

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和 6年7月1日 |
| 記入者名 | 齊藤 真樹 |
| 所属・職名 | 施設長 |

※ 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4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4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/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 社会福祉法人 |
| 名称 | (ふりがな) しゃかいふくしほうじん えいそうかい 社会福祉法人 榮惣会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒038-0042 青森市大字新城字平岡75-292 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 017-763-2015 |
| | FAX番号 | 017-763-2016 |
| | ホームページアドレス | http://eisoukai.com/ |
| 代表者 | 氏名 | 齋藤 貴子 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 23年7月1日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1（別を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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむふさしえ 介護付き有料老人ホーム惣久 | |
| 所在地 | 〒030-0812 青森県青森市堤町2丁目4番9号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 青森駅 |

| | | |
|---------------|------------|---|
| | 交通手段と所要時間 | ①青森西部行き・青森東部行き 青森リンクステーション停留所で下車、 国道より一本平和公園道理側に向かい、 徒歩で2分程度。青森平安閣となり。 ②自家用車の場合 平和公園通り一つ目 の信号機を左折。青森平安閣の隣。 |
| 連絡先 | 電話番号 | 017-763-0380 |
| | FAX 番号 | 017-763-0381 |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 管理者 | 氏名 | 斉藤 真樹 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和 平成 3年1月31日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和 平成 24年6月24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 | 0290100650 |
| | 指定した自治体名 | 青森市 |
| | 事業所の指定日 | 令和 4年 11月 1日 |
| | 指定の更新日（直近） | 令和 10年 10月 31日 |

3. 建物概要

| | | | | |
|---------|------|----------------------------------|-----------------------------------|------|
| 土地 | 敷地面積 | 648.76 m ² | | |
| | 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 | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり (年 月 日 ~ 年 月 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 | 713.40 m ² | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 713.40 m ² | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 ② 準耐火建築物 3 その他 () | | |

| | | | | | | |
|--|----------------|---|----------------------|----------------------|--------|--------|
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 ② 鉄骨造(軽量鉄骨造) 3 木造 4 その他() | | | | |
| | 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 (年 月 日 ~ 年 月 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 | 人部屋 | | | |
| | | 最大 | 人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分 ※ |
| | 1号室Dタイプ | 有(無) | 有(無) | 17.75 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | 2号室Eタイプ | 有(無) | 有(無) | 13.64 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | 3号室Dタイプ | 有(無) | 有(無) | 15.62 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | 4号室Bタイプ | 有(無) | 有(無) | 20.12 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | 5号室Dタイプ | 有(無) | 有(無) | 17.28 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | 6号室Dタイプ | 有(無) | 有(無) | 14.72 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | 7号室Dタイプ | 有(無) | 有(無) | 14.69 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | 8号室Cタイプ | 有(無) | 有(無) | 18.60 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | 9号室Eタイプ | 有(無) | 有(無) | 12.30 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | 10号室Aタイプ | 有(無) | 有(無) | 22.78 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | 11号室Cタイプ | 有(無) | 有(無) | 17.52 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | 12号室Cタイプ | 有(無) | 有(無) | 17.68 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| | 13号室Aタイプ | 有(無) | 有(無) | 19.61 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| 14号室Dタイプ | 有(無) | 有(無) | 16.00 m ² | 1 | 介護居室個室 | |
| 15号室Bタイプ | 有(無) | 有(無) | 18.00 m ² | 1 | 介護居室個室 | |
| 16号室Eタイプ | 有(無) | 有(無) | 11.84 m ² | 1 | 介護居室個室 | |
| 17号室Aタイプ | 有(無) | 有(無) | 24.66 m ² | 1 | 介護居室個室 | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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 | 4ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 0ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 4ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 3ヶ所 | 個室 | | 3ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | ヶ所 | |
| 共用浴室における介 | ヶ所 | チェアー浴 | | ヶ所 | | |

| | | | | |
|--------|------------------|--|----------|-----|
| | 護浴槽 | | リフト浴 | 1ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | 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 | |
| | 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・入居者や御家族の立場に立ったサービスの提供に努めます。 ・入居者が自立した生活を営むことが出来るよう援助致します。 ・各関係機関との密接な連携に努め、利用者や御家族に安心・安全を提供致します。 ・地域に開かれた施設を目指し、地域との結びつきを重視します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | |
| 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 | 職員の欠如による減算の状況 | 1 あり ② なし |
| | 身体拘束廃止取組の有無 | 1 減算型 ② 基準型 |
| | 入居継続支援加算 | 1 あり ② なし |
| | テクノロジーの導入 | 1 あり ② なし |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 あり ② なし |

| | | |
|----------------------|------------------|----------------------|
| | 個別機能訓練加算 | 1 あり (2) なし |
| | ADL 維持等加算〔申出〕の有無 | 1 あり (2) なし |
| | 夜間看護体制 | (1) あり 2 なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | (1) あり 2 なし |
| | 看取り介護加算 | (1) あり 2 なし |
| | 認知症専門ケア加算 | 1 あり (2) なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | 1 あり (2) なし |
| | サービス提供体制強化加算 | 1 あり (2) なし |
| | 介護職員処遇改善加算 | (1) あり 2 なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | (1) あり 2 なし |
| | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | (1) あり 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) : 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 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 中部クリニック |
| | | 住所 | 青森市中央3丁目10番2号 |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | 利用者急変時の相談及び指示 主治医の居ない利用者への診療 入所時の際の診断書が必要な方の作成 |
| | 2 | 名称 | 堤橋ふれあいクリニック |
| | | 住所 | 青森市堤町2丁目24番13号 |
| | | 診療科目 | 内科・循環器内科他 |
| | | 協力内容 | 利用者急変時の相談及び指示 主治医の居ない利用者への診療 緊急時等の施設職員への指示等 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | おきだて歯科クリニック | |
| | 住所 | 青森市沖館5丁目20-11 | |
| | 協力内容 | 歯科受診及び検診、医師が認めた場合の歯科診療 | |

(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 | 1 一時介護室へ移る場合 |
|----------------|--------------|

| | | |
|------------------|---|---------------------|
| ※複数選択可 | 2 介護居室へ移る場合 ③ その他（ 居室移動 ） | |
| 判断基準の内容 | 入居者に対して適切な介護を提供するため、必要と判断した場合には、本施設内において居室の変更を行う場合があります。居室の変更に当たっては、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞き、入居者及び家族の意見を聴取します。 | |
| 手続きの内容 | 居室移動に関する同意書の提出 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり ② なし | |
| 居室利用権の取扱い | なし | |
| 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 |
| 留意事項 | | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書又は管理規程に違反した場合 | |
| 事業主体から解除を求める場合 | 解約条項 | 惣久入居契約書第29条 |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 |
| 入居者からの解除予告期間 | 1ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | ① あり (内容: 1泊2日 3食付 3,500円) 2 なし | |
| 入居定員 | 17人(17室)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 ※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 | 5 | 5 | | |
| 看護職員 | 1 | 1 | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| 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 | | | | |
| ※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 | 1 | 1 | |
| 初任者研修の修了者 | 2 | 2 | |
| 准看護師 | 1 | 1 | |
| 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 (17:30 時～8:30 時)

| | 平均人数 | 最小时人数（休憩者等を除く） |
|------|------|----------------|
| 看護職員 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 1人 | 0人 |
| 宿直員 | 人 | 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 ④ 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） | 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 | 介護福祉士 | | | | | | | |
| | 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 | 2 | | 7 | | 1 | | | 1 | 2 | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 2 | | | | | 1 | 1 | |
| 業務に従事した経験年数 | 1年未満 | | 3 | | | | | | | |
| | 1年以上 | | 1 | | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | 2 | | 1 | | 1 | | | 1 | |
| | 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法 【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 日数により半額又は日割り計算（管理規定別表9のとおり） | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 入居契約第27条の規程による |
| | 手続き | ホーム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を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定 |

(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 | | |
| | 年齢 | 歳 | 歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 13.64㎡ | 19.61㎡ |
| | 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 | 円 | 円 |
| | 敷金 | 円 | 円 |
| 月額費用の合計 | | 129,420円 | 141,420円 |
| 家賃 | | 24,000円 | 36,000円 |
| サービス | 特定施設入居者生活介護 ※1 の費用 | 要介護度2の場合 21,770円 | 要介護度2の場合 21,770円 |
| | 介護食費 | 40,650円 | 40,650円 |

| | | | |
|--|------|----------|----------|
| | 管理費 | 17,000 円 | 17,000 円 |
| | 介護費用 | 円 | 円 |
| | 光熱水費 | 24,000 円 | 24,000 円 |
| | その他 | 2,000 円 | 2,000 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 | 土地建物の賃借料、設備備品費に相当する額を基礎として1室当たりの家賃を算出した。 |
| 敷金 | なし |
| 介護費用 | |
| 管理費 | 共用施設等の維持・管理費・人件費・事務費等 |
| 食費 | 朝食 365 円 昼食 470 円 夕食 520 円 計 1,355 円×30 日=40,650 円 |
| 光熱水費 | 1 日当たり 800 円×30 日=24,000 円 |
| 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 | 生活支援費 2000 円(月) 冬期加算金(水道光熱)(11 月～3 月まで) 1 日/200 円 |

(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 | 基本報酬及び前掲の加算の利用者負担分 |
| 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） | なし |

※ 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 | 9人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 3人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 3人 |
| | 85歳以上 | 7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 | 3人 |
| | 要介護 3 | 4人 |
| | 要介護 4 | 4人 |
| | 要介護 5 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 13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 |

（入居者の属性）

| | |
|---|-------|
| 平均年齢 | 62.8歳 |
| 入居者数の合計 | 13人 |
| 入居率 ※ | 76% |
| ※ 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 | 人 |
| | 死亡者 | 人 |
| | その他 | 人 |

| | | | |
|-------------|----------|----------|---|
| 生前解約の 状況 | 施設側の申し出 | | 人 |
| | | (解約事由の例) | |
| | 入居者側の申し出 | | 人 |
| | | (解約事由の例) | |

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① | | 社会福祉法人 榮惣会 |
| 電話番号 | | 017-763-2015 |
| 窓口の名称② | | 介護付き有料老人ホーム 惣久 |
| 電話番号 | | 017-763-0380 |
| 対応している 時間 | 平日 | 8:30~17:30 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝日・お盆期間・正月期間 |

(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) 損害保険ジャパン日本興亜(株) |
| | 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、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 | |
| | | 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 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 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 |
| 事業収支報告書 | 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 1 回 以上 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり | (内 容) |
| | 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名 :) 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 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 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 | 13㎡未満居室 2 室有り 廊下幅 1.8m 以下の箇所あり、廊下幅 2.7m 以下の箇所あり | |
| 不適合事項がある場合の内容 | 9 号室 (12.30㎡) 16 号室 (11.84㎡) | |

添付書類：別添1（別を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 令和 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 事業主体が青森市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|----------------------|----|----|------------|---------------|
| ＜居宅サービス＞ | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | | |
| 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 | | |
| 地域密着型通所介護 | 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 | グループホーム和の家 | 青森市新城山田 109-3 |
| 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 | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |

| ＜地域密着型介護予防サービス＞ | | | | |
|------------------|----|----|------------|---------------|
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | グループホーム和の家 | 青森市新城山田 109-3 |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |
| 介護医療院 | あり | なし | | |

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

| 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） | | | 備考 | | |
| | | | ※2 包含 | ※2 都度 | ※3 料金 | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 500円/30分 | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 500円/30分 | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | 個人購入、持込可能 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 500円/30分 | |
| 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 | | ○ | 500円/30分 | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 500円/30分 | ※送迎が必要な場合は、別添移送費用がかかります。 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 400円/30分 | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 400円/30分 | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 400円/30分 | |
| 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 | 希望者のみ |
| おやつ | | | なし | あり | | ○ | 実費 | 希望者のみ |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | 実費 | 理美容師がホーム訪問の場合 |

| | | | | | | | | |
|----------------------|----|----|----|----|--|---|----------|--------------------|
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 500円/30分 | ※利用できる範囲を明確化すること |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1件1000円 | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | ○ | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | 年1回 |
| 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 | | ○ | 実費 | 専門機関への連絡調整のみ |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 実費 | 専門機関への連絡調整のみ |
| 生活リズムの記録 (排便・睡眠等) | なし | あり | なし | あり | | ○ | | |
| 入退院・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | ○ | | |
| 入退院中の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 入院中の洗濯物交換・ 買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | |
| 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。