

## 重要事項説明書

|       |            |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 令和6年11月29日 |
| 記入者名  | 小林 義典      |
| 所属・職名 | 施設長        |

注 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

|            |                                 |                                  |
|------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 種類         | 個人／ <u>法人</u>                   |                                  |
|            | ※法人の場合、その種類                     | 社会福祉法人                           |
| 名称         | (ふりがな) せりたふくしーびす<br>芹田福祉サービス    |                                  |
| 法人番号       | 法人番号有無                          | 有                                |
|            | 法人番号                            | 3100005007011                    |
| 主たる事務所の所在地 | 〒380-0821 長野県長野市鶴賀鍋屋田 1381 番地 3 |                                  |
| 連絡先        | 電話番号                            | 026-233-5011                     |
|            | FAX番号                           | 026-238-0127                     |
|            | メールアドレス                         | contact@serita-fukushi.or.jp     |
|            | ホームページアドレス                      | https://www.serita-fukushi.or.jp |
| 代表者        | 氏名                              | 倉石 純雄                            |
|            | 職名                              | 理事長                              |
| 設立年月日      | 平成 17年 12月 19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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む ぬくもりのさと いまいにごうかん<br>介護付き有料老人ホーム ぬくもりの里 今井二号館 |                                  |
| 所在地           | 〒381-2224<br>長野市川中島町原 155-1                                           |                                  |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                                                   | 駅                                |
|               | 交通手段と所要時間                                                             | 信越本線 今井駅より徒歩 15 分                |
| 連絡先           | 電話番号                                                                  | 026-213-6413                     |
|               | FAX番号                                                                 | 026-293-3202                     |
|               | メールアドレス                                                               | contact@serita-fukushi.or.jp     |
|               | ホームページアドレス                                                            | https://www.serita-fukushi.or.jp |
| 管理者           | 氏名                                                                    | 小林 義典                            |
|               | 職名                                                                    | 管理者                              |
| 建物の竣工日        |                                                                       | 平成 30年 11月 9日                    |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                                                       | 平成 31年 12月 1日                    |

【類型】【表示事項】

|                                                                                                                                                                                                                         |            |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| <div> <div>1</div> <div>介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）</div> </div> <div> <div>2</div> <div>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）</div> </div> <div> <div>3</div> <div>住宅型</div> </div> <div> <div>4</div> <div>健康型</div> </div> |            |               |
| 1 又は 2 に<br>該当する場<br>合                                                                                                                                                                                                  | 介護保険事業者番号  | 2070106319    |
|                                                                                                                                                                                                                         | 指定した自治体名   | 長野県（市）        |
|                                                                                                                                                                                                                         | 事業所の指定日    | 平成 31年 12月 1日 |
|                                                                                                                                                                                                                         | 指定の更新日（直近） | 令和 5年 3月 16日  |

3. 建物概要

|    |      |                              |                                                  |
|----|------|------------------------------|--------------------------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 2,074 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>(2024 年 9 月 1 日～2026 年 8 月 31 日)<br>2 なし |



|            |                                          |                                                                                                 |                                          |        |
|------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------|
|            |                                          |                                                                                                 | 大浴場                                      | ヶ所     |
|            | 共用浴室における<br>介護浴槽                         | 7ヶ所                                                                                             | チェアー浴                                    | ヶ所     |
|            |                                          |                                                                                                 | リフト浴                                     | 2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<br>できる調理設備                     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし                                              |                                          |        |
|            | エレベーター                                   | 1 あり（車椅子対応）<br><input checked="" type="checkbox"/> 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<br>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                                       | 便所                                                                                              | 浴室                                       | その他（ ） |
|            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 1 あり   |
|            | 2 一部あり                                   | 2 一部あり                                                                                          | 2 一部あり                                   | 2 一部あり |
|            | 3 なし                                     | 3 なし                                                                                            | 3 なし                                     | 3 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        | 入居者様に喜んでいただけるよう、やさしく、温かく、心を込めたサービスを実施します。                  |
| サービスの提供内容に関する特色 | 課程的で自由な雰囲気大切に、できる限り要望に沿った対応を行います。                          |
| 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

|                                |                            |                            |                            |                            |                            |    |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|
| 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                   |                            | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 生活機能向上連携加算                 |                            | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 個別機能訓練加算                   |                            | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 夜間看護体制加算                   |                            | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算              |                            | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 医療機関連携加算                   |                            | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 口腔衛生管理体制加算                 |                            | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 栄養スクリーニング加算                |                            | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 退院・退所時連携加算                 |                            | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                | 看取り介護加算                    |                            | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                | 認知症専門ケア加算                  | (Ⅰ)                        | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                |                            | (Ⅱ)                        | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | サービス提供体制強化加算               | (Ⅰ)イ                       | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                |                            | (Ⅰ)ロ                       | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                |                            | (Ⅱ)                        | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                |                            | (Ⅲ)                        | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                | 介護職員処遇改善加算                 | (Ⅰ)                        | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         | 2                          | なし |
|                                |                            | (Ⅱ)                        | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                |                            | (Ⅱ)                        | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                |                            | (Ⅲ)                        | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| (Ⅴ)                            |                            | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし                         |    |
| 介護職員等特定処遇改善加算                  | (Ⅰ)                        | 1                          | あり                         | <input type="checkbox"/> 2 | なし                         |    |
|                                | (Ⅱ)                        | <input type="checkbox"/> 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)<br>: 1       |                            |                            |    |
|                                | <input type="checkbox"/> 2 | なし                         |                            |                            |                            |    |

(医療連携の内容)

|        |                            |                 |
|--------|----------------------------|-----------------|
| 医療支援   | <input type="checkbox"/> 1 | 救急車の手配          |
| ※複数選択可 | <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 ( 訪問診療の手配 ) |

|          |      |                           |                            |
|----------|------|---------------------------|----------------------------|
| 協力医療機関   | 1    | 名称                        | JA 長野厚生連 篠ノ井総合病院           |
|          |      | 住所                        | 〒388-8004 長野市篠ノ井会 666-1    |
|          |      | 診療科目                      | 内科 総合診療科                   |
|          |      | 協力科目                      |                            |
|          |      | 協力内容                      | 救急対応 入院治療                  |
|          | 2    | 名称                        | 芹田内科クリニック                  |
|          |      | 住所                        | 〒388-8007 長野市篠ノ井布施高田 755-1 |
|          |      | 診療科目                      | 総合診療科                      |
|          |      | 協力科目                      |                            |
|          |      | 協力内容                      | 訪問診療                       |
| 協力歯科医療機関 | 名称   | 宮崎歯科医院                    |                            |
|          | 住所   | 〒388-8006 長野市篠ノ井御幣川 288-1 |                            |
|          | 協力内容 | 歯科訪問診療                    |                            |

(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) |
|                          |        | 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                                     | <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           | 常時医療行為が必要な方は対応不可。                                           |                                                                                                                                                                                         |
| 契約の解除の内容       | ① 入居者が死亡した時<br>② 入居者または事業者から解約した場合<br>③ 有期契約の場合は、契約期間が満了した時 |                                                                                                                                                                                         |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項                                                        | ① 入居要件を偽って入居した場合<br>② 利用料の支払いを遅延した場合(2か月以上)<br>③ 事業所の承認を得ず、造作物の回収を行い、原状回復ができない場合<br>④ 共同生活の秩序を著しく乱し、入居者・職員の生活または健康に影響を及ぼす恐れがあり、通常の介護方法、接遇方法では防止できない場合。<br>⑤ 常時医療行為が必要となり、事業所では対応不可能な場合。 |
|                | 解約予告期間                                                      | 1ヶ月                                                                                                                                                                                     |
| 入居者からの解約予告期間   | 1ヶ月                                                         |                                                                                                                                                                                         |
| 体験入居の内容        | 1 あり（内容： ）<br>2 なし                                          |                                                                                                                                                                                         |
| 入居定員           | 48人                                                         |                                                                                                                                                                                         |
| その他            | 介護付き有料老人ホーム 48 床（個室）<br>身元引受人が設定できない場合は要相談                  |                                                                                                                                                                                         |

## 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   | 1        | 1  |     | 2              |
| 直接処遇職員  | 19       | 14 | 5   | 16.8           |
| 介護職員    | 14       | 12 | 2   | 13.5           |
| 看護職員    | 5        | 2  | 3   | 3.3            |
| 機能訓練指導員 | 1        |    | 1   | 0.2            |

|                                                                                                  |   |   |   |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-----|
| 計画作成担当者                                                                                          | 1 | 1 |   | 1   |
| 栄養士                                                                                              | 1 |   | 1 | 0.1 |
| 調理員                                                                                              |   |   |   |     |
| 事務員                                                                                              | 2 | 2 |   | 2   |
| その他職員                                                                                            | 1 |   | 1 | 0.7 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2                                                                         |   |   |   | 35  |
| ※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     | 7  | 5  | 2   |
| 実務者研修の修了者 | 6  | 6  |     |
| 初任者研修の修了者 | 1  | 1  |     |
| 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   | 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～ 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 | 2 人 | 2 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><input checked="" type="checkbox"/> 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) | 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |      |       |                                                                        |         |     |         |     |
|                                                                                                                 | 業務に係る資格等      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                               |                                               |      |       |                                                                        |         |     |         |     |
|                                                                                                                 |               | 資格等の名称                                                                 | 介護福祉士                                         |      |       |                                                                        |         |     |         |     |
|                                                                                                                 |               | <input type="checkbox"/> 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                                                                                                     |               |                                                                        | 2                                             |      |       |                                                                        |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                                                                                                     | 1             |                                                                        | 2                                             |      |       |                                                                        |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>業務に従事した経験年数に<br>業務に従事した経験年数に<br>業務に従事した経験年数に<br>業務に従事した経験年数に<br>業務に従事した経験年数に<br>業務に従事した経験年数に | 1年未満          |                                                                        |                                               | 4    |       |                                                                        |         |     | 1       |     |
|                                                                                                                 | 1年以上<br>3年未満  | 2                                                                      |                                               | 5    | 1     | 1                                                                      |         | 1   |         |     |
|                                                                                                                 | 3年以上<br>5年未満  |                                                                        | 3                                             | 2    |       |                                                                        |         |     |         |     |
|                                                                                                                 | 5年以上<br>10年未満 |                                                                        |                                               | 3    |       |                                                                        |         |     |         |     |
|                                                                                                                 | 10年以上         |                                                                        |                                               |      |       |                                                                        |         |     |         |     |
|                                                                                                                 |               |                                                                        |                                               |      |       |                                                                        |         |     |         |     |
|                                                                                                                 |               |                                                                        |                                               |      |       |                                                                        |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況                                                                                                   |               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |                                               | 採用時に |       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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】              |     | <input type="checkbox"/> 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                                                             |                                         |
|                                |     | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし                                          |                                         |
| 要介護状態に応じた金額設定                  |     | <input type="checkbox"/> 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<br>の改定                    | 条件  | 地価の変動、消費者物価指数の変動 等                                                          |                                         |
|                                | 手続き | 運営懇談会等で協議の上、改定を行う。                                                          |                                         |

### (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 4                            |
|                | 年齢                            |      | 85 歳                             | 90 歳                             |
| 居室の状況          | 床面積                           |      | 18.83 m <sup>2</sup>             | 18.83 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                           |      | 0 円                              | 0 円                              |
|                | 敷金                            |      | 150,000 円                        | 150,000 円                        |
| 月額費用の合計        |                               |      | 159,088 円                        | 175,461 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 <sup>※1</sup> の費用 |      | 7,588 円                          | 23,961 円                         |
|                | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費   | 53,500 円                         | 53,500 円                         |
|                |                               | 管理費  | 30,000 円                         | 30,000 円                         |
|                |                               | 介護費用 | 円                                | 円                                |
|                |                               | 共益費  | 18,000 円                         | 18,000 円                         |
|                | 光熱費                           |      | 従量制                              | 従量制                              |

|                                                                                                              |  |     |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|---|---|
|                                                                                                              |  | その他 | 円 | 円 |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。<br>※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                                                                                                 | 周辺の賃貸物件との比較による。                                                                                                                                                                                                         |
| 敷金                                                                                                 | 家賃の 3 ヶ月分                                                                                                                                                                                                               |
| 介護費用                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                         |
| 管理費※1                                                                                              | 事務管理部門の人件費及び事務経費、入居者に対する介護保険以外の生活上の支援（受診送迎、付き添い、地域連携支援など）の提供の為の人件費、事務経費、目的施設の維持・管理費・修繕費等を勘案し、1 室あたりの月額費用を算出。また、下記の内容も管理費に含まれる。<br>リネンリース費（（予防）特定施設入居者生活介護に提供）<br>・枕、布団、うす掛け・・・季節ごとの交換<br>・包布、シーツ、枕カバー・・・週に 1 回及び汚染時随時交換 |
| 食材費                                                                                                | 月額：28,500 円 1 食当たり（朝：250 円 昼：360 円 夕：340 円）                                                                                                                                                                             |
| 厨房管理費                                                                                              | 月額：25,000 円 委託業者からの請求を按分し計算する。                                                                                                                                                                                          |
| 共益費                                                                                                | 共用施設等の維持管理費、施設内共用部の水道代、電気代、消耗備品費用、修繕積立費用、法定点検費用の総額を勘案して 1 室あたりの月額費用を算出。                                                                                                                                                 |
| 光熱水費等※2                                                                                            | 上下水道代は共益費に含み、電気代は個メーターの検針による。                                                                                                                                                                                           |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料                                                                               | 別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）                                                                                                                                                                                                  |
| その他のサービス利用料                                                                                        | 季節燃料費：3,000 円（11 月～3 月）                                                                                                                                                                                                 |
| ※1 共用施設の修繕費、人件費等の使途をすべて記入し、「等」で括らないこと。<br>※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。 |                                                                                                                                                                                                                         |

**（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能**

| 費目                                         | 算定根拠      |
|--------------------------------------------|-----------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担                       | 介護報酬告示上の額 |
| 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)                       |                   | ヶ月  |
| 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            | 11 人 |
|       | 女性            | 37 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 0 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 2 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 1 人  |
|       | 85 歳以上        | 45 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 0 人  |
|       | 要支援 1         | 0 人  |
|       | 要支援 2         | 3 人  |
|       | 要介護 1         | 14 人 |
|       | 要介護 2         | 15 人 |
|       | 要介護 3         | 6 人  |
|       | 要介護 4         | 10 人 |
|       | 要介護 5         | 0 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 3 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 10 人 |

|  |               |      |
|--|---------------|------|
|  | 1 年以上 5 年未満   | 35 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                                            | 91 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 48 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   | 3 人                                          |
|         | 医療機関     | 2 人                                          |
|         | 死亡       | 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 | 6 人                                          |
|         |          | (解約事由の例)<br>心身の状況変化に伴い、ぬくもりの里今井での生活が困難となった為。 |

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①      | ぬくもりの里 今井二号館 苦情対応窓口 026-214-6413 |               |                        |
| 窓口②      | 芹田福祉サービス お客様相談窓口 026-233-5020    |               |                        |
| 窓口③      | 長野市役所 高齢者活躍支援課 026-224-5029      |               |                        |
| 対応している時間 | 平日                               | 窓口①② 9 時～17 時 | 窓口③ 8 時 30 分～17 時 15 分 |
|          | 土曜                               | 窓口①② 9 時～17 時 | 窓口③ 対応なし               |
|          | 日曜・祝日                            | 窓口①② 9 時～17 時 | 窓口③ 対応なし               |
| 定休日      | 窓口①② なし 窓口③ 土日祝                  |               |                        |

(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 | 事業者の責めに帰す場合、賠償責任により治療にかかる費用と慰謝料の支払いを行う。                                                    |
|                               | 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 | ① 速やかに家族・保険者等に連絡を行い、必要な措置を講じる。<br>② 全豪の事故の状況や事故に際して行った処置について記録する。<br>③ 速やかに入居者に対して損害賠償を行う。 |
|                               | 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    |           |
|                                  |                                          | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |        |           |
| 第三者による評価の実施状況                    | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日    |           |
|                                  |                                          | 評価機関名称 |           |
|                                  |                                          | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |        |           |

9. 入居希望者への事前の情報開示

|          |                                                                           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<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  | <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 |
| 財務諸表の要旨  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付              |

|         |                                                                |
|---------|----------------------------------------------------------------|
|         | 3 公開していない                                                      |
| 財務諸表の原本 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |

## 10. その他

|                                                  |                                                                                                           |              |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 運営懇談会                                            | <input type="checkbox"/> 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                                                                                                  |              |
| 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 type="checkbox"/> 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<br><input 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 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 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<br>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 (別を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。



別添 1 事業主体が長野市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類            |    |    | 併設・隣接<br>の状況 |    | 主な事業所の名称          | 所在地           |
|----------------------|----|----|--------------|----|-------------------|---------------|
| ＜居宅サービス＞             |    |    |              |    |                   |               |
| 訪問介護                 | あり | なし | 併設           | 隣接 | セリタのホームヘルプサービス川中島 | 長野市川中島町原131-1 |
| 訪問入浴介護               | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 訪問看護                 | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 居宅療養管理指導             | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 通所介護                 | あり | なし | 併設           | 隣接 | セリタのデイサービスセンター川中島 | 長野市川中島町原132-2 |
| 通所リハビリテーション          | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 短期入所生活介護             | あり | なし | 併設           | 隣接 | ぬくもりの里伊勢宮         | 長野市伊勢宮2丁目1-1  |
| 短期入所療養介護             | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 特定施設入居者生活介護          | あり | なし | 併設           | 隣接 | ぬくもりの里篠ノ井         | 長野市篠ノ井布施高田747 |
| 福祉用具貸与               | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| ＜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 | 併設           | 隣接 | セリタのライフサポート24     | 長野市篠ノ井布施高田747 |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 地域密着型通所介護            | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 認知症対応型通所介護           | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | 併設           | 隣接 | ぬくもりの里伊勢宮         | 長野市伊勢宮2丁目1-1  |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 居宅介護支援               | あり | なし | 併設           | 隣接 | セリタ介護相談センター       | 長野市川中島町原155-1 |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |    |    |              |    |                   |               |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 介護予防訪問看護             | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり | なし | 併設           | 隣接 | ぬくもりの里伊勢宮         | 長野市伊勢宮2丁目1-1  |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり | なし | 併設           | 隣接 |                   |               |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり | なし | 併設           | 隣接 | ぬくもりの里篠ノ井         | 長野市篠ノ井布施高田747 |

|                   |    |    |    |    |                   |               |
|-------------------|----|----|----|----|-------------------|---------------|
| 介護予防福祉用具貸与        | あり | なし | 併設 | 隣接 |                   |               |
| 特定介護予防福祉用具販売      | あり | なし | 併設 | 隣接 |                   |               |
| ＜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 | 併設 | 隣接 |                   |               |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護   | あり | なし | 併設 | 隣接 |                   |               |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護  | あり | なし | 併設 | 隣接 |                   |               |
| 介護予防支援            | あり | なし | 併設 | 隣接 | セリタ介護相談センター       | 長野市川中島町原155-1 |
| ＜介護保険施設＞          |    |    |    |    |                   |               |
| 介護老人福祉施設          | あり | なし | 併設 | 隣接 |                   |               |
| 介護老人保健施設          | あり | なし | 併設 | 隣接 |                   |               |
| 介護療養型医療施設         | あり | なし | 併設 | 隣接 |                   |               |
| 介護医療院             | あり | なし | 併設 | 隣接 |                   |               |
| ＜介護予防・日常生活支援総合事業＞ |    |    |    |    |                   |               |
| 訪問型サービス           | あり | なし | 併設 | 隣接 | セリタのホームヘルプサービス川中島 | 長野市川中島町原131-1 |
| 通所型サービス           | あり | なし | 併設 | 隣接 | セリタのデイサービスセンター川中島 | 長野市川中島町原132-1 |
| その他生活支援サービス       | あり | なし | 併設 | 隣接 |                   |               |

## 別添 2

## 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供す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） |    | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3          | 備 考            |
|                                  |                                   |    |                            |    |      |      |               |                |
| 介護サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |               |                |
| 食事介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |               |                |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |               |                |
| 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 |      |      |               |                |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |               |                |
| 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 |      | ○    | 3300 円 / 30 分 | 緊急搬送時等         |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |               |                |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |               |                |
| 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 |      |      |               |                |
| 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 |      | ○    | 100 円         | 1 日            |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費            | 外部サービス         |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1650 円        | 1 回 ※日用品に限る    |
| 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            | ※希望があった場合年 1 回 |
| 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                    |                                   |    |                            |    |      |      |               |                |
| 入退院時の同行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 3300 円 / 30 分 | 病院受付まで         |
| 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、月額の利用料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。