

重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | H30. 6. 18 |
| 記入者名 | 平野由加里 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1. 事業主体概要

| | | | |
|---------------------------------|---------------------|-------------------------------|----|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
| 事業主体の名称 | 法人の種類 | あり 株式会社 | なし |
| | 名称 | (ふりがな) カブシキガイシャヨギヨ 株式会社よ木よ | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒514-0501 | 三重県津市八幡町津 2526 番地 4 | |
| | 電話番号 | 059-253-8287 | |
| 事業主体の連絡先 | F A X 番号 | 059-253-8287 | |
| | メールアドレス | kokoyo0710@air.ocn.ne.jp | |
| | ホームページ アドレス | なし | |
| 事業主体の代表者の 氏名及び職名 | 氏名 | 平野由加里 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成 27 年 4 月 27 日 設立 | | |

事業主体が県内で実施する他の介護サービス (有料老人ホーム内に併設、同一敷地内含む)

| 介護サービスの種類 | 事業所の名称 | 所在地 | 入居者の利用数 |
|------------------------------|--------|-----|---------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | あり なし | | 19名 |
| 訪問入浴介護 | あり なし | | 名 |
| 訪問看護 | あり なし | | 19名 |
| 訪問リハビリテーション | あり なし | | 名 |
| 居宅療養管理指導 | あり なし | | 名 |
| 通所介護 | あり なし | | 名 |
| 通所リハビリテーション | あり なし | | 名 |
| 短期入所生活介護 | あり なし | | 名 |
| 短期入所療養介護 | あり なし | | 名 |
| 特定施設入居者生活介護 | あり なし | | 名 |
| 福祉用具貸与 | あり なし | | 名 |
| 特定福祉用具販売 | あり なし | | 名 |
| <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 | | 名 |
| 夜間対応型訪問介護 | あり なし | | 名 |
| 認知症対応型通所介護 | あり なし | | 名 |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり なし | | 名 |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり なし | | 名 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり なし | | 名 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり なし | | 名 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり なし | | 名 |
| 居宅介護支援 | あり なし | | 名 |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり なし | | 19名 |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり なし | | 名 |
| 介護予防訪問看護 | あり なし | | 19名 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり なし | | 名 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり なし | | 名 |
| 介護予防通所介護 | あり なし | | 名 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり なし | | 名 |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり なし | | 名 |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり なし | | 名 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり なし | | 名 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり なし | | 名 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり なし | | 名 |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり なし | | 名 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり なし | | 名 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり なし | | 名 |
| 介護予防支援 | あり なし | | 名 |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり なし | | 名 |

| | | | | | |
|-----------|----|----|--|--|---|
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | | 名 |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | | 名 |

2. 有料老人ホーム事業の概要
(住まいの概要)

| | | | |
|--|---|----------------------|--|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
| 施設の名称 | (ふりがな) ユリヨウホウジンホームココヨホステル 有料老人ホームここよ本店 | | |
| 施設の所在地 | 〒514-0821 | 津市垂水 522 番地 1 | |
| | | | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 059-246-5541 | |
| | FAX番号 | 059-246-5557 | |
| | メールアドレス | kokoyo@air.ocn.ne.jp | |
| | ホームページ アドレス | なし | |
| 施設までの主な利用交通手段 | | | |
| JR 紀勢本線阿漕駅から国道 23 号線伊勢街道へ入り垂水南の信号の方へ徒歩で約 15 分程度。バス停あり。 | | | |
| 施設の管理者の氏名及び職名 | 氏名 | 平野由加里 | |
| | 職名 | 施設長 | |
| 建物の竣工日 | | 平成 30 年 7 月大規模改装 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成 30 年 10 月 | |

(類型)【表示事項】

| | |
|-------------------------------------|--|
| 1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | |
| 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | |
| ③ 住宅型 | |
| 4 健康型 | |
| 1 又は 2 に該当する場合 | |
| 介護保険事業者番号 | |
| 指定した自治体名 | |
| 事業の開始 (予定) 年月日 | |
| 事業所の指定日 | |
| 指定の更新日 (直近) | |

3. 建物概要

| | | | | | | | | | |
|-------------|----------------|---|-----------------------|------|-----|-----|----------------|----------------|----------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 2筆 767.13 m ² | | | | | | | |
| | 所有関係 | 運営する法人が所有 | あり | 一部あり | なし | | | | |
| | | 事業者が賃借する土地 | | | | | | | |
| | | 抵当権の設定 | あり | なし | | | | | |
| | | 契約期間 | あり | 年月日～ | 年月日 | | | | |
| | | なし | | | | | | | |
| | 契約の自動更新 | あり | なし | | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 742.30 m ² | | | | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 742.30 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 | 運営する法人が所有 | あり | 一部あり | なし | | | | |
| 事業者が賃借する建物 | | | | | | | | | |
| 抵当権の設定 | | あり | なし | | | | | | |
| 契約期間 | | あり | 年月日～ | 年月日 | | | | | |
| | | なし | | | | | | | |
| | 契約の自動更新 | あり | なし | | | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 | | | | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | | | | |
| | | 最少 | 人部屋 | | | | | | |
| | 最大 | 人部屋 | | | | | | | |
| | 居室の状況 | 区分 | | 室数 | 人数 | トイレ | 浴室 | 面積 | |
| | | 一般居室 個室 | あり | なし | 3 | / | 有/無 | 有/無 | 10.0 m ² |
| | | | | | 7 | / | 有/無 | 有/無 | 11.3 m ² |
| | | | | | 2 | / | 有/無 | 有/無 | 12.4 m ² |
| | | | | | 5 | / | 有/無 | 有/無 | 13.5 m ² |
| | | | | | 2 | / | 有/無 | 有/無 | 16.55 m ² |
| 一般居室相部屋 | | あり | なし | | | 有/無 | 有/無 | m ² | |
| 介護居室 個室 | | あり | なし | | / | 有/無 | 有/無 | m ² | |
| | | | | | / | 有/無 | 有/無 | m ² | |
| | | | | / | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| 介護居室 相部屋 | あり | なし | | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | | | | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| 一時介護室 | あり | なし | | | 有/無 | 有/無 | m ² | | |

| | | | | |
|---------------|--|------|----------------|----|
| 共用施設 | 共用便所の設置数 | 2 | うち男女別の対応が可能な数 | 0 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な数 | 2 |
| | 共用浴室の設置数 | 1 | 個浴 | 1 |
| | | | 大浴場 | |
| | 共用浴室における介護浴槽の設置数 | 1 | チェアー浴 | |
| | | | リフト浴 | |
| | | | ストレッチャー浴 | 1 |
| | | | その他 () | |
| | 食堂 | あり | なし | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | | あり | なし |
| エレベーター | 1 あり (車椅子対応) ② あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1、2に該当しない) 4 なし | | | |
| バリアフリーの対応状況 | (内容) 駐車場より館内玄関はスロープ設置、施設内段差なし。 | | | |
| その他の共用施設の設備状況 | あり | なし | | |
| | (内容) 相談室、奥は談話室。3階にホールあり (23.8㎡)。 | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | 全居室内にあり | 一部あり | なし | |
| 外線電話回線の設置状況 | 全居室内にあり | 一部あり | なし | |
| テレビ回線の設置状況 | 全居室内にあり | 一部あり | なし | |
| 消防用設備等 | 消火器 | | あり | なし |
| | 自動火災報知設備 | | あり | なし |
| | 火災通報設備 | | あり | なし |
| | スプリンクラー | | あり | なし |
| | 防火管理者 | | あり | なし |
| | 防災計画 | | あり | 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 | 病院勤務で培った経験をもとにし、ご利用者様に満足していただけるような看護サービスを中心に、安心・安全な看護サービスの提供することを運営の方針としています。 | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | ご利用していただくお年寄りへ安心して居住できるように、各種介護保険サービス、緊急時対応サービスと専門のスタッフがサービス提供に勤めます。具体的には介護度や病状に応じた食事の提供、日常生活上の見守り、行政機関への手続きの代行、その他社会生活上の便宜の提供、必要に応じて医療機関への受診の手配、生活相談です。 | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 自ら実施 | 委託 | なし |
| 食事の提供 | 自ら実施 | 委託 | なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 自ら実施 | 委託 | なし |
| 健康管理の供与 | 自ら実施 | 委託 | なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 自ら実施 | 委託 | なし |
| 生活相談サービス | 自ら実施 | 委託 | なし |
| 利用者の個別的な選択によるサービスの実施状況 | 別添 | | |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| | | | | |
|--------------------------------|--------------|----------------------|----|----|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 個別機能訓練加算 | あり | なし | |
| | 夜間看護体制加算 | あり | なし | |
| | 医療機関連携加算 | あり | なし | |
| | 看取り介護加算 | あり | なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | あり | なし |
| | | (Ⅱ) | あり | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ) イ | あり | なし |
| | | (Ⅰ) ロ | あり | なし |
| (Ⅱ) | | あり | なし | |
| | (Ⅲ) | あり | なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | あり | (介護・看護職員の配置率) : 1 | なし | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|-----------|-------|---|--------------|
| 医療支援 可 | ※複数選択 | ① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 ④ その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 豊里クリニック |
| | | 所在地 | 津市豊が丘2丁目46-3 |
| | | 診療科目 | 内科・皮膚科 |
| | | 協力内容 | |

| | | | |
|----------|---|------|-----------------|
| | 2 | 名称 | 津在宅ケア診療所 |
| | | 所在地 | 津市大谷町 255 |
| | | 診療科目 | 緩和ケア内科・消化器内科・外科 |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 津ファミリア歯科 |
| | | 所在地 | 津市観音寺町 442-11 |
| | | 協力内容 | |

(要介護時における居室の住み替えに関する事項)

| | | | |
|--------------------------|--------|--|--------|
| 要介護時に介護を行う場所 | | | |
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 ③ その他 () | |
| 判断基準の内容 | | | |
| 手続きの内容 | | | |
| 追加的費用の有無 | | あり | なし |
| 居室利用権の取扱い | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | あり | なし |
| 従前の居室との仕様変更 | 面積の増減 | あり | なし |
| | 便所の変更 | あり | なし |
| | 浴室の変更 | あり | なし |
| | 洗面所の変更 | あり | なし |
| | 台所の変更 | あり | なし |
| | その他の変更 | あり | (変更内容) |
| | | 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 | あり | なし |
| | 要支援の者 | あり | なし |
| | 要介護の者 | あり | なし |
| 留意事項 | 認知症等により徘徊が頻繁な方、夜間に特に医療行為が必要な方など面談させていただき、訂正を判断させていただく場合があります。 | | |
| 契約の解除の内容 | ①賃料及び管理料など施設利用料の支払いをしばしば遅延するとき ②禁止または制限される行為の規定に違反したとき ③入居者の行動が、他の入居者の生命に危害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き ④入居者の資格に該当しないにもかかわらず資格を偽って入居したことが判明したとき | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第 10 条 (契約の解除) | |
| | 解約予告期間 | 相当の期間 (概ね 6 カ月程度) | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30 日前 | | |

| | | |
|------|--------|--|
| 体験入居 | あり | (内容) 空室がある場合に限って、1泊5000円、1食500円で入居体験をすることができる。 |
| | なし | |
| 入居定員 | 19室19名 | |
| 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)

| 職種別の職員の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
|--|----|-----|-----|-----|------|---------|
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数※ |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 管理者 | | 1 | | | 1 | 0.4 |
| 生活相談員 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 直接処遇職員 | | | | | | |
| 看護職員 | | | | | | |
| 介護職員 | | | | | | |
| 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 | 1 |
| その他職員 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | 40時間 | |
| ※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。 | | | | | | |
| 介護職員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 社会福祉士 | | | | | | |
| 介護福祉士 | | 2 | | | | |
| 実務者研修の修了者 | | | | | | |
| 初任者研修の修了者 | | 4 | | | | |
| 介護支援専門員 | | 1 | | | | |
| 機能訓練指導員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 看護師及び准看護師 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数 | | |
|--------------------|--------------------|-----------------|
| | 夜勤帯平均人数 (19時～翌朝8時) | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 1 | 1 |
| 介護職員 | 1 | 1 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 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 | | あり | | なし | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | あり | | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | 正看護師、介護支援専門員 | | | | | | | |
| | | なし | | | | | | | | |
| 職員 | 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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 応じた業務に従事した職員の人数 業務に従事した経験年数に | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | 4 | | 4 | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | 4 | | 3 | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | |
| | 職員健康診断の実施状況 | | あり | | なし | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払方法)

| | | | |
|--------------------------------|--|--|-----------------|
| 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 選択方式 ※該当する方式を すべて選択 | 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 | あり | | なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | あり | | なし |
| 入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い | ① 減額なし 2 日割り計算で減額 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 | 管理規定の第10条（利用料の変更）第2項 | |
| | 手続き | 入居者またはその家族に対し、当該サービスの内容及び費用を記した文書により説明、同意を得るものとする。 | |

(利用料金のプラン)【代表的なプラン2例】

| | | プラン1 | プラン2 | |
|----------------------------|---------------------------------|----------|----------|---------|
| 入居者の状 況 | 要介護度 | 要介護度 4 | | |
| | 年齢 | 78歳 | | |
| 居室の状況 | 床面積 | 10.30㎡ | | |
| | 便所 | あり | なし | |
| | 浴室 | あり | なし | |
| | 台所 | あり | なし | |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 0円 | | |
| | 敷金 | 150,000円 | 150,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 184,280円 | 184,280円 | |
| 家賃 | | 50,000円 | 50,000円 | |
| サ ー ビ ス 費 用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | | －円 | |
| | 介 護 保 険 外 ※ 2 | 食費 | 45,600円 | 45,600円 |
| | | 管理費 | 40,680円 | 40,680円 |
| | | 介護費用 | 21,600円 | 21,600円 |
| | | 光熱水費 | 26,400円 | 26,400円 |
| | | その他 | 0円 | 0円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入しない）

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 取得費・改装費 100 百万円/耐用年数 10 年/12 ヶ月/19 部屋/稼働率 86%=50,997 円 |
| 敷金 | 家賃の (3) か月分 |
| 介護費用 | 21,600 円 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 管理費 | 事務費 20,000 円 NHK 衛星放送受信料 2280 円 施設内共有部分メンテナンス費用 3400 円 健康相談・栄養相談 7000 円 洗濯清掃など個別生活サービス部門の人件費等 8000 円 小計 40,680 円 |
| 食費 | 1 日 3 食 1500 円として 30.4 日分 45,600 円 |
| 光熱水費 | 個室・共有部分を含めて水道料 35 万/2 ヶ月/19 名、電気料 33 万/19 名 小計 26,400 円 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 介護用品(オムツ等) |
| その他のサービス利用料 | 自費(介護保険外) |
| その他留意事項 | 食事代は二日前までのキャンセルについては、朝食 300 円、昼食 600 円、夕食 600 円で当月の食費から減額します。 |

(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

| 入居者の人数（冒頭に記した記入日現在） | | | | | | | | |
|-----------------------|----------|---------------|--------------|---------------|----------------|-----------|----|--|
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 計 | | |
| 65歳未満 | | | | | | 人 | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | 人 | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | 人 | | |
| 85歳以上 | | | | | | 人 | | |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 計 | | |
| 65歳未満 | | | | | | 人 | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | 人 | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | 人 | | |
| 85歳以上 | | | | | | 人 | | |
| | | | | | 合計 | 人 | | |
| 入居者の平均年齢 | | | | | | | 歳 | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 人 | | | 女性 | 人 | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む） | | | | | | | | |
| 認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上の者） | | | | | | | 人 | |
| 医療機関（認知症に限らず）へ受診中の者 | | | | | | | 人 | |
| 前年度に退去した者の状況 | | | | | | | | |
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 計 | | |
| 自宅等 | | | | | | 人 | | |
| 社会福祉施設 | | | | | | 人 | | |
| 医療機関 | | | | | | 人 | | |
| 死亡者 | | | | | | 人 | | |
| その他 | | | | | | 人 | | |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 計 | | |
| 自宅等 | | | | | | 人 | | |
| 社会福祉施設 | | | | | | 人 | | |
| 医療機関 | | | | | | 人 | | |
| 死亡者 | | | | | | 人 | | |
| その他 | | | | | | 人 | | |
| 生前解約の 状況 | 施設側の申し出 | | | | | | 人 | |
| | | | (解約事由の例) | | | | | |
| | 入居者側の申し出 | | | | | | 人 | |
| | | | (解約事由の例) | | | | | |
| 入居者の入居期間 | | | | | | | | |
| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上 1年未満 | 1年以上 5年未満 | 5年以上 10年未満 | 10年以上 15年未満 | 15年 以上 | 合計 | |
| 入居者数 | | | | | | | 人 | |

8. 苦情・事故等に関する体制

| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口 | | | |
|-------------------------------|--------------------|------------|--|
| 窓口の名称 | 有料老人ホームここよ本店苦情相談窓口 | | |
| 電話番号 | 059-246-5541 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 | |
| | 土曜 | 9:00～17:00 | |
| | 日曜・祝日 | 9:00～17:00 | |
| 定休日等 | 年中無休 | | |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等 | | | |
| 窓口の名称 | 株式会社よ木よ | | |
| 電話番号 | 059-253-8287 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 | |
| | 土曜 | 9:00～17:00 | |
| | 日曜・祝日 | 9:00～17:00 | |
| 定休日等 | 年中無休 | | |

(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 | あり | (その内容) 対人の傷害, 器物の損害の補償、火災保険 | |
| | 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 | あり | (その内容) ご利用者様の安全を第一と考え、行動する。まずは謝罪したのち、原因の究明にあたりとともに、保険会社、関係の行政機関への報告をする。 | |
| | なし | | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | あり | なし | ヒヤリハット報告書を基本にして、ミーティングなどで再発防止を図り注意を促す。 |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | | | |
|----------------------------------|----|--------|-----|----|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | あり | 実施日 | 年1回 | |
| | | 結果の開示 | あり | なし |
| | なし | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | あり | 実施日 | | |
| | | 評価機関名称 | | |
| | | 結果の開示 | あり | なし |
| | なし | | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 | ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--|--------------|
| 運営懇談会 | あり | (開催頻度) 年 1 回 |
| | なし | |
| | 代替措置あり | (内容) |
| | 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | あり | (提携ホーム名:) |
| | なし | |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出 | ① あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 | |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり ② なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「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) 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：「入居者の個別選択によるサービス一覧表」

※ _____ 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。



入居者の個別選択によるサービス一覧表

| 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 | | あり | あり | 備考 |
|----------------------------------|-------------------|----|-----------------------|---------------------------|
| 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス | 月額の利用料等で、実施するサービス | なし | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | ※別途利用料を徴収する場合は、単価等を記載のこと。 |
| 介護サービス | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | あり | あり |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | あり | あり |
| おむつ代 | — | — | なし | あり |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | なし | あり | あり | あり |
| 特浴介助 | なし | あり | あり | あり |
| 身辺介助(移動・着替え等) | なし | あり | あり | あり |
| 機能訓練 | なし | あり | あり | あり |
| 通院介助(協力医療機関) | なし | あり | あり | あり |
| 通院介助(協力医療機関以外) | なし | あり | あり | あり |
| 生活サービス | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | あり | あり |
| リネン交換 | なし | あり | あり | あり |
| 日常の洗濯 | なし | あり | あり | あり |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | あり | 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 |
| 買い物代行(通常の利用区域) | なし | あり | あり | あり |
| 買い物代行(上記以外の区域) | なし | あり | あり | あり |
| 役所手続き代行 | なし | あり | あり | あり |
| 金銭・貯金管理 | — | — | あり | あり |
| 健康管理サービス | | | | |
| 定期健康診断 | — | — | あり | あり |
| 健康相談 | なし | あり | あり | あり |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | あり | あり |
| 服薬支援 | なし | あり | あり | あり |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり | あり | あり |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | あり | あり |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | なし | あり | あり | あり |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外) | なし | あり | あり | あり |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | あり | あり |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | あり | あり |

