

有料老人ホーム重要事項説明書
(兼 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 重要事項説明書)

記入年月日	平成 28 年 7 月 1 日
記入者名	大澤 利光
所属・職名	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 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 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	名称	株式会社
名称	(ふりがな)	かぶしきがいしゃう あていー 株式会社ヴァティー
主たる事務所の所在地	〒105-0004	とうきょうとみなとくしんばし 東京都港区新橋三丁目 1 1 番 1 号
	電話番号	03-6435-6116
連絡先	F A X 番号	03-3433-5351
	ホームページアドレス	なし
		あり : http://www.vati.co.jp
代表者	職名	代表取締役
	氏名	佐藤 明
設立年月日	昭和 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 14 年 1 月 18 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) ふるさとほーむながとろ ふるさとホーム長瀬		
所在地	〒369-1621	さいたまけん ちちぶぐん みののまち かなさき 埼玉県秩父郡皆野町金崎 75-7	
主な利用交通手段	最寄駅	秩父鉄道 上長瀬駅	
	交通手段と所要時間	秩父鉄道 上長瀬駅 徒歩 10分	
連絡先	電話番号	0494-62-3266	
	FAX番号	0494-62-5731	
	ホームページアドレス	あり : http://www.vati.co.jp	
管理者	職名	管理者	
	氏名	大澤 利光	
建物の竣工日		昭和	平成 25年 11月 30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和	平成 26年 1月 1日

(類型)【表示事項】

1 又は2に 該当する場 合	介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)	
	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	第 1174801009 号
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 26年 1月 1日
	指定の更新日 (直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積	2349.21 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	1674.24 m ²	
		うち、老人ホーム部分	1674.24 m ²	

	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()				
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()				
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2016年1月1日～2040年12月31日) <input type="checkbox"/> 2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	46	介護居室個室
	タイプ2	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ3	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ6	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ7	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ8	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 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		
			うち車いす等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	ヶ所	個室	4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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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
	自動火災報知機	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

4. サービスの内容

（全体の方針）

事業の目的	施設の従業者が、要介護状態〔介護予防にあつては要支援状態〕にある高齢者等（以下「要介護者〔要支援者〕」という。）に対し、適正な指定特定施設入居者生活介護〔介護予防特定施設入居者生活介護〕を提供することを目的とする。
運営に関する方針	利用者が職員や他の利用者との共同生活の中で、ご自分の趣味やレクリエーション、又は手仕事をしながら過ごすことにより、本人のADL・生活能力を維持することを支援します。 また、地域に密着した有料老人ホームの運営をすることにより利用者のご家族の「安心」を得ることを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	第二の家族としてホスピタリティーにあふれる介護
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	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	
	医療機関連携加算	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
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		<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 宏仁会 小川病院	
		住所	比企郡小川町大字原川 205	
		診療科目	内科	
		協力内容	月 4 回の往診、緊急時の対応、診察及び入院の協力	
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力内容		
協力歯科医療機関		名称	大井歯科医院	
		住所	ふじみ野市大井 706-8	
		協力内容	定期的な往診	

(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		<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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】	自立しているもの	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援のもの	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護のもの	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	入居契約書 第 28 条による	
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	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1 泊 5,000 円 (税別) 【食費別】) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	46 名	

5. 職員体制

	職員数 (実人数)			常勤換算人数
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員				
看護職員	3	2	1	2.0
介護職員	14	11	3	11.8
機能訓練指導員	1	1		0.2
計画作成担当者	1	1		1
栄養士 (外部委託)	1	1		1
調理員	4	4		3.6
事務員	1	1		0.7
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 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。				

(職務内容)

職種名	職務内容
管理者	管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
生活相談員	利用者又は家族からの相談に応じ、職員に対する技術指導、事業計画の作成、関係機関との連絡調整等を行う。
看護職員	看護職員は、利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。
機能訓練指導員	必要に応じ生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行う。
計画作成担当者	特定施設サービス計画を作成し、利用者の能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援する。
介護職員	利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な介護を行う。

(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			
介護福祉士	8	7	1
実務者研修			
介護職員初任者研修	4	4	
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
看護師及び准看護師	3	2	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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16 時 ~ 10 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0	0
介護職員	2	1

(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)	2.9 : 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"/> 1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり							
	資格等の名称		初任者研修							
	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			13	3						
前年度1年間の退職者数	2		6	3	1				1	
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満		6	1	1				1	
	1年以上 3年未満	2	1	5	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					<input checked="" type="checkbox"/> 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 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input 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 手続き	詳細は、「利用契約書 第27条」等を参照してください。

(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	
居室の状況	床面積	18.00 m ²	m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な 費用	前払金	0円	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		140,000円	円	
家賃		50,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		—円	
	介護保険外※2	食費	45,000円(税別)	円
		管理費	45,000円(税別)	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	管理費に含む	円
		その他	—円	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)

項目	算定根拠
家賃	居室および共用施設等の家賃相当額の一部
敷金	無し
介護費用	※介護保険サービスの自己負担費用は含みません。
管理費	【45,000円(税別)】共用施設等の維持・管理費、事務管理部門の人員費及び事務費並びに各種相談等に要する費用に充当し、本価格に水道光熱費を含みます。
食費	日額 1,500円(税別)(朝食 300円、昼食 550円、夕食 650円) 日単位での清算 ※食事等にトロミ剤を使用する場合は、別途 日額 100円(税別)
光熱水費	管理費に含む テレビ、ラジカセ、充電器類、備え付けてあるもの以外の電化製品を使用する場合、1点につき日額 50円を請求させていただきます。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	原則的には「都度払い」となります。月に纏めて支払うことも可能です。詳しくは、重要事項説明書添付の別添2をご確認ください。
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	介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額
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)	無し
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払い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(償還年月数)	
償却の開始日	
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)	
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

性別	男性	13人
	女性	25人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	14人
	85歳以上	20人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	4人
	要支援 2	3人
	要介護 1	13人
	要介護 2	8人
	要介護 3	5人
	要介護 4	4人
	要介護 5	1人
入居期間別	6か月未満	5人
	6か月以上 1年未満	13人
	1年以上 5年未満	20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	79歳
入居者数の合計	38人
入居率※	83%
※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	2人
	医療機関	11人
	死亡者	3人
	その他	
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	(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) ※4 カ所以上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		ふるさとホーム長瀬
電話番号		048-999-7111
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜日	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		無し

窓口の名称		株式会社ヴァティアー 介護事業部
電話番号		03-6435-6116
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜日	11:00～17:00
	日曜・祝日	—
定休日		日曜・祝日・年末年始

窓口の名称		皆野町役場 健康福祉課
電話番号		0494-62-1233
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		12月29日～翌年1月3日

窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	8:30～17:00
	土曜日	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜、日曜、祝日

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 誠意を持って対応します。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
緊急時等における対応方法	ホームが策定した「防災計画」に従い、利用者の避難等適切な処置を行います	
非常災害対策	非常時に備え、地域の協力機関と連携を図り、定期的に避難訓練を行いますのでご協力をお願いします	
事故発生時の対応方法	従業員は、事業の提供を行っているときに、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治の医師又はあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を行うこととします	
緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う際の手続き	<ul style="list-style-type: none"> ・事業者は、利用者又は他の利用者等の生命もしくは身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、隔離、身体的拘束、薬剤投与、その他の方法により利用者の行動を制限しません。 ・事業者が、前項により利用者の行動を制限する場合は、利用者に対し事前に行動の制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。また、この場合、事業者は事前又は事後速やかに利用者の法定代理人、任意後見人、利用者代理人もしくは家族に対し十分説明します。なお、サービスの提供記録にその内容を記載します 	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成 27年 6月
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

施設の利用に当たっての留意事項	居室、共用施設、敷地その他の利用にあたっては、その本来の用途に従って、妥当かつ適切に利用するものとします	
運営懇談会	1	あり (開催頻度) 年 <u>1</u> 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 (提携ホーム名 : _____) 2 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 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 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 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		
不適合事項がある場合の内容		

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)

別添 3 (介護サービス等の一覧表)

別添 4 (おむつ価格表)

※ _____ 様

説明年月日 平成 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3 介護サービス等の一覧表（1/2）（要支援1～2、要介護1～5）

- それぞれのご利用者の状況に応じて、当ホームにおいて計画作成担当者を中心に、ご利用者の意思を確認し、ご家族と相談の上サービス計画を作成し提供いたします。この一覧表は一般的な目安です。それぞれのご利用者の状況に応じて、変更される場合があります。
- 当施設では、特定施設入居者生活介護利用者 又は、介護予防特定施設入居者生活介護利用者（以下：特定施設等利用者）は、特定施設入居者生活介護 又は、介護予防特定施設入居者生活介護費（以下：特定施設等介護費）より、介護サービスが提供されます。
- 内容に変更がある場合には、事前に説明をさせていただきます。なお、変更後は、新たな「介護サービス等一覧表」に基づき、サービスを提供させていただきます。

要介護区分	要支援1～2、要介護1～5	
介護を行う場所	介護居室	
	特定施設介護費、 月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>		
巡回 昼間 9:00～18:00 夜間 18:00～翌 9:00	2時間毎及び必要に応じ随時 2時間毎及び必要に応じ随時	
食事介助	必要時	
排泄 排泄介助 おむつ交換 おむつ代	必要に応じ随時 必要に応じ随時	実費 ※「おむつ価格表」参照
入浴 一般浴介助 特浴介助 清拭	週2回（希望で3回対応可） 週2回 未入浴時	週4回以上 1,000円（税別）／ 回 ※1 週3回以上 1,500円（税別）／ 回 ※1
身体介助 体位交換 居室からの移動 衣類の着脱 身だしなみ介助 日常生活行動障害対応	必要時 必要時 必要時 必要時 必要時	
機能訓練	「サービス計画」による	
通院の介助 協力医療機関 協力医療機関以外	必要時 必要時（60分以内無料）	60分以上 500円（税別）/30分
緊急時対応 ナースコール	24時間対応	
<生活サービス>		
家事 清掃 洗濯 リネン交換	週3回以上及び必要時 週2回以上及び必要時 週1回以上及び必要時	

介護サービス等の一覧表 (2/2) (要支援1~2、要介護1~5)

要介護区分	要支援1~2、要介護1~5	
介護を行う場所	介護居室	
	特定施設介護費、 月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
食事		
一般食・介護食		1,500円(税別)/日 (朝食300円、昼食550円、夕食650円)日単位での精算 ※食事等にトロミ剤を使用する場合は、別途100円(税別)/日
嗜好に応じた特別な食事		1,000円(税別)~/食 加算 ※2
治療食		1,500円(税別)/日
流動食		1,500円(税別)/日
居室配膳・下膳	必要時	
理美容		実費
代行		
買い物	週2回	指定日以外500円(税別)/30分
役所手続き	月2回(市内)	指定日以外、市外500円(税別)/30分
薬取りサービス	必要時(60分以内無料)	60分以上500円(税別)/30分
金銭・預貯金管理		原則として実施しない。※3
<健康管理サービス>		
健康診断		実費
健康相談	必要に応じて随時	
生活指導	必要に応じて随時	
<入院時のサービス>		
医療費		実費
移送サービス(ドライバー)		
協力医療機関	必要時	
協力医療機関以外	必要時(60分以内無料)	60分以上500円(税別)/30分
入退院時の同行		
協力医療機関	必要時	
協力医療機関以外	必要時(60分以内無料)	60分以上500円(税別)/30分
入院中のお見舞い訪問	必要に応じ実施	
入院中の洗濯物交換・買い物		
協力医療機関	必要時	
協力医療機関以外	必要時(60分以内無料)	60分以上500円(税別)/30分
<その他のサービス>		
レクリエーション	週5回	※4 材料費実費負担の場合あり
イベント	月1回	※4 材料費実費負担の場合あり
身元引受人への連絡	必要時	

※1:介護上必要な場合以外の4回以上の一般浴介助、3回以上の特浴介助は、特定施設入居者生活介護費に含まれません。

※2:食事時間を変更していただく必要があります。

※3:ご利用者及びご家族からの要望で、やむを得ず実施する場合は、「入居者預かり金等取扱規程」に準じて実施します。

※4:材料費や外出先の入館料等を実費負担していただく場合があります。ご希望により、サービスを選択できます。

介護サービス等の一覧表 (1/2) (自立)

- それぞれのご利用者の状況に応じて、当ホームにおいて計画作成担当者を中心に、ご利用者の意思を確認し、ご家族と相談の上サービス計画を作成し提供いたします。この一覧表は一般的な目安です。それぞれのご利用者の状況に応じて、変更される場合があります。
- 当施設では、特定施設入居者生活介護利用者 又は、介護予防特定施設入居者生活介護利用者（以下：特定施設等利用者）は、特定施設入居者生活介護 又は、介護予防特定施設入居者生活介護費（以下：特定施設等介護費）より、介護サービスが提供されます。
- 内容に変更がある場合には、事前に説明をさせていただきます。なお、変更後は、新たな「介護サービス等一覧表」に基づき、サービスを提供させていただきます。

要介護区分	自立	
介護を行う場所	介護居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
<介護サービス>		
巡回		
昼間 9:00～18:00	—	
夜間 18:00～翌 9:00	20:00、00:00、03:00	
食事介助	食堂での見守り	介助 1回 1,000円（税別）
排泄		
排泄介助	—	1日 3,000円（税別）
おむつ交換	—	1日 5,000円（税別）
おむつ代		実費 ※「おむつ価格表」参照
入浴		
一般浴介助	—	1回 1,000円（税別）
特浴介助	—	1回 1,500円（税別）
清拭	—	1回 1,000円（税別）
身体介助		
体位交換	—	
居室からの移動	—	
衣類の着脱	—	
身だしなみ介助	—	
日常生活行動障害対応	—	
機能訓練	—	
通院の介助		
協力医療機関	—	500円（税別）/30分
協力医療機関以外	—	500円（税別）/30分
緊急時対応		
ナースコール	24時間対応	
<生活サービス>		
家事		
清掃	週1回以上及び必要時	
洗濯	—	
リネン交換	週1回以上及び必要時	

介護サービス等の一覧表 (2/2) (自立)

要介護区分	自立	
介護を行う場所	介護居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
食事		
一般食・介護食		1,500円(税別)/日 (朝食300円、昼食550円、夕食650円)日単位での精算 ※食事にトロミ剤を使用する場合は、別途100円(税別)/日
嗜好に応じた特別な食事		1,000円(税別)~/食 加算 ※2
治療食		1,500円(税別)/日
流動食		1,500円(税別)/日
居室配膳・下膳	必要時	
理美容		実費
代行		
買い物	—	500円(税別)/30分
役所手続き	—	500円(税別)/30分
薬取りサービス	—	500円(税別)/30分
金銭・預貯金管理		原則として実施しない。※2
<健康管理サービス>		
健康診断		実費
健康相談	必要に応じて随時	
生活指導	必要に応じて随時	
<入院時のサービス>		
医療費		実費
移送サービス(ドライバー)		
協力医療機関	必要時	
協力医療機関以外	必要時	500円(税別)/30分
入退院時の同行		
協力医療機関	必要時	
協力医療機関以外	必要時	500円(税別)/30分
入院中のお見舞い訪問	必要に応じ実施	
入院中の洗濯物交換・買い物		
協力医療機関	必要時	
協力医療機関以外	必要時	500円(税別)/30分
<その他のサービス>		
レクリエーション	週5回	※3 材料費実費負担の場合あり
イベント	月1回	※3 材料費実費負担の場合あり
身元引受人への連絡	必要時	

※1：食事時間を変更していただく必要があります。

※2：ご利用者及びご家族からの要望で、やむを得ず実施する場合は、「入居者預かり金等取扱規程」に準じて実施します。

※3：材料費や外出先の入館料等を実費負担していただく場合があります。ご希望により、サービスを選択できます。

おむつ価格表（施設内での使用に限ります）

商品名	枚数単価
1 リハビリパンツ S	90
2 リハビリパンツ M (M-L)	95
3 リハビリパンツ L	100
4 リハビリパンツ L-L L	105
5 リハビリパンツ L L	110
6 おむつ S	95
7 おむつ M	100
8 おむつ L	115
9 パッド (レギュラー)	35
10 パッド (パンツ用)	40
11 パッド (ワイド)	50
12 パッド (スーパーワイド)	60
13 パッド (夜用)	70
14 フラット	60

※1袋単位の販売になります。

※価格には、廃棄費用が含まれております。

※おむつ等を持ち込まれる場合は、廃棄費用を別途徴収いたします。事務員まで申し出てください。

<参考廃棄費用>

テープ止めオムツ、リハビリパンツ 1枚あたり 25円、 パット類 1枚あたり 20円

※経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。