

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和7年7月1日 |
| 記入者名 | 高塚 祥子 |
| 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」の一部改正について（令和4年8月18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3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3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 | |
| | ※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 ゆうきかい 社会福祉法人 由起会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒857-0126 長崎県佐世保市上柚木町2515番地 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0956-46-0988 |
| | FAX 番号 | 0956-46-1664 |
| | メールアドレス | kosmos@tvs12.jp |
| | ホームページアドレス | http:// www.cos-mos.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 品川 一博 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 1981年9月3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) けあつきこうれいしゃじゅうたく かとれあ ケア付き高齢者住宅 カトレア | |
| 所在地 | 〒857-0112 長崎県佐世保市柚木町2194番地1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅、バス停 | 柚木停留所 |
| | 交通手段と所要時間 | ① バス利用の場合 佐世保駅から西肥バス(柚木行)乗車35分 柚木停留所で下車、徒歩1分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0956-41-8555 |
| | FAX 番号 | 0956-41-8558 |
| | メールアドレス | catorea@tukumo.jp |
| | ホームページアドレス | http://www.cos-mos.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 高塚 祥子 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 2012 年 3 月 20 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2012 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) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 佐世保市 |
| | 事業所の指定日 | 2022 年 6 月 1 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 2027 年 6 月 1 日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|---------|----------------|---|-----------------------------------|------------------------|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 3, 2 2 1 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 (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 (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 | 1, 7 1 4 . 8 9 0 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1, 3 4 3 . 4 8 1 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 (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 (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 (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 | 1 8 . 2 m ² | 2 8 | 一般居室個室 |
| | タイプ 2 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| 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 | 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 | | 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 介護浴槽 | 1ヶ所 | チェア浴 | | 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 | 2 | なし | | | |
| 入居者や家族が利用 できる調理設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | | | |
| エレベーター | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり (車椅子対応) | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 自動火災報知設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 火災通報設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | | |
| | スプリンクラー | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 防火管理者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 防災計画 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | | |
| 緊急通報装 置等 | 居室 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | 一部あり | 3 | なし |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | 一部あり | 3 | なし |
| | 浴室 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 快適で心身ともに充実した安定生活を営み、ご家族が安心できるようなサービスを提供します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者の心身の健康状態等を把握し、必要に応じて適切なサービスに繋げるように医療機関や介護保険事業所と連携します。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 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

| | | | |
|---|----------------|--------------|--------------|
| <p>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</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> | 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 |
| | 協力医療機関連携加算(※1) | (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 | |

| | | | | | |
|----------------|----------|----|----|----|----|
| 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 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"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 品川医院 | |
| | | 住所 | 長崎県佐世保市柚木町2 1 8 8 | |
| | | 診療科目 | 内科、循環器科 | |
| | | 協力科目 | | |
| | | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 2 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 診療科目 | | |
| | | 協力科目 | | |
| | | 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 | |
| | 3 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 診療科目 | | |
| 協力科目 | | | | |
| 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 | | |

| | | | | | | | |
|-------------------|---|---------|-------------------------------|---|----|---|----|
| | 4 | 名称 | | | | | |
| | | 住所 | | | | | |
| | | 診療科目 | | | | | |
| | | 協力科目 | | | | | |
| | | 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 |
| | 5 | 名称 | | | | | |
| | | 住所 | | | | | |
| | | 診療科目 | | | | | |
| | | 協力科目 | | | | | |
| | | 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 | 品川医院 | | | | |
| | | 医療機関の住所 | 長崎県佐世保市柚木町2188 | | | | |
| | | 2 | なし | | | | |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 山口歯科医院 | | | | |
| | | 住所 | 佐世保市瀬戸越3丁目5-5 | | | | |
| | | 協力内容 | 緊急時対応の必要性が生じた場合の受け入れ | | | | |
| | 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 (他の居室へ移る) |
| 判断基準の内容 | 退院後など一時的に介護を行う必要がある場合。 |

| | | |
|------------------|---|---|
| 手続きの内容 | 医師の意見及び入居者本人、家族の意思を聴取する。 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | 入居者本人及び家族の承諾のもと、前の居室の利用権を新たな居室で継続する。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | 介護保険で「要支援1」以上の認定を受けた方が利用できます。 | |
| 契約解除の内容 | ① 入居者が死亡した場合。 ② 入居者から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 | 賃貸借契約書 第9条 |
| | 解約予告期間 | か月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 か月 | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 3,200円/日、食費(朝450円、昼食600円、夕食630円)) 2 なし | |
| 入居定員 | 28 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 | 0.5 |
| 生活相談員 | 1 | | 1 | 0.5 |
| 直接処遇職員 | 2 | | 2 | 1.0 |
| 介護職員 | 2 | | 2 | 1.0 |
| 看護職員 | | | | |
| 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 | 0.5 |
| 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 | | | |
| 介護福祉士 | | | |
| 実務者研修の修了者 | 2 | | 2 |
| 初任者研修の修了者 | | | |
| 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 | | | |
| 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 (時 分 ~ 時 分) | | | |
|-----------------------|------|---|-----------------|
| | 平均人数 | | 最小時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | | 人 | 人 |
| 介護職員 | | 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 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 | | 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 |

| | | | | | | | | | | |
|--|---------------|--|--|-----------|---|--|---|--|--|--|
| 前年度1年間の採用者数 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 応業 じ務 たに 職従 員事 のし 人た 数経 験 年 数 に | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | 2 | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | 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 【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 選択方法 ※該当する方法を全て選択 | 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 | |
| 入院等による不在等における 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8日以上の場合に限り、日割り計算で減額 (光熱水費、リネン代のみ) | |
| 条件 | 消費税物価指数及び人件費を勘定し、必要と考えられる場合。 | |

| | | |
|---------|-----|-----------------------|
| 利用料金の改定 | 手続き | 運営懇談会等で十分に説明を行うものとする。 |
|---------|-----|-----------------------|

(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 | |
|------------|-------------------|----------|----------|---------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要支援1 | 要介護3 | |
| | 年齢 | 80歳 | 80歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.2㎡ | 18.2㎡ | |
| | 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 | | 146,400円 | 126,400円 | |
| 家賃 | | 33,000円 | 33,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護等の費用※1 | | 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 50,400円 | 50,400円 |
| | | 管理費 | 0円 | 0円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 5,000円 | 5,000円 |
| | | その他 | 58,000円 | 38,000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 | 近辺の有料老人ホーム及び、賃貸住宅の家賃相場を参照。 |
| 敷金 | 家賃の 0ヶ月分 |
| 介護費用 | 近辺の有料老人ホーム及び、賃貸住宅の家賃相場を参照。 |
| 管理費 | |
| 食費 | 朝食：450円、昼食：600円、夕食：630円 |
| 光熱水費 | 5,000円/月 |
| 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 | 理美容代、電話代、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 | |
| 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） | |
| ※ 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） | か月 |
| 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 | 7人 |
| | 女性 | 14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 | 3 人 |
| | 85 歳以上 | 18 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 人 |
| | 要支援 1 | 4 人 |
| | 要支援 2 | 3 人 |
| | 要介護 1 | 5 人 |
| | 要介護 2 | 5 人 |
| | 要介護 3 | 4 人 |
| | 要介護 4 | 0 人 |
| | 要介護 5 | 0 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 2 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 2 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 13 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 3 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 1 人 |
| | 15 年以上 | 0 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|--------|
| 平均年齢 | 90.2 歳 |
| 入居者数の合計 | 21 人 |
| 入居率* | 75 % |
| ※ 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 | 4 人 |
| | 医療機関 | 4 人 |
| | 死亡 | 4 人 |
| | その他 | 0 人 |

| | | |
|---------|----------|---|
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 4 人 |
| | | (解約事由の例) ・医療体制が整っている施設（同法人内の介護老人保健施設）への入所をすすめる申し出。 |
| | 入居者側の申し出 | 8 人 |
| | | (解約事由の例) ・体調不良による入院に伴う申し出。 |

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 | | ケア付き高齢者住宅カトレア |
| 電話番号 | | 0956-41-8555 |
| 対応している時間 | 平日 | 00時00分～24時00分 |
| | 土曜 | 00時00分～24時00分 |
| | 日曜・祝日 | 00時00分～24時00分 |
| 定休日 | | 無し |

(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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 東京海上日動火災保険「損害賠償責任保険」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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 東京海上日動火災保険「損害賠償責任保険」に加入。 |
| | 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 | |

(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 | 開設時より意見箱を設置 |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 | 2024/3/22 |

| | | | |
|--|--|--------|--|
| | | 評価機関名称 | 運営懇談会 |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規定 | <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 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 |
| 財務諸表の要旨 | <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 |
| 財務諸表の原本 | <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 |

10. その他

| | | | |
|---------------------|--|--|--|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (開催頻度) 年 | 6 回 |
| | 2 なし | | |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 指針の整備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 定期的な研修の実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 担当者の配置 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 指針の整備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 定期的な研修の実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 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 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 災害に関する業務継続計画 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 職員に対する周知の実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |

| | | |
|--|--|---|
| | 定期的な研修の実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 定期的な訓練の実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 定期的な業務継続計画の見直し | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（提携ホーム名：特別養護老人ホームゆずの里 老人保健施設コスモス） 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | |

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）

(事業者) 社会福祉法人 由起会
ケア付高齢者住宅 カトレア
(所在地) 長崎県佐世保市柚木町2194番地1
(管理者) 高塚 祥子

説明年月日 年 月 日

(説明者) _____

※上記の内容の説明を受け、了承しました。

年 月 日 (利用者氏名) _____ 印

(代理人氏名) _____ 印

※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。