

重要事項説明書

| | |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和 2 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 三阪 久美子 |
| 所属・職名 | 施設長・管理者 |

※ 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. 設置主体の概要

| | |
|------------|---|
| 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) かぶしきがいしゃ せいわ 株式会社 誠和 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒722-0014 広島県尾道市新浜一丁目 14 番 11 号 |
| 連絡先 | 電話番号 0848-23-7134 |
| | FAX 番号 0848-23-4461 |
| | ホームページアドレス http:// www.onomichi-seiwa.jp |
| 代表者 | 氏名 河本 一志 |
| | 職名 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 48 年 3 月 30 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) とくていせいせつにゆうきょしやせいかつかいご 特定施設入居者生活介護 きららラポール 尾道 |
| 所在地 | 〒722-0047 広島県尾道市十四日町 59 番地 8 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 尾道駅 |
| | 交通手段と所要時間 例：①バス利用の場合 ・尾道バスで乗車 15 分，きららラポール尾道停留所で下車，徒歩 1 分 ②自動車利用の場合 ・尾道駅より 15 分 |
| 連絡先 | 電話番号 0848-24-2641 |
| | FAX 番号 0848-21-2577 |
| | ホームページアドレス http:// www.onomichi-seiwa.jp/rapport/ |
| 管理者 | 氏名 三阪 久美子 |
| | 職名 施設長 |
| 建物の竣工日 | 昭和・平成 20 年 3 月 14 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成 20 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 | 3471101695 | | |
| | 指定した自治体名 | 広島県 (市) | | |
| | 事業所の指定日 | 平成 | 20年 | 4月 1日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 令和 | 2年 | 4月 1日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|---------|---------|---|-----------------------------------|----------------------|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 3766.62 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 | 6,183.96 m ² | | | |
| | | うち, 老人ホーム部分 | 3,124.02 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 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* |
| タイプ1 | | 有/無 | 有/無 | 17.91 m ² | 39 | 一般居室個室 |
| タイプ2 | | 有/無 | 有/無 | 22.04 m ² | 41 | 一般居室個室 |
| タイプ3 | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ4 | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ5 | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ6 | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ7 | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ8 | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ9 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| タイプ10 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |

| | | | | |
|---|------------------|-------|------------------|------|
| ※ 「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 | 1 2ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 2ヶ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 5ヶ所 |
| | 共用浴室 | 6ヶ所 | 個室 | 5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 | 1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 |
| | 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 | 1、本事業所は、介護保険による要支援認定及び要介護認定を受けた利用者に対して、食事・入浴・排泄等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、入院・退院・通院時及び退院後の療養上の世話を行う事により、利用者がそ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出来るように支援する。2、本事業所が提供する介護予防特定施設入居者生活介護及び特定施設入居者生活介護は、介護保険法令及び厚生労働省通知の内容に沿ったものとする。3、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努力し、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。4、サービスの提供は、個別の介護予防特定施設サービス計画及び特定施設サービス計画を作成し、利用者の同意をもとに実行する。5、利用者の個人情報の取り扱いについては、その利用目的を示し本人のあらかじめの同意を得て取り扱うものとし、個人情報保護法に精神に立って、個人情報の管理等に努めます。 | | | |
| サービスの情報内容に関する特色 | 全国でも珍しい展望大浴場付き療養型天然ラドン温泉を完備。全室広々個室でプライバシーにも配慮。多彩な行事で子供たちやボランティアであふれる交流の場、美味しい手作り食事の提供。総合ケアセンターだからできる充実した職員体制での安心・安全の介護サービスを提供させていただきます。 | | | |
| 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 | 入居継続支援加算 | 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 | |
| | 夜間看護体制加算 | 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 | |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | 2 | なし | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1 | あり | 2 | なし | |
| | 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 | |
| | 看取り介護加算 | 1 | あり | 2 | なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | (I) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (II) | 1 | あり | 2 | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (I)イ | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (I)ロ | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (II) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (III) | 1 | あり | 2 | なし |
| | 介護職員処遇改善加算 | (I) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (II) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (III) | 1 | あり | 2 | なし |
| (IV) | | 1 | あり | 2 | なし | |
| (v) | | 1 | あり | 2 | なし | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | (I) | 1 | あり | 2 | なし | |
| | (II) | 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) | | : | |
| | 2 | なし | | | | |

((医療連携の内容)

| | | | |
|--------|---|------|---|
| 医療機関 | 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 () | | |
| ※複数選択可 | | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 尾道市立市民病院 |
| | | 住所 | 〒722-8503 尾道市新高山三丁目 1170-177 |
| | | 診療科目 | 内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、脳神経外科、外科/肛門外科、血管外科、乳腺外科、整形外科、形成外科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、放射線科、麻酔科、腎センター、歯科口腔外科、消化器・内視鏡センター |
| | | 協力内容 | 緊急時の医療対応・健康診断・健康相談・入院受け入れ |
| | 2 | 名称 | 住元整形外科医院 |
| | | 住所 | 〒722-0026 尾道市栗原西 2-9-6 |
| | | 診療科目 | 整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | 緊急時の往診を含む医療対応・健康診断・健康相談 |
| | 3 | 名称 | 弘田内科クリニック |
| | | 住所 | 〒722-0026 尾道市栗原西 2-3-11 |
| | | 診療科目 | 内科、呼吸器科、消化器科、循環器科 |

| | | | |
|----------|---|------|---|
| | | 協力内容 | 緊急時の往診を含む医療対応・健康診断・健康相談 |
| | 4 | 名称 | 神原病院 |
| | | 住所 | 〒720-0843 福山市赤坂町大字赤坂 1313 |
| | | 診療科目 | 内科、消化器科、外科、整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科、歯科、麻酔科 |
| | | 協力内容 | 緊急時の医療対応・健康診断・健康相談・入院受け入れ |
| | 5 | 名称 | 藤本医院 |
| | | 住所 | 〒722-0022 尾道市栗原町 9650-4 |
| | | 診療科目 | 内科、消化器科、循環器科 |
| | | 協力内容 | 医療対応・健康診断・健康相談 |
| | 6 | 名称 | 村上記念病院 |
| | | 住所 | 〒722-0014 尾道市新浜一丁目 14-26 |
| | | 診療科目 | 心臓循環器内科、糖尿病内科、呼吸器内科、肝臓内科、消化器内科、内視鏡検査 |
| | | 協力内容 | 緊急時の医療対応・健康診断・健康相談・入院受け入れ |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 古川歯科医院 |
| | | 住所 | 〒722-0215 尾道市美ノ郷町三成 1066-7 |
| | | 協力内容 | 訪問診療における入居者の治療・治療の受入対応 |

(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 | 原則として満65歳以上の方で、要介護認定(介護予防を含む)を受けている方 家賃・管理費・食事代等の規程の費用をお支払いいただける方 身元引受人2名を立てられる方 入居契約及び管理規程をご了解いただき、円滑に共同生活を営める方 | | |
| 契約の解除の内容 | 次のいずれかに該当する場合に、本契約は終了するものとします。 要介護認定の更新後、自立(非該当)と認定された場合 事業者が第29条(事業者の契約解除)に基づき解除を通告し、予告期間が満了した時 入居者が第30条(入居者からの解約)に基づき解約を行った時 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 第29条 | |
| | 解約予告期間 | 6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 (内容: 一人あたり Aタイプ10,800円、Bタイプ10,400円(一泊2日3食付/税込) 入居者様と同様の各種サービスをご利用いただけます。ただし、体験入居日については、その時点での空き状況によります。) 2 なし | | |
| 入居定員 | 80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)

2020.7.1 現在

| | 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 | 0 | 1.0 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 50 | 31 | 19 | 42.4 |
| 介護職員 | 45 | 29 | 16 | 38.5 |
| 看護職員 | 5 | 2 | 3 | 3.9 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | 0 | 0.3 |
| 計画作成担当者 | 2 | 2 | 0 | 2.0 |
| 栄養士 | 1 | 1 | 0 | 0.3 |
| 調理員 | 8 | 4 | 4 | 5.7 |
| その他職員 | 2 | 2 | 0 | 2.0 |
| 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。 | | | | |

(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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 16 | 15 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 4 | 3 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 17 | 8 | 9 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

(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 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時 (21時～ 7時) | | |
|--------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0人 | 0人 |
| 介護職員 | 3人 | 2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 <input checked="" type="checkbox"/> 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) | 1.8 : 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 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | | | | | | |
| | | | 資格等の名称 | 社会福祉士、主任介護支援専門員 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 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 | 0 | 0 | 7 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 1 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------------|---|---|---|---|----|---|----|---|---|---|
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | 0 | 0 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | 1 | 9 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | 0 | 9 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 1 | 2 | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 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】 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身賃貸借方式 | |
| 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 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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 | 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、運営懇談会の意見を聞いたうえで行うものとします。 |
| | 手続き | 入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。 |

(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 | 要介護度 1 | 要介護度 1 | |
| | 年齢 | 87歳 | 87歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 17.91㎡ | 22.04㎡ | |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 浴室 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 台所 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 円 | 円 | |
| | 敷金 | 360,000円 | 432,000円 | |
| 月額費用の合計 | 167,180円 | 179,180円 | | |
| サービス費用 | 家賃 | 60,000円 | 72,000円 | |
| | ※ ² 介護保険外 | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用 | 16,080円 | 16,080円 |
| | | 食費 | 55,200円 | 55,200円 |
| | | 管理費 | 35,900円 | 35,900円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 0円 | 0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)

| 費用 | 算定根拠 |
|----------------------|---|
| 家賃 | 建物の賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。 |
| 敷金 | 家賃の 6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 | 共用施設等の維持・管理、事務費、備品・消耗品購入費、各種サービスに係る諸経費及び水道光熱費など |
| 食費 | 朝食 450円 【提供時間 午前 8:00 ~ 午前 10:00】 昼食 600円 提供時間 正午 12:00 ~ 午後 2:00】 夕食 790円 提供時間 午後 6:00 ~ 午後 8:00】 1ヶ月 30日で計算 (1,840円×30日=55,200円) |
| 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

| 費用 | 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 (30日) | | | |
| | 区分 | 1割 | 2割 | 3割 |
| | 要介護1 | 16,080 | 32,160 | 48,240 |
| | 要介護2 | 18,060 | 36,120 | 54,180 |
| | 要介護3 | 20,130 | 40,260 | 60,390 |
| | 要介護4 | 22,050 | 44,100 | 66,150 |
| | 要介護5 | 24,120 | 48,240 | 72,360 |
| | 予防特定施設入居者生活介護 (30日) | | | |
| | 区分 | 1割 | 2割 | 3割 |
| | 要支援1 | 5,430 | 10,860 | 16,290 |
| 要支援2 | 9,300 | 18,600 | 27,900 | |
| <単位：円> | | | | |
| 特定施設入居者生活介護※における人員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【冒頭に記載した記入日現在】

（入居者の人数）

| | | |
|-------|-------------|-----|
| 性別 | 男性 | 17人 |
| | 女性 | 60人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 2人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 12人 |
| | 85歳以上 | 63人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 2人 |
| | 要支援2 | 3人 |
| | 要介護1 | 17人 |
| | 要介護2 | 18人 |
| | 要介護3 | 13人 |
| | 要介護4 | 13人 |
| | 要介護5 | 11人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 11人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 9人 |
| | 1年以上 5年未満 | 44人 |
| | 5年以上 10年未満 | 4人 |
| | 10年以上 15年未満 | 9人 |
| | 15年以上 | 0人 |

（入居者の属性）

| | |
|---------|-------|
| 平均年齢 | 88.7歳 |
| 入居者数の合計 | 77人 |
| 入居率※ | 96% |

※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 | 1人 |
| | 社会福祉施設 | 5人 |
| | 医療機関 | 9人 |
| | 死亡者 | 7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 | 15人 |
| | | （解約事由の例） 健康状態が回復した為、長期入院のため |

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 | | 特定施設入居者生活介護 きららラポール尾道 意見箱(常設置) 苦情受付担当者: 計画作成者 豊永 智和 生活相談員 橋本真由子 | |
| 電話番号 | | (0 8 4 8) 2 4 - 2 6 4 1 | |
| 対応している時間 | 平日・土曜 | 9時00分 ~ 17時00分 (時間外対応も行う) | |
| | 日曜・祝日 | 9時00分 ~ 17時00分 (時間外対応も行う) | |
| 定休日 | | なし | |

| | | | |
|----------|-------|---------------------------|--|
| 窓口の名称 | | 広島県国民健康保険団体連合会 | |
| 電話番号 | | (0 8 2) 5 5 4 - 0 7 8 3 | |
| 対応している時間 | 平日・土曜 | 8時30分 ~ 17時15分 | |
| | 日曜・祝日 | 8時30分 ~ 17時15分 | |
| 定休日 | | 土日祝祭日 | |

| | | | |
|----------|-------|---------------------------|--|
| 窓口の名称 | | 尾道市福祉保健部高齢者福祉課 介護保険係 | |
| 電話番号 | | (0 8 4 8) 3 8 - 9 4 4 0 | |
| 対応している時間 | 平日・土曜 | 8時30分 ~ 17時15分 | |
| | 日曜・祝日 | 8時30分 ~ 17時15分 | |
| 定休日 | | 土日祝祭日 | |

| | | | |
|----------|-------|---------------------------|--|
| 窓口の名称 | | 三原市高齢者福祉課 介護保険係 | |
| 電話番号 | | (0 8 4 8) 6 7 - 6 2 4 0 | |
| 対応している時間 | 平日・土曜 | 8時30分 ~ 17時15分 | |
| | 日曜・祝日 | 8時30分 ~ 17時15分 | |
| 定休日 | | 土日祝祭日 | |

(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 | (その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 賠償責任保険に加入 | |
| | 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) 利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに行政機関(県、市町村)及びご利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。 | |
| | 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 | 令和元年8月15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 |
| | 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 (連携ホーム名:) | |
| | 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「7. 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 | | | |
| 「8. 既存建築物の活 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 | 1 | あり | 2 なし |
| 不適合事項がある場合 の内容 | | | |

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 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

事業主体が当該都道府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 |
|---------------------------|----|----|-----------------------|---------------|
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | きららライフサポートセンター | 尾道市門田町1番39号 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | 訪問看護ステーションきらら | 尾道市門田町1番39号 |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | きらら桜並木デイサービスセンター | 尾道市門田町1番39号 |
| 通所介護 | あり | なし | きらら尾道デイサービスセンター | 尾道市西御所町13番26号 |
| 通所介護 | あり | なし | デイサービスセンター きららラポール・尾道 | 尾道市十四日町59番地8 |
| 通所介護 | あり | なし | きらら新浜デイサービスセンター | 尾道市新浜1丁目9番22号 |
| 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 | 短期入所生活介護きららラポール・尾道 | 尾道市十四日町59番地8 |
| 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 | 特定施設入居者生活介護きららラポール西御所 | 尾道市西御所町13番30号 |
| 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・随時訪問介護・看護 | あり | なし | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護きらら | 尾道市門田町1番39号 |
| 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 | グループホーム きららラポール・尾道 | 尾道市十四日町59番地8 |
| 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 | 居宅介護支援事業所きらら | 尾道市門田町1番39号 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | きららライフサポートセンター | 尾道市門田町1番39号 |
| 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 | 訪問看護ステーションきらら | 尾道市門田町1番39号 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | きらら桜並木デイサービスセンター | 尾道市門田町1番39号 |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | きらら尾道デイサービスセンター | 尾道市西御所町13番26号 |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | デイサービスセンター きららラポール・尾道 | 尾道市十四日町59番地8 |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | きらら新浜デイサービスセンター | 尾道市新浜1丁目9番22号 |
| 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 | 短期入所生活介護きららラポール・尾道 | 尾道市十四日町59番地8 |
| 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 | 特定施設入居者生活介護きららラポール西御所 | 尾道市西御所町13番30号 |
| 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 きら らラポール・尾道 | 尾道市十四日町59番地8 |
| 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 | | |

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介護サービス等の一覧表

| 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 |
| | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 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 | | | | おむつ代は実費にて徴収 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | 入浴は週2回。 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | 入浴は週2回。 |
| 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 | | ○ | | 協力医療機関の場合、協力医療機関外の場合は2,200円/30分 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 525円/回 | 規定回数（1回/週）を超える場合は1回525円 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | | | 規定回数（1回/週） |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | | | 規定回数（2回/週） *クリーニング代は実費負担 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | | *看護師等の要望がある場合は実施 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | 105円/食 | *本人・家族希望、医師の指示による |
| 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 | | | | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 指定日あり、大型の場合は2,200円/30分 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | |
| 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 | | ○ | | *年2回、年1回希望による |
| 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 | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 協力医療機関の場合、協力医療機関外の場合は2,200円/30分 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 2,200円/30分 |
| 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、月額サービスの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。

別 表

○有料老人ホームの表示事項

| 表 示 事 項 | | 表 示 事 項 の 説 明 |
|-------------------------------|------------------------------|--|
| 利用料の支払い方式 | 月 払 い 方 式 | 前払金を受領せず、家賃相当額等を月払いする方式。 |
| 入居時の要件 | 入居時要支援・要介護 | 入居時において要支援認定又は要介護認定を受けている方が対象です。 |
| 介 護 保 険 | 広島県指定介護保険特定施設 (一般型特定施設) | 介護が必要となった場合、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護サービスを利用することができます。介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。 |
| 介 護 居 室 区 分 | 全室個室 | 介護居室はすべて個室であるホームです。 |
| 一般型特定施設である有料老人ホームの介護にかかわる職員体制 | 3 : 1 以上 | 現在及び将来にわたって要介護者3人に対して職員1人以上の割合(年度ごとの平均値)で職員が介護に当たります。介護保険の特定施設入居者生活介護のサービスを提供するために少なくとも満たさなければならない基準以上の人数です。 |