

## 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和6年7月1日 |
| 記入者名  | 竹下 学     |
| 所属・職名 | 管理者      |

## 1. 事業主体概要

|            |                                             |                           |
|------------|---------------------------------------------|---------------------------|
| 種類         | 法人                                          |                           |
|            | ※法人の場合、その種類                                 | 営利法人                      |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきかいしゃふろんていあのかいご<br>株式会社 フロンティアの介護 |                           |
| 主たる事務所の所在地 | 〒461-0001 愛知県名古屋市東区泉一丁目 19 番 8 号            |                           |
| 連絡先        | 電話番号                                        | 052-953-7768              |
|            | FAX番号                                       | 052-953-7767              |
|            | ホームページアドレス                                  | http://www.frontier-gp.jp |
| 代表者        | 氏名                                          | 塚本 友紀                     |
|            | 職名                                          | 代表取締役                     |
| 設立年月日      | 昭和・平成 56年 4月 13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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく じゅうたくが<br>たゆうりょうろうじんほ一むき こうちのいこい<br>サービス付き高齢者向け住宅 住宅型有料老人ホーム 河内の憩 |              |
| 所在地      | 〒406-0043<br>山梨県笛吹市石和町河内 13 番地 1                                                             |              |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                                                                                          | JR 中央線 石和温泉駅 |
|          | 交通手段と所要時間                                                                                    | 駅より車で 12 分   |

|               |            |                           |
|---------------|------------|---------------------------|
| 連絡先           | 電話番号       | 055-224-5525              |
|               | FAX番号      | 055-263-5377              |
|               | ホームページアドレス | http://www.frontiet-gp.jp |
| 管理者           | 氏名         | 竹下 学                      |
|               | 職名         | 管理者                       |
| 建物の竣工日        |            | 昭和・平成・24年 11月 30日         |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 昭和・平成・令和 3年 10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<br>該当する場<br>合 | 介護保険事業者番号  |          |
|                        | 指定した自治体名   | 県（市）     |
|                        | 事業所の指定日    | 平成 年 月 日 |
|                        | 指定の更新日（直近） | 平成 年 月 日 |

### 3. 建物概要

|    |      |                |                                         |
|----|------|----------------|-----------------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 943.59㎡        |                                         |
|    | 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<br>(2021年10月1日～2054年4月30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             | 679.86㎡                                 |
|    |      | うち、老人ホーム部分     | 597.55㎡                                 |
|    | 耐火構造 | 1 耐火建築物        |                                         |
|    |      | ② 準耐火建築物       |                                         |
|    |      | 3 その他（         |                                         |

|                                                          |                  |                |                                         |                      |       |        |
|----------------------------------------------------------|------------------|----------------|-----------------------------------------|----------------------|-------|--------|
|                                                          |                  | 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<br>(2021年10月1日～2054年4月30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         |                                         |                      |       |        |
|                                                          |                  | 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                                     | 19.54 m <sup>2</sup> | 16    | 一般居室個室 |
|                                                          | タイプ2             | 有/無            | 有/無                                     | 21.99 m <sup>2</sup> | 2     | 一般居室個室 |
|                                                          | タイプ3             | 有/無            | 有/無                                     | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                          | タイプ4             | 有/無            | 有/無                                     | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                          | タイプ5             | 有/無            | 有/無                                     | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                          | タイプ6             | 有/無            | 有/無                                     | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                          | タイプ7             | 有/無            | 有/無                                     | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                          | タイプ8             | 有/無            | 有/無                                     | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                          | タイプ9             | 有/無            | 有/無                                     | m <sup>2</sup>       |       |        |
|                                                          | タイプ10            | 有/無            | 有/無                                     | m <sup>2</sup>       |       |        |
| ※「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<br>便房   | 1ヶ所            | うち男女別の対応が可能な便房                          |                      | 1ヶ所   |        |
|                                                          |                  |                | うち車椅子等の対応が可能な便房                         |                      | 1ヶ所   |        |
|                                                          | 共用浴室             | 2ヶ所            | 個室                                      |                      | 2ヶ所   |        |
|                                                          |                  |                | 大浴場                                     |                      | ヶ所    |        |
|                                                          | 共用浴室における<br>介護浴槽 | 1ヶ所            | チェアー浴                                   |                      | ヶ所    |        |
|                                                          |                  |                | 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<br>できる調理設備                                     | 1 あり 2 なし        |                |                                         |                      |       |        |

|        |          |                                                                                                                                                                 |
|--------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | エレベーター   | <input type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応）<br><input type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応）<br><input type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない）<br><input type="checkbox"/> 4 なし |
| 消防用設備等 | 消火器      | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                     |
|        | 自動火災報知設備 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                     |
|        | 火災通報設備   | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                     |
|        | スプリンクラー  | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                     |
|        | 防火管理者    | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                     |
|        | 防災計画     | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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"> <li>・入居者の人格を尊重し、心身の状態に適したサービスを提供する。</li> <li>・常に入居者の立場になって考え、安心・安全な施設運営に努める。</li> <li>・入居者の住みやすい環境作りに努める。</li> </ul> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者様の希望・状況に適したサービス提供。</li> <li>・入居者様の自然な暮らしを支援し、身近にある幸せを考えて頂ける、寄り添い型の介護。</li> </ul>                             |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし                                                             |
| 食事の提供           | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし                                                             |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし                                                             |
| 健康管理の供与         | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし                                                             |
| 安否確認又は状況把握サービス  | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし                                                             |
| 生活相談サービス        | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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      | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 生活機能向上連携加算    | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 個別機能訓練加算      | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 夜間看護体制加算      | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                                | 医療機関連携加算      | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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<br>ケア加算        | (I)   | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          |                      | (II)  | 1                    | あり | 2 | なし |
|                          | サービス提<br>供体制強化<br>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<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<br>※複数選択可 |   | <div>1 救急車の手配</div> <div>2 入退院の付き添い</div> <div>3 通院介助</div> <div>4 その他 ( )</div> |                                           |  |  |  |
| 協力医療機関         | 1 | 名称                                                                               | トータルサポートクリニック 韮崎                          |  |  |  |
|                |   | 住所                                                                               | 山梨県韮崎市若宮 2-9-25                           |  |  |  |
|                |   | 診療科目                                                                             | 内科                                        |  |  |  |
|                |   | 協力内容                                                                             | 往診・日常の健康管理・相談・健康診断の実施<br>定期的な往診と 24 時間の対応 |  |  |  |
|                | 2 | 名称                                                                               |                                           |  |  |  |
|                |   | 住所                                                                               |                                           |  |  |  |
|                |   | 診療科目                                                                             |                                           |  |  |  |
|                |   | 協力内容                                                                             |                                           |  |  |  |
| 協力歯科医療<br>機関   | 1 | 協力医療機関                                                                           | 甲府デンタルクリニック                               |  |  |  |
|                |   | 住所                                                                               | 山梨県甲府市北口 1-2-14<br>甲府北口プラザビル 102 号        |  |  |  |
|                |   | 協力内容                                                                             | 往診、治療、相談、口腔ケアの指導等                         |  |  |  |
|                | 2 | 名称                                                                               | トータルサポートクリニック 韮崎                          |  |  |  |
|                |   | 住所                                                                               | 山梨県韮崎市若宮二丁目 9-25                          |  |  |  |
|                |   | 協力内容                                                                             | 往診、治療、相談、口腔ケアの指導等                         |  |  |  |

(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                  |                                          |                     |
| 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<br>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)<br>2 なし |

(入居に関する要件)

|                    |                                                                              |                                                                                                                                               |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者                                                                      | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし                                                                                                 |
|                    | 要支援の者                                                                        | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし                                                                                                 |
|                    | 要介護の者                                                                        | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし                                                                                                 |
| 留意事項               | ・当施設の対象者は要介護者であって、常時医療機関において治療をする必要が無い方。その他、入居者及びご家族の意向を踏まえたうえで、入居について協議を行う。 |                                                                                                                                               |
| 契約の解除の内容           | ①入居者が死亡した場合<br><br>②入居者、又は事業者から解約した場合                                        |                                                                                                                                               |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                                         | 入居者の行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法では、これを防止することができないと事業者が判断したとき。<br><br>入居者又はその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等による、設置者の役職員や他の入居者等に対するハラ |

|              |                                                                                                 |                                              |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|              |                                                                                                 | スメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき、等。 |
|              | 解約予告期間                                                                                          | 90 日                                         |
| 入居者からの解約予告期間 |                                                                                                 | 30 日                                         |
| 体験入居の内容      | <input checked="" type="checkbox"/> あり（内容：一泊二日 11,000 円（税込）にて可能）<br><input type="checkbox"/> なし |                                              |
| 入居定員         |                                                                                                 | 18 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<br>※1※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|----------------|
|                                                                                                  | 合計       |    |     |                |
|                                                                                                  |          | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  |     | 1              |
| 生活相談員                                                                                            |          |    |     |                |
| 直接処遇職員                                                                                           | 9        | 9  |     |                |
| 介護職員                                                                                             | 10       | 10 |     |                |
| 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                                                                                              |          |    |     |                |
| 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。                                                                   |          |    |     |                |

（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     | 6 | 6 |  |
| 実務者研修の修了者 | 1 | 1 |  |
| 初任者研修の修了者 | 3 | 3 |  |
| 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 ( 16 時～ 9 時) |      |                 |
|-----------------------|------|-----------------|
|                       | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                  | 人    | 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>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) | : 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       |              | 社会福祉主事 |       |     |         |     |         |     |
|                          |          |      | 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              |          |      |              | 1            |        |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数              |          |      |              |              |        |       |     |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満     |      |              | 1            |        |       |     |         |     |         |     |
|                          | 1年以上     |      |              | 9            |        |       |     |         |     |         |     |
|                          | 3年未満     |      |              |              |        |       |     |         |     |         |     |
|                          | 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            |          |      |              | 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 選択方式<br>※該当する方式を全て選択              | 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                        |                                         |

|                                |     |                                                                             |
|--------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------|
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い |     | <input type="checkbox"/> 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |
| 利用料金の改定                        | 条件  | 物価上昇・経済情勢の変動・管理運営費用の増加・公共料金の値上げ・人件費上昇等                                      |
|                                | 手続き | 運営懇談会の意見を聴き同意を得て改定します。                                                      |

**（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 3                           | 要介護 1                            |
|                | 年齢                            | 88 歳                             | 80 歳                             |
| 居室の状況          | 床面積                           | 19.54 m <sup>2</sup>             | 21.99 m <sup>2</sup>             |
|                | 便所                            | <input type="checkbox"/> 1 有 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 2 無 |
|                | 浴室                            | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |
|                | 台所                            | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |
| 入居時点で<br>必要な費用 | 前払金                           | — 円                              | — 円                              |
|                | 敷金                            | — 円                              | — 円                              |
| 月額費用の合計        |                               | 141,740 円                        | 155,240 円                        |
| 家賃             |                               | 66,500 円                         | 80,000 円                         |
| サービス費用         | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 | 円                                | 円                                |
|                | 介護保険外※ <sup>2</sup>           | 食費                               | 35,640 円                         |
|                |                               | 管理費                              | 39,600 円                         |
|                |                               | 介護費用                             | (※一覧表参照)                         |
|                |                               | 光熱水費                             | 管理費に含む 円                         |
|                |                               | その他                              | 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   | 建物の賃貸料を居室数で按分。修繕積立等   |
| 敷金   | 無し                    |
| 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  | 光熱水費等                 |



|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 年齢別   | 65 歳未満        | 0 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 3 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 10 人 |
|       | 85 歳以上        | 5 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         | 2 人  |
|       | 要介護 2         | 5 人  |
|       | 要介護 3         | 6 人  |
|       | 要介護 4         | 2 人  |
|       | 要介護 5         | 3 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 2 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 1 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 16 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 0 人  |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 0 人  |
|       | 15 年以上        | 0 人  |

(入居者の属性)

|                                                 |        |
|-------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                            | 82.3 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 18 人   |
| 入居率※                                            | 100.0% |
| ※ 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を含む。 |        |

(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 |
|         | 死亡者      | 1 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 | 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    |       | 河内の憩 苦情相談窓口         |
| 電話番号     |       | 055-244-5525        |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~18:00          |
|          | 土曜    | 9:00~18:00          |
|          | 日曜・祝日 | 9:00~18:00          |
| 定休日      |       | なし                  |
| 窓口の名称    |       | 山梨県国民健康保険団体連合会 相談窓口 |
| 電話番号     |       | 055-223-2111        |
| 対応している時間 | 平日    | 8:45~17:30          |
|          | 土曜    |                     |
|          | 日曜・祝日 |                     |
| 定休日      |       | 土曜・日曜・祝日・年末年始等      |

(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)<br>東京海上日動火災保険 |
|                               | 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 | 1 あり | (その内容)               |
|                               | 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    | 随時        |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況                    | 2 なし |        |           |
|                                  | 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<br>2 入居希望者に交付<br>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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" 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 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<br>【表示事項】                                          | 1 あり (提携ホーム名 : )<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                        |              |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第 29 条第 1 項に規定<br>する届出                   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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<br>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<br>する法律第 5 条第 1 項に規定<br>するサービス付き高齢者向け<br>住宅の登録 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                       |              |

|                                             |                                                  |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針「5.規模及び構造設備」<br>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<br>の内容                         |                                                  |
| 「6.既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への適合<br>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<br>指針の不適合事項                   | なし                                               |
| 不適合事項がある場合の内<br>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）

※ \_\_\_\_\_ 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

## 事業者が運営する介護サービス事業一覧表

| 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 | ヘルパーズ<br>テーション<br>フロンティア<br>の介護甲府 | 甲府市徳行三丁目7番20号<br>橘ビル202 |
| 訪問入浴介護               | あり | なし |                                   |                         |
| 訪問看護                 | あり | なし | ナーシング<br>サポート甲府                   | 甲府市徳行三丁目7番20号<br>橘ビル202 |
| 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 | おおさとの<br>憩                        | 甲府市大里町3375-10           |
| 福祉用具貸与               | あり | なし | フロンティア<br>福祉用具<br>サービス            | 甲府市徳行三丁目7番20号<br>橘ビル201 |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし | フロンティア<br>福祉用具<br>サービス            | 甲府市徳行三丁目7番20号<br>橘ビル201 |
| <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 |                                   |                         |
| 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 | おおさとの<br>憩                        | 甲府市大里町3375-10           |
| 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 | ケアプラン<br>センターフ<br>ロンティア<br>の介護甲府  | 甲府市徳行三丁目7番20号<br>橘ビル201 |
| <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 | ナーシング<br>サポート甲府                   | 甲府市徳行三丁目7番20号<br>橘ビル202 |
| 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 | おおさとの<br>憩                        | 甲府市大里町3375-10           |
| 介護予防福祉用具貸与           | あり | なし | フロンティア<br>福祉用具<br>サービス            | 甲府市徳行三丁目7番20号<br>橘ビル201 |

|                  |                                     |                          |                |                         |
|------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------|
| 特定介護予防福祉用具販売     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | フロンティア福祉用具サービス | 甲府市徳行三丁目7番20号<br>橘ビル201 |
| ＜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   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |                         |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |                         |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | おおさとの憩         | 甲府市大里町3375-10           |
| 介護予防支援           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |                         |
| ＜介護保険施設＞         |                                     |                          |                |                         |
| 介護老人福祉施設         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |                         |
| 介護老人保健施設         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |                         |
| 介護療養型医療施設        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |                         |
| 介護医療院            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |                         |

## 別添 2

## 入居者の個別選択によるサービスの一覧表

| 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） |    | 実施するサービス |      |      | 備考（税込）             |                         |  |
|                                  |                                   |    |                            |    | 包含※2     | 都度※2 | 料金※3 |                    |                         |  |
| 介護サービス                           |                                   |    |                            |    |          |      |      |                    |                         |  |
| 食事介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |          | ○    |      | 30分                | 1,100円                  |  |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり | なし                         | あり |          | ○    |      | 30分                | 1,100円                  |  |
| おむつ代                             |                                   |    | なし                         | あり |          |      | 実費   |                    |                         |  |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり | なし                         | あり |          | ○    |      | 1名介助               | 2,200/回、2名介助 4,400/回    |  |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |          | ○    |      | 1名介助               | 2,200/回、2名介助 4,400/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 |          | ○    |      | 1時間                | 2,200円、タクシー代別途実費        |  |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |          |      |      |                    |                         |  |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |          | ○    |      | 月4回                | 5,500円（リネン交換費含む）        |  |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり |          | ○    |      |                    |                         |  |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり |          | ○    |      | 月8回                | 4,400円                  |  |
| 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 |          |      |      |                    |                         |  |
| 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 |          | ○    | 実費   |                    |                         |  |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり |          | ○    |      | 1時間                | 2,200円                  |  |
| 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 |          | ○    | 実費   | 定期的に健康診断を受ける機会を設ける |                         |  |
| 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 |          | ○    |      | 1時間                | 2,200円、22時から翌朝5時 3,300円 |  |
| 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、月額の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。