　健康型 |
| １又は２に該当する場合 | 介護保険事業者番号 |  |
| 指定した自治体名 | 県（市） |
| 事業所の指定日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 指定の更新日（直近） | 平成　　年　　月　　日 |

**（特記事項）**

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　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 | ①　あり　　２　なし　　３　不要※ |
| 　※　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 |

**（併設介護保険事業所等の概要）　※併設する介護保険事業所等がない場合は省略可能**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 併設介護保険事業所等 | １ | 施設の名称 | デイサービス介護高齢課 |
| サービスの類型 | 地域密着型通所介護 |
| 事業所番号 | 10XXXXXXXX |
| 事業所の場所 | ①　同一の建物　　２　同一の敷地　　３　隣接する土地 |
| ２ | 施設の名称 | ヘルパーステーション介護高齢課 |
| サービスの類型 | 訪問介護 |
| 事業所番号 | 10XXXXXXXX |
| 事業所の場所 | ①　同一の建物　　２　同一の敷地　　３　隣接する土地 |
| ３ | 施設の名称 | ケアマネジメント介護高齢課 |
| サービスの類型 | 居宅介護支援 |
| 事業所番号 | 10XXXXXXXX |
| 事業所の場所 | ①　同一の建物　　２　同一の敷地　　３　隣接する土地 |
| ４ | 施設の名称 | ケアレンタル介護高齢課 |
| サービスの類型 | 福祉用具貸与 |
| 事業所番号 | 10XXXXXXXX |
| 事業所の場所 | １　同一の建物　　②　同一の敷地　　３　隣接する土地 |
| ５ | 施設の名称 | 介護老人保健施設ＸＸ苑（関係法人） |
| サービスの類型 | 介護老人保健施設 |
| 事業所番号 | 10XXXXXXXX |
| 事業所の場所 | １　同一の建物　　２　同一の敷地　　③　隣接する土地 |

**３．建物概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 土地 | 敷地面積 | 3,500　㎡ |
| 所有関係 | １　事業者が自ら所有する土地 |
| ②　事業者が賃借する土地 |
|  | 借地権の類型 | ①　普通借地権　　　２　定期借地権 |
| 抵当権の有無 | ①　あり　　２　なし |
| 契約期間 | ①　あり（H26年4月1日～R27年3月31日）２　なし |
| 契約の自動更新 | ①　あり　　２　なし |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1,250　㎡ |
| うち有料老人ホーム部分 | 990　㎡ |
| 耐火構造 | １　耐火建築物（建築基準法第２条第９号の２）②　準耐火建築物（建築基準法第２条第９号の３）３　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 構造 | １　鉄筋コンクリート造２　鉄骨造③　木造４　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 建物階数 | 　平屋建て　（うち有料老人ホーム部分　1階　） |
| 所有関係 | 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（H26年4月1日～R27年3月31日）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【表示事項】 | １　全室個室 |
| ②　相部屋あり |
|  | 最少 | １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 | 有 | 有 | 35.0　㎡ | 2 | 一般居室相部屋 |
| タイプ２ | 有 | 無 | 18.0　㎡ | 10 | 一般居室個室 |
| タイプ３ | 無 | 無 | 13.5　㎡ | 10 | 一般居室個室 |
| タイプ４ | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ５ | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ６ | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ７ | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ８ | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ９ | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ10 | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| ※「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 | 共用便所における便房 | 5 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 | 5 ヶ所 |
| 共用浴室 | 2 ヶ所 | 個室 | 2 ヶ所 |
| 大浴場 | ヶ所 |
| 共用浴室における介護浴槽 | 1 ヶ所 | チェアー浴 | ヶ所 |
| リフト浴 | ヶ所 |
| ストレッチャー浴 | 1 ヶ所 |
| その他（　　　　　　） | ヶ所 |
| 食堂 | ①　あり　　　２　なし |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | ①　あり　　　２　なし食堂に付属の簡易キッチンを利用することができます。 |
| 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）４　なし |
| 消防用設備等 | 消火器 | ①　あり　　　２　なし |
| 自動火災報知設備 | ①　あり　　　２　なし |
| 火災通報設備 | ①　あり　　　２　なし |
| スプリンクラー | ①　あり　　　２　なし |
| 防火管理者 | ①　あり　　　２　なし |
| 防災計画 | ①　あり　　　２　なし |
| その他 |  |

**４．サービスの内容**

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | 　老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もつて老人の福祉を図ることを目的とする。　老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする。 　老人は、老齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して、常に心身の健康を保持し、又は、その知識と経験を活用して、社会的活動に参加するように努めるものとする。 　老人は、その希望と能力とに応じ、適当な仕事に従事する機会その他社会的活動に参加する機会を与えられるものとする。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | ・診療所併設・介護老人保健施設の併設（関係法人）・介護職員による喀痰吸引等の実施について、施設指定を受けている。・前橋市の市街地に立地し、交通至便、徒歩での買物等も可能・地域連携の重視。町内会行事との連携あり。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | ①　自ら実施　 ２　委託　 ３　なし |
| 食事の提供 | １　自ら実施　 ②　委託　 ３　なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | ①　自ら実施　 ２　委託　 ３　なし |
| 健康管理の供与 | 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 | ①　自ら実施　 ２　委託　 ３　なし |
| 生活相談サービス | 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※１　「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。※２　「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。 | 入居継続支援加算 | (Ⅰ)　(Ⅱ)　なし |
| 生活機能向上連携加算 | (Ⅰ)　(Ⅱ)　なし |
| ADL維持等加算 | (Ⅰ)　(Ⅱ)　なし |
| 個別機能訓練加算 | (Ⅰ)　(Ⅱ)　なし |
| 夜間看護体制加算 | (Ⅰ)　(Ⅱ)　なし |
| 若年性認知症入居者受入加算 | １　あり　２　なし |
| 協力医療機関連携加算（※１） | (Ⅰ)　(Ⅱ)　なし |
| 口腔衛生管理体制加算（※２） | １　あり　２　なし |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | １　あり　２　なし |
| 退院・退所時連携加算 | １　あり　２　なし |
| 退去時情報提供加算 | １　あり　２　なし |
| 看取り介護加算 | (Ⅰ)　(Ⅱ)　なし |
| 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ)　(Ⅱ)　なし |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | (Ⅰ)　(Ⅱ)　なし |
| 新興感染症等施設療養費 | １　あり　２　なし |
| 生産性向上推進体制加算 | (Ⅰ)　(Ⅱ)　なし |
| サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ　(Ⅰ)ロ　(Ⅱ)　(Ⅲ)　なし |
| 介護職員等処遇改善加算 | (Ⅰ)　(Ⅱ)　(Ⅲ)　(Ⅳ)　(Ⅴ)(１)～(１４)　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）　　　：１ |
| 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②　入退院の付添い③　通院介助④　その他（　併設老健（ショート含む。）への入所手配　） |
| 協力医療機関 | １ | 名称 | ＸＸＸクリニック |
| 住所 | 前橋市大手町一丁目1番1号　30階 |
| 診療科目 | 内科 |
| 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | ①　あり　２　なし |
| 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | ①　あり　２　なし |
| ２ | 名称 | ＸＸＸ病院 |
| 住所 | 前橋市ＸＸＸ町ＸＸＸ |
| 診療科目 | 内科、外科、循環器科、整形外科その他 |
| 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | ①　あり　２　なし |
| 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | ①　あり　２　なし |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | ①　あり |
|  | 医療機関の名称 | ＸＸＸクリニック |
|  | 医療機関の住所 | 前橋市大手町一丁目1番1号　30階 |
| ２　なし |
| 協力歯科医療機関 | １ | 名称 | ＸＸＸ歯科クリニック |
| 住所 | 前橋市大手町一丁目1番1号　30階 |
| 協力内容 | 治療、予防、口腔検査、訪問歯科診療、往診その他 |
| 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 | １　一時介護室へ移る場合２　介護居室へ移る場合３　その他（　　　　　　　） |
| 判断基準の内容 |  |
| 手続の内容 |  |
| 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【表示事項】 | 自立している者 | １　あり　　②　なし |
| 要支援の者 | ①　あり　　２　なし |
| 要介護の者 | ①　あり　　２　なし |
| 入居対象となる者の年齢 | 60歳以上 |
| 留意事項 | ・入居時に自立であっても、認定を受けて要介護又は要支援となる見込みのある方であれば、入居することができます。・夫婦で入居される場合、御夫婦のどちらかが60歳以上であれば、御夫婦2人で入居することができます。・2号被保険者の方は、年齢にかかわらず入居することができます。・障害者の認定のある方の入居については、相談の上、お引き受けできるかどうかお答えします。この場合、年齢は不問です。 |
| 契約の解除の内容 | ・入居契約書に虚偽の事項を記載する等の不正の手段により入居したとき。・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば支払わないとき。・禁止された行為又は制限された行為を入居契約書又は管理規程の規定に違反して行ったとき。・入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼすおそれがあり、かつ、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。※契約解除の前に、入居者及び身元引受人の方とお話し合いをさせていただきます。 |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第29条 |
| 解約予告期間 | 90日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 |
| 体験入居の内容 | ①　あり（内容：通常の入居者と同じ生活を送ることができます。空室のないときは、体験入居はできません。最長7泊8日）　　２　なし |
| 体験入居の費用 | 　8,000円／日　宿泊費、食費等の利用料金を含む。　実費として徴収する別添2のサービス費用は、利用実績に応じて別途請求いたします。全ての費用は、体験入居の終了時に一括して請求いたします |
| 入居定員 | 24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（併設介護保険事業所等など同一法人が運営する他の事業所の職員については記載しないでください。）。**

**（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 |  |  |
| 生活相談員 | 1 | 1 |  |  |
| 直接処遇職員 |  |  |  |  |
|  | 介護職員 | 7 | 4 | 3 |  |
|  | 看護職員 | 1 |  | 1 |  |
| 機能訓練指導員 |  |  |  |  |
| 計画作成担当者 |  |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |  |
| 調理員 |  |  |  |  |
| 事務員 | 1 | 1 |  |  |
| その他職員 |  |  |  |  |
| １週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※２ | 40 |
| ※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 | 1 | 1 |  |
| 介護福祉士 | 1 | 1 |  |
| 実務者研修の修了者 |  |  |  |
| 初任者研修の修了者 | 7 | 4 | 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 |  |  |  |
| 作業療法士 |  |  |  |
| 言語聴覚士 |  |  |  |
| 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・介護職員の人数）**

|  |
| --- |
| 夜勤帯の設定時間（　17時30分～　9時00分） |
|  | 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 | 1.5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】 | ａ　1.5：１以上ｂ　２：１以上ｃ　2.5：１以上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） | ：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 | 社会福祉士 |
| 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 |  |  | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |
| 前年度１年間の退職者数 |  |  | 1 |  | 1 |  |  |  |  |  |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | １年未満 |  |  | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |
| １年以上３年未満 |  | 1 | 3 | 2 |  |  |  |  |  |  |
| ３年以上５年未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５年以上10年未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10年以上 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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【表示事項】 | ①　利用権方式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【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 |
| ③　月払い方式 |
| ４　選択方式※該当する方式を全て選択 | １　全額前払い方式２　一部前払い・一部月払い方式３　月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | １　あり　　②　なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | ①　あり　　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 | １　減額なし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 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 利用料金の改定に当たっては、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を勘案します。 |
| 手続 | 運営懇談会の意見を聴いた上で改定し、入居者及び身元引受人等へ事前に通知し、その同意を得るものとします。 |

**（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 | 3 | 3 |
| 年齢 | 70　歳 | 80　歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 18　㎡ | 35　㎡ |
| 便所 | ①　有　　２　無 | ①　有　　２　無 |
| 浴室 | １　有　　②　無 | ①　有　　２　無 |
| 台所 | １　有　　②　無 | １　有　　②　無 |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0円 | 0円 |
| 敷金 | 90,000円 | 70,000円 |
| 月額費用の合計 | 165,000円 | 117,500円 |
|  | 家賃 | 45,000円 | 35,000円 |
|  | サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※１の費用 | -円 | -円 |
|  | 介護保険外※２ | 食費 | 45,000円 | 45,000円 |
|  | 管理費 | 30,000円 | 15,000円 |
|  | 介護費用 | 30,000円 | 15,000円 |
|  | 光熱水費 | 15,000円 | 7,500円 |
|  | その他 | 0円 | 0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 | 35,000円　個室45,000円　個室（トイレ付き）35,000円　夫婦部屋（トイレ・浴室付き）（1人当たりの家賃）いずれも近傍のサービス付き高齢者向け住宅の家賃の平均額程度 |
| 敷金 | 70,000円　個室45,000円　個室（トイレ付き）70,000円　夫婦部屋（トイレ・浴室付き）（1人当たりの敷金）いずれも家賃の２ヶ月分 |
| 介護費用 | 30,000円（夫婦入居の場合は、1人当たり15,000円）居室清掃、食事介助、夜間巡回等のサービス提供費用 |
| 管理費 | 30,000円（夫婦入居の場合は、1人当たり15,000円）居室、共用部分の維持費・修繕費、人件費その他の費用 |
| 食費 | 45,000円　朝食500円、昼食500円、夕食500円　30日分で算定それぞれの食事について、配食サービス（調理委託）約250円、配膳・下膳などのサービス費用約250円の経費配分 |
| 光熱水費 | 15,000円（夫婦入居の場合は、1人当たり7,500円）電気料金、水道料金、ガス料金。これらの合計額を入居者数で均等に割った概算額 |
| 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 |  |
| 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（上乗せサービス） |  |
| ※　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 | 6人 |  |
| 女性 | 10人 |  |
| 年齢別 | 60歳未満 | 人 |  |
| 60歳以上65歳未満 | 2人 |  |
| 65歳以上75歳未満 | 2人 |  |
| 75歳以上85歳未満 | 2人 |  |
| 85歳以上90歳未満 | 4人 |  |
| 90歳以上95歳未満 | 4人 |  |
| 95歳以上100歳未満 | 2人 |  |
| 100歳以上 | 人 |  |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |  |
| 要支援１ | 人 |  |
| 要支援２ | 人 |  |
| 要介護１ | 2人 |  |
| 要介護２ | 2人 |  |
| 要介護３ | 8人 |  |
| 要介護４ | 4人 |  |
| 要介護５ | 人 |  |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | 6人 |  |
| ６ヶ月以上１年未満 | 10人 |  |
| １年以上５年未満 | 人 |  |
| ５年以上10年未満 | 人 |  |
| 10年以上15年未満 | 人 |  |
| 15年以上 | 人 |  |
| 入居時の住所地 | 市内 | 4人 |  |
| 県内の他の市町村 | 6人 |  |
| 県外 | 6人 |  |

**（入居者の属性）**

|  |  |
| --- | --- |
| 平均年齢 | 82.5歳 |
| 入居者数の合計 | 16人 |
| 入居率※ | 66％ |
| ※ 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 | 人 |
| 社会福祉施設 | 人 |
| 医療機関 | 2人 |
| 死亡者 | 人 |
| その他 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申出 | 1人 |
| （解約事由の例）無断で退居し、利用料金の支払いがないため。 |
| 入居者側の申出 | 1人 |
| （解約事由の例）循環器疾患の悪化により病院で長期療養となったため。 |

**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）※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 |
| 電話番号 | 027-226-2566 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:15 |
| 土曜 | 8:30～17:15 |
| 日曜・祝日 | - |
| 定休日 | 日曜、祝日、年始年末（12/29～1/3） |

**（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 | 本社相談窓口 |
| 電話番号 | 027-223-1111 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:15 |
| 土曜 | - |
| 日曜・祝日 | - |
| 定休日 | 土曜、日曜、祝日、年始年末（12/29～1/3） |

**（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 | 群馬県庁介護高齢課（公的機関） |
| 電話番号 | 027-226-2566 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:15 |
| 土曜 | - |
| 日曜・祝日 | - |
| 定休日 | 土曜、日曜、祝日、年始年末（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 | ①　あり | （その内容）死亡時　損害額（2億円上限）傷病　治療に相当する額（2千万円上限）財産の損失　損失額（2千万円上限） |
| ２　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 | ①　あり | （その内容）上記の損害賠償責任保険で対応 |
| ２　なし |
| 事故対応及びその予防のための指針 | ①　あり　　　２　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 | ①　あり | 実施日 | 毎年8月 |
| 結果の開示 | ①　あり ２　なし |
| ２　なし |
| 第三者による評価の実施状況 | ①　あり | 実施日 | 平成28年10月1日 |
| 評価機関名称 | （公財）全国有料老人ホーム協会 |
| 結果の開示 | ①　あり ２　なし |
| ２　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 | ①　入居希望者に公開　　２　入居希望者に交付　　３　公開していない |
| 管理規程 | ①　入居希望者に公開　　２　入居希望者に交付　　３　公開していない |
| 重要事項説明書 | ①　入居希望者に公開　　２　入居希望者に交付　　３　公開していない |
| 事業収支計画書 | １　入居希望者に公開　　②　入居希望者に交付　　３　公開していない |
| 財務諸表の要旨 | １　入居希望者に公開　　②　入居希望者に交付　　３　公開していない |
| 財務諸表の原本 | １　入居希望者に公開　　②　入居希望者に交付　　３　公開していない |

**10．その他**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 運営懇談会 | ①　あり | （開催頻度）年　2回（7月、2月） |
| ２　なし |
|  | １　代替措置あり | （内容） |
| ２　代替措置なし |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | ①　あり　　２　なし |
| 指針の整備 | ①　あり　　２　なし |
| 定期的な研修の実施 | ①　あり　　２　なし |
| 担当者の配置 | ①　あり　　２　なし |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | ①　あり　　２　なし |
| 指針の整備 | ①　あり　　２　なし |
| 定期的な研修の実施 | ①　あり　　２　なし |
| 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと |
| ①　あり | 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | ①　あり　　２　なし |
| ２　なし |
| 業務継続計画の策定状況等 | 感染症に関する業務継続計画 | ①　あり　　２　なし |
| 災害に関する業務継続計画 | ①　あり　　２　なし |
| 職員に対する周知の実施 | ①　あり　　２　なし |
| 定期的な研修の実施 | ①　あり　　２　なし |
| 定期的な訓練の実施 | ①　あり　　２　なし |
| 定期的な業務継続計画の見直し | ①　あり　　２　なし |
| 提携ホームへの移行【表示事項】 | ①　あり（提携ホーム名：有料老人ホームＮＮＮ）　　　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 | １　あり　　②　なし |
|  | 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 | １　適合している（代替措置）２　適合している（将来の改善計画）３　適合していない |
| 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 |  |
| （公社）全国有料老人ホーム協会への加入 | ①　あり　　２　なし |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  | ヘルパーステーション介護高齢課 | 前橋市大手町1-1-1 |
| 訪問入浴介護 |  | なし |  |  |
| 訪問看護 | あり |  | ナースステーションＡＡＡ | 前橋市ＡＡＡ町ＡＡＡ |
| 訪問リハビリテーション |  | なし |  |  |
| 居宅療養管理指導 |  | なし |  |  |
| 通所介護 | あり |  | デイサービスＡＡＡ | 前橋市ＡＡＡ町ＡＡＡ |
| 通所リハビリテーション |  | なし |  |  |
| 短期入所生活介護 |  | なし |  |  |
| 短期入所療養介護 |  | なし |  |  |
| 特定施設入居者生活介護 |  | なし |  |  |
| 福祉用具貸与 | あり |  | ケアレンタル介護高齢課 | 前橋市大手町1-1-1 |
| 特定福祉用具販売 |  | なし |  |  |
| ＜地域密着型サービス＞ |
|  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |  | なし |  |  |
| 夜間対応型訪問介護 |  | なし |  |  |
| 地域密着型通所介護 | あり |  | デイサービス介護高齢課 | 前橋市大手町1-1-1 |
| 認知症対応型通所介護 |  | なし |  |  |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり |  | マルチケアＡＡＡ | 前橋市ＡＡＡ町ＡＡＡ |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり |  |  |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 |  | なし |  |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |  | なし |  |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 |  | なし |  |  |
| 居宅介護支援 | あり |  | ケアマネジメント介護高齢課 | 前橋市大手町1-1-1 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ |
|  | 介護予防訪問介護 |  | なし |  |  |
| 介護予防訪問入浴介護 |  | なし |  |  |
| 介護予防訪問看護 | あり |  | ナースステーションＡＡＡ | 前橋市ＡＡＡ町ＡＡＡ |
| 介護予防訪問リハビリテーション |  | なし |  |  |
| 介護予防居宅療養管理指導 |  | なし |  |  |
| 介護予防通所介護 | あり |  | デイサービスＡＡＡ | 前橋市ＡＡＡ町ＡＡＡ |
| 介護予防通所リハビリテーション |  | なし |  |  |
| 介護予防短期入所生活介護 |  | なし |  |  |
| 介護予防短期入所療養介護 |  | なし |  |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 |  | なし |  |  |
| 介護予防福祉用具貸与 |  | なし |  |  |
| 特定介護予防福祉用具販売 |  | 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 |  | なし |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり |  | マルチケアＡＡＡ | 前橋市ＡＡＡ町ＡＡＡ |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり |  | グループホーム介護高齢課 | 前橋市ＡＡＡ町ＡＡＡ |
| 介護予防支援 | あり |  | デイサービス介護高齢課 | 前橋市大手町1-1-1 |
| ＜介護保険施設＞ |
|  | 介護老人福祉施設 |  | なし |  |  |
| 介護老人保健施設 |  | なし |  |  |
| 介護療養型医療施設 |  | なし |  |  |
|  | 介護医療院 |  | 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 | 備　　考 |
| （利用者が全額負担） | 包含※2 | 都度※2 |  |
| 料金※3 |
| 介護サービス |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 |  | ○ | 500 | パッド、廃棄料金を含む。 |
|  | 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 | 約50㎞圏内の病院のみ。2,000円／時間 |
|  | 口腔衛生管理 | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  |  |
| 生活サービス |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 居室清掃 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 500 |  |
|  | 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 | ○ |  |  |  |
|  | 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 500 | 居室療養の必要のあるときは料金不要 |
|  | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 |  |  | なし | あり |  | ○ |  | 食事の内容に応じた料金 |
|  | おやつ |  |  | なし | あり | ○ |  |  |  |
|  | 理美容師による理美容サービス |  |  | なし | あり |  | ○ | 3,700 | 月1回。1週間前までに要予約 |
|  | 買物代行 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 役所手続代行 | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  |  |
|  | 金銭・貯金管理 |  |  | なし | あり |  | ○ | 3,000 | 身元引受人の同意が必要　3,000円／月 |
| 健康管理サービス |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 定期健康診断 |  |  | なし | あり |  | ○ | 8,000 | 年2回。料金は目安（病院の指定料金） |
|  | 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  |  |
|  | 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  |  |
|  | 服薬支援 | 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 | ○ |  |  |  |
| 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 |  | ○ | 2,000 | 2,000円／時間 |
|  | 入退院時の同行 | 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 |  | ○ | 3,000 | 約50㎞圏内の病院のみ。3,000円／時間 |
|  | 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 2,000 | 2,000円／時間　家族から依頼の場合 |

※１：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（１割から３割までの利用者負担）。　※２：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。

※３：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の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。