

## 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和7年2月1日 |
| 記入者名  | 中尾 稔     |
| 所属・職名 | 施設長      |

### 1. 事業主体概要

|            |  |                          |
|------------|--|--------------------------|
| 種類         | 個人 <input checked="" type="radio"/> 法人 <input type="radio"/> |                          |
|            | ※法人の場合、その種類  | 営利法人                     |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃ せかんどらいふ にじゅうよん<br>株式会社 セカンドライフ24             |                          |
| 主たる事務所の所在地 | 〒858-0923<br>長崎県佐世保市日野町731-2                                 |                          |
| 連絡先        | 電話番号   | 0956-42-2800             |
|            | FAX 番号   | 0956-42-2811             |
|            | メールアドレス  | secondlife24@kag.bbiq.jp |
|            | ホームページアドレス   | http:// secondlife24.biz |
| 代表者        | 氏名   | 中尾 稔                     |
|            | 職名   | 代表取締役                    |
| 設立年月日      | 平成18年 6月 13日   |                          |
| 主な実施事業     | ※別添1 (事業主体が市内で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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ あかり<br>介護付有料老人ホーム あかり |  |
| 所在地      | 〒858-0923<br>長崎県佐世保市日野町731-2                   |  |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅、バス停  | JR 佐世保駅より車で15分 長坂町バス停より徒歩5分  |
|          | 交通手段と所要時間                                      | ① バス利用の場合:「日野峠経由相浦方面」行きに乗車し15分長坂町バス停下車300m徒歩3分<br>② 自動車利用の場合:国道35号線より日野峠を経由して長坂町方面、車で12分 |
| 連絡先      | 電話番号   | 0956-42-2800   |
|          | FAX 番号   | 0956-42-2811   |

|               |            |                          |
|---------------|------------|--------------------------|
| 連絡先           | メールアドレス    | secondlife24@kag.bbiq.jp |
|               | ホームページアドレス | http:// secondlife24.biz |
| 管理者           | 氏名         | 中 尾 稔                    |
|               | 職名         | 施 設 長                    |
| 建物の竣工日        |            | 平成 19年 5月 1日             |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 平成 19年 6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）<br>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）<br>3 住宅型<br>4 健康型 |            |                     |
| 1 又は 2 に該当する場合   | 介護保険事業者番号  | 4 2 7 0 2 0 3 4 4 3 |
|  | 指定した自治体名   | 佐 世 保 市             |
|  | 事業所の指定日    | 平成 19年 6 月 1日       |
|  | 指定の更新日（直近） | 令和 1年 6 月 1日        |

3. 建物概要

|         |           |                                 |   |
|---------|-----------|---------------------------------|---|
| 土地      | 敷地面積      | 9 6 7 m <sup>2</sup>            |   |
|         | 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（普通賃借 ・ 定期賃借）       |   |
|         |           | 抵当権の有無                          | 1 あり ② なし                                   |
|         |           | 契約期間                            | ① あり<br>(平成 19年 6月 1日～令和 19年 5月 末日)<br>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 6 2 8 . 3 m <sup>2</sup>                  |
|         |           | うち、老人ホーム部分                      | 1 1 0 2 . 0 m <sup>2</sup>                  |
|         | 耐火構造      | ① 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他（ ） |   |
|         |           | 構造                              | ① 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>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（普通賃借・定期賃借） |                                      |       |       |        |
|   |   | 抵当権の設定                  | 1 あり                                 | 2 なし  |       |        |
|   |   | 契約期間                    | ① あり<br>(平成19年6月1日～令和9年5月末日)<br>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<br>【表示事項】  | ① 全室個室（縁故者個室を含む）        |                                      |       |       |        |
|   |   | 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                                  | 13.5㎡ | 28    | 介護居室個室 |
|   | タイプ2  | 有/無                     | 有/無                                  | 13.3㎡ | 2     | 介護居室個室 |
| タイプ3  | 有/無   | 有/無                     | ㎡                                    |       |       |        |
| タイプ4  | 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<br>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                      |       | 2ヶ所   |        |
|   | 共用浴室  | 3ヶ所                     | 個室                                   |       | 2ヶ所   |        |
|   |   |                         | 大浴場                                  |       | 1ヶ所   |        |
|   | 共用浴室における<br>介護浴槽  | 1ヶ所                     | チェア浴                                 |       | 1ヶ所   |        |
|   |   |                         | リフト浴                                 |       | 0ヶ所   |        |
|   |   |                         | ストレッチャー浴                             |       | 0ヶ所   |        |
| その他（ ）  |   |                         | 0ヶ所                                  |       |       |        |
| 食堂  | ① あり 2 なし   |                         |                                      |       |       |        |
| 入居者や家族が利用<br>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）<br>② あり（ストレッチャー対応）<br>3 あり（上記1・2に該当しない）<br>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               |                                      |       |       |        |
|   | 居室  | ① あり 2 一部あり 3 なし        |                                      |       |       |        |

|         |         |      |        |      |
|---------|---------|------|--------|------|
| 緊急通報装置等 | 便所      | ① あり | 2 一部あり | 3 なし |
|         | 浴室      | ① あり | 2 一部あり | 3 なし |
|         | その他 ( ) | 1 あり | 2 一部あり | 3 なし |
| その他     |         |      |        |      |

#### 4. サービス等の内容

(全体の方針)

|                 |  |      |      |  |
|-----------------|--|------|------|--|
| 運営に関する方針        | 安心できる快適な生活、理想の介護サービスを提供し『ゆとりと笑顔のある暮らし』の実現をお手伝いすることで社会に貢献します。   |      |      |  |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護と医療の連携をはかり、安心できる介護サービスを提供します</li> <li>・ご入居者の個人の尊厳を確保しつつ福祉の向上を図ります。</li> <li>・心のこもった家族のような充実した介護サービスにより、自立した生活を営むことができるよう支援いたします。</li> <li>・多くのご入居者と一緒に楽しく暮らせる暖かい安らぎの場づくりと、生活の質の向上を目指します</li> </ul> |      |      |  |
| 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<br><br>※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)        | ① あり | 2 なし |      |
|   |  | (II)       | 1 あり | ② なし |      |
|   | 生活機能向上連携加算                             | (I)        | 1 あり | ② なし |      |
|   |  | (II)       | ① あり | 2 なし |      |
|   | ADL 維持等加算                              | (I)        | ① あり | 2 なし |      |
|   |  | (II)       | 1 あり | ② なし |      |
|   | 個別機能訓練加算                               | (I)        | ① あり | 2 なし |      |
|   |  | (II)       | 1 あり | ② なし |      |
|   | 夜間看護体制加算                               | (I)        | 1 あり | ② なし |      |
|   |  | (II)       | 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 |
|   | 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<br>(※1) | 協力医療機関連携加算 | (I)  | ① あり | 2 なし |
|   |  |            | (II) | 1 あり | 2 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 |           |
|                                | 退居時情報提供加算      | ① あり 2 なし |           |
| 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 | 看取り介護加算        | (I)       | 1 あり ② なし |
|                                |                | (II)      | 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 |
|                                | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (I)       | 1 あり ② なし |
|                                |                | (II)      | 1 あり ② 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)       | 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)       | 1 あり ② なし |
|                                |                | (II)      | 1 あり ② なし |
|                                |                | (III)     | 1 あり ② なし |
|                                | 介護職員等処遇改善加算    | (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)   | 1 あり ② なし |
|                                |                | (V) (2)   | 1 あり ② なし |
|                                |                | (V) (3)   | 1 あり ② なし |
|                                |                | (V) (4)   | 1 あり ② なし |
| (V) (5)                        |                | 1 あり ② なし |           |
| (V) (6)                        |                | 1 あり ② なし |           |
| (V) (7)                        |                | 1 あり ② なし |           |
| (V) (8)                        |                | 1 あり ② なし |           |
| (V) (9)                        |                | 1 あり ② なし |           |
| (V) (10)                       | 1 あり ② なし      |           |           |
| (V) (11)                       | 1 あり ② なし      |           |           |
| (V) (12)                       | 1 あり ② なし      |           |           |
| (V) (13)                       | 1 あり 2 なし      |           |           |

|                          |      |                      |           |
|--------------------------|------|----------------------|-----------|
|                          |      | (V) (14)             | 1 あり ② なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの<br>実施の有無 | 1 あり | (介護・看護職員の配置率)<br>: 1 |           |
|                          | ② なし |                      |           |

## (医療連携の内容)

|        |   |      |                                   |      |      |
|--------|---|------|-----------------------------------|------|------|
| 医療支援   | ① 救急車の手配<br>② 入退院の付き添い<br>③ 通院介助<br>④ その他 ( 訪問診療あり 緊急往診あり ) |      |                                   |      |      |
| 協力医療機関 | 1   | 名称   | 医療法人 田渕医院                         |      |      |
|        |   | 住所   | 長崎県佐世保市日野町 1 1 8 3 - 1            |      |      |
|        |   | 診療科目 | 内科・循環器・小児科・外科                     |      |      |
|        |   | 協力科目 | 内科・循環器・外科                         |      |      |
|        |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>療を行う体制を常時確保   | 1 あり | 2 なし |
|        | 2   | 名称   | 医療法人 大石医院                         |      |      |
|        |   | 住所   | 佐世保市木宮町 5 - 3 1                   |      |      |
|        |   | 診療科目 | 外科・整形外科・内科・消化器内科                  |      |      |
|        |   | 協力科目 | 外科・整形外科                           |      |      |
|        |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>療を行う体制を常時確保   | 1 あり | 2 なし |
|        | 3   | 名称   | 医療法人是心会 久保内科病院                    |      |      |
|        |   | 住所   | 佐世保市田原町 1 1 - 9                   |      |      |
|        |   | 診療科目 | 内科・外科                             |      |      |
|        |   | 協力科目 | 内科・外科                             |      |      |
|        |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>療を行う体制を常時確保   | 1 あり | 2 なし |
| 新興感染症  | 1 あり  |      |                                   |      |      |

|              |         |               |
|--------------|---------|---------------|
| 発生時に連携する医療機関 | 医療機関の名称 | 医療法人 田淵医院     |
|              | 医療機関の住所 | 佐世保市日野町1183-1 |
|              | 2 なし    |               |

|          |   |      |   |
|----------|---|------|---|
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称   | 松添歯科医院  |
|          |   | 住所   | 佐世保市日野町1190番地   |
|          |   | 協力内容 | 入居者が診察、治療を要する受入れ、夜間等において診察・治療等が必要な場合の緊急対応、職員への指示、他の医療機関にて診察、入院が必要な場合の紹介、斡旋。<br>(医療費その他は利用者自己負担) |

(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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>③ その他 ( ) |           |
| 判断基準の内容                  | 容態・病態悪化や介護状態の重度化になった場合                   |           |
| 手続きの内容                   | 入居者本人の意思確認と身元引受人の意見を聴取します。               |           |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり ② なし                                |           |
| 居室利用権の取扱い                | 居室の利用権に変更はありません                          |           |
| 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      |
|                          | ② なし                                     |           |

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| 入居対象となる者<br>【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               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として40歳以上の方、おおむね60歳以上の方</li> <li>・要支援、要介護認定者</li> <li>・心身の入院加療を要するような病態にない方</li> <li>・他の入居者に伝染する疾患をお持ちでない方</li> <li>・自傷、他害のおそれのない方・健康保険、介護保険に加入されている方</li> <li>・確実な身元引受人を立てることのできる方</li> <li>・当ホームの運営趣旨をご理解いただき、他の入居者と協調した生活のできる方</li> <li>・入居後、管理費・食費・介護費用等を負担できる方</li> </ul> |  |
| 契約解除の内容            | I 入居者が死亡した場合<br>II 入居者からの契約解除が行われた場合<br>III 事業者からの契約解除が行われた場合   |  |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項  | ① 入居契約書第29条<br>疾病による入院が必要となり長期間(30日以上)治療の必要性が生じた場合<br>② 入居契約書等に虚偽記載等があり不正手段により入居した場合<br>③ 月額費用、その他の支払を不当な理由なくしばしば遅滞するとき<br>④ 契約内容(禁止事項)に違反したとき<br>⑤ 入居者の行動が他の入居者の生活に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき |
|                    | 解約予告期間  | 1 か月   |
| 入居者からの解約予告期間       | 1 か月  |  |
| 体験入居の内容            | ① あり (内容: 1泊2日 4,300円/人 + 食事代)<br>2 なし  |  |
| 入居定員               | 30 人  |  |
| その他                |   |  |

(入居に関する要件)

## 5. 職員体制

|  | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※1、※2 |
|--|----------|----|-----|-----------------|
|  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                 |
| 管理者  | 1        | 1  |     | 1               |
| 生活相談員  | 1        | 1  |     | 1               |
| 直接処遇職員   | 16       | 10 | 6   | 13.0            |
| 介護職員   | 14       | 9  | 5   | 11.5            |
| 看護職員   | 2        | 1  | 1   | 1.5             |
| 機能訓練指導員  | 1        | 1  |     | 1               |
| 計画作成担当者  | 1        | 1  |     | 1（介護職員兼務）       |
| 栄養士  | 1        | 1  |     | 1               |
| 調理員  | 5        |    | 5   | 2               |
| 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。<br>※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     | 0  | 0   | 0 |
| 介護福祉士     | 9  | 6   | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 3  | 3   | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 2  | 0   | 2 |
| 介護支援専門員   | 2  | 2   | 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  |     |
| 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 | 最小時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                      | 0人   | 0人              |
| 介護職員                      | 1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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1以上<br>b 2 : 1以上<br>c 2.5 : 1以上<br>④ d 3 : 1以上 |
|   | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.3 : 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   |           | 主任介護支援専門員 |     |       |     |         |     |         |     |
|          |          | 資格等の名称 |           |           |     |       |     |         |     |         |     |
|          |          | 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 |
| 前年度の採用者数 |          | 1      |           |           |     |       |     |         |     |         |     |
| 前年度の退職者数 |          | 1      |           |           |     |       |     |         |     |         |     |
| 数業       | 1年未満     | 1      |           | 2         |     |       |     |         |     |         |     |

|   |               |  |   |         |   |   |  |  |   |   |  |
|---|---------------|--|---|---------|---|---|--|--|---|---|--|
| に 務<br>応 に<br>じ 従<br>た 事<br>職 し<br>員 た<br>の 経<br>人 験<br>数 年 | 1年以上3年<br>未満  |  |   | 1       |   | 1 |  |  |   |   |  |
|   | 3年以上5年<br>未満  |  |   | 2       |   |   |  |  |   |   |  |
|   | 5年以上<br>10年未満 |  |   |         |   | 1 |  |  | 1 |   |  |
|   | 10年以上         |  | 1 | 3       | 4 |   |  |  |   | 1 |  |
| 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<br>【表示事項】              | ① 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式  |   |
| 利用料金の支払い方式<br>【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 選択方法<br>※該当する方法を全<br>て選択   | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>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  |   |
| 入院等による不在等における<br>利用料金(月払い)の取扱い | ① 減額なし(家賃・管理費・日常生活費)<br>② 日割り計算で減額(光熱水費・リネン費・食費)<br>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<br>改定                    | 条件   | 市場の物価高騰、消費者物価指数及び人件費や消費税・諸事情などを勘案し、必要と考えられる場合 |
|                                | 手続き  | 入居契約書第8条に定める運営懇談会の意見を聴取する                     |

(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<br>況     | 要介護度 | 要介護1    | 要介護5    |
|                | 年齢   | 85歳     | 90歳     |
| 居室の状況          | 床面積  | 13.5㎡   | 13.5㎡   |
|                | 便所   | ①あり 2なし | ①あり 2なし |
|                | 浴室   | 1あり ②なし | 1あり ②なし |
|                | 台所   | 1あり ②なし | 1あり ②なし |
| 入居時点で<br>必要な費用 | 前払金  | 0円      | 0円      |
|                | 敷金   | 0円      | 0円      |

|         |                   |           |           |
|---------|-------------------|-----------|-----------|
| 月額費用の合計 |                   | 140,000 円 | 150,200 円 |
| 家賃      |                   | 30,000 円  | 30,000 円  |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護等の費用※1 | 20,000 円  | 30,200 円  |
|         | 介護保険外※2           | 食費        | 48,000 円  |
|         |                   | 管理費       | 30,000 円  |
|         |                   | 介護費用      | 0 円       |
|         |                   | 光熱水費      | 6,000 円   |
| その他     | 6,000 円           | 6,000 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係る介護費用は、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                   | ※月額料金の算定です。<br>入院や旅行及び外泊等で長期不在する場合も、月額算定となります   |
| 敷金                   | 徴収いたしません。<br>但し、退去時に原状回復費のための実費を算定  |
| 介護費用                 | 徴収いたしません。<br>※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費、光熱水費、事務費、介護職員以外の人件費、日常健康維持管理に要する費用に充当します。<br>入院や旅行及び外泊等で長期不在する場合も、月額算定となります。  |
| 食費                   | 基本料金 15,000 円 内訳 朝食:400 円、昼食:550 円 夕食:650 円 事前に欠食のお申出があった場合には、上記内訳金額に基づいて減額して請求致します。但し、減額金額は基本料金を除いた 33,000 円を上限とします。<br>入院や旅行及び外泊等で長期不在する場合、上記説明内容によります。           |
| 光熱水費                 | 居室電気料 日額算定です。200 円/日 6,000 円 (月額)<br>居室以外の電気料以外は管理費に含まれます。<br>入院や旅行及び外泊等で長期不在の場合は 200 円/日の日割り算定です   |
| 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          | リネン費 3,000 円 (100 円/日額)<br>日常生活費 3,000 円 (月額) (レクリエーション娯楽費、シャンプー、リンス、トイレトペーパー、ティッシュペーパー代)<br>電化製品持込料 3,000 円 (1 個 50 円/日額)但しテレビ、冷蔵庫に限る<br>おむつ代、理美容代、医療費、その他個人的な支出費用 |

(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                       | 要介護度・加算に応じて介護報酬の1～3割を徴収する。 |
| 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） | 該当なし                       |
| ※ 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ません

|                                     |                   |    |
|-------------------------------------|-------------------|----|
| 算定根拠                                |                   |    |
| 想定居住期間（償却年月数）                       |                   | か月 |
| 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） |                   | 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          | 3人  |
|       | 女性          | 27人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 0人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 0人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 2人  |
|       | 85歳以上       | 28人 |
| 要介護度別 | 自立          | 0人  |
|       | 要支援1        | 0人  |
|       | 要支援2        | 0人  |
|       | 要介護1        | 6人  |
|       | 要介護2        | 8人  |
|       | 要介護3        | 7人  |
|       | 要介護4        | 6人  |
|       | 要介護5        | 3人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 3人  |
|       | 6ヶ月以上 1年未満  | 3人  |
|       | 1年以上 5年未満   | 13人 |
|       | 5年以上 10年未満  | 9人  |
|       | 10年以上 15年未満 | 2人  |
|       | 15年以上       | 人   |

(入居者の属性)

|  |       |
|--|-------|
| 平均年齢   | 92.9歳 |
| 入居者数の合計  | 30人   |
| 入居率*   | 100%  |
| ※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      | 0人       |
|         | 社会福祉施設   | 0人       |
|         | 医療機関     | 0人       |
|         | 死亡       | 4人       |
|         | その他      | 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 | 0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    | 介護付有料老人ホーム あかり 苦情相談窓口 |                          |
| 電話番号     | 0956-42-2800          |                          |
| 対応している時間 | 平日                    | 9:00~17:30 (月~金) ホームにて対応 |
|          | 土曜                    | 9:00~17:30 ホームにて対応       |
|          | 日曜・祝日                 | 9:00~17:30 ホームにて対応       |
| 定休日      | なし                    |                          |

(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保<br>介護保険事業者総合保険 |
|               | 2 なし |                                    |

|                                   |           |   |
|-----------------------------------|-----------|---|
| 介護サービスの提供により賠償すべき<br>事故が発生したときの対応 | ①あり       | (その内容) サービス提供に当たって、<br>万が一事故が発生し入居者の生命・身<br>体・財産に損害が発生した場合は不可抗<br>力による場合を除き、速やかに誠意をも<br>って入居者に対して損害の賠償を行いま<br>す。ただし、入居者側に故意又は重大<br>な過失がある場合には 賠償額を減ずる<br>ことがあります。 |
|                                   | 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<br>利用者の意見等を把握する取組<br>の状況 | ① あり | 実施日    | 令和5年7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    |           |
|  |      | 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 |
| 管理規定     | 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 1回 |
|                      | 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<br>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 |
|  | 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<br>【表示事項】                          | 1 あり（提携ホーム名： ）<br>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<br>② なし<br>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）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>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（事業主体が市内で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。