



重要事項説明書

医療法人 久 幸 会

医療法人 久幸会
住宅型有料老人ホーム 矢留の里

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 平成 年 月 日 |
| 記入者名 | |
| 所属・職名 | |

※入居一時金・家賃（居室利用料）は税法に則り非課税。管理費・食費及び個人的希望や「生活支援サービス一覧表」「月払い費用及び使用料一覧」などの有料となるサービスの利用は、税法に則り消費税を負担（金額は総額表示です）。

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|-------------------------------------|---|
| 種類 | 個人／法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 医療法人 |
| 名称 | (ふりがな) いりょうほうじん きゅうこうかい 医療法人 久幸会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒010-0146 秋田市下新城野字琵琶沼 124 番地 1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 018-873-5188 |
| | FAX番号 | 018-873-3828 |
| | ホームページアドレス | http://kyukokai.com |
| 代表者 | 氏名 | 稲庭千弥子 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 58年 4月 20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) やどめのさと 矢留の里 | |
| 所在地 | 〒010-0877 秋田市千秋矢留町 6 番 2 5 号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 秋田駅 (駅より 1.7km) |
| | 交通手段と所要時間 | ① 秋田中央交通 通町経由路線バス 通町バス 停車 600m、 ② 秋高スクール線 矢留町バス停車 50m |
| 連絡先 | 電話番号 | 018-884-0760 |
| | FAX番号 | 018-884-0763 |
| | ホームページアドレス | http://kyukokai.com/yadome/ |
| 管理者 | 氏名 | 佐藤 雅子 (准看護師) |

| | | | | |
|--|---------------|--------|-----|-------|
| | 職名 | マネージャー | | |
| | 建物の竣工日 | 昭和・平成 | 18年 | 4月24日 |
| | 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成 | 28年 | 4月1日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|---|------------|----------|
| 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1又は2に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | |
| | 指定した自治体名 | 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 | 1333.12 m ² | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | | |
| | | 抵当権の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり（年 月 日～年 月 日） <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 4381.83 m ² | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 3789.27 m ² | |
| | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 | | |
| | | 3 木造 | | |
| | | 4 その他（ ） | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 | | | | |
| 抵当権の設定 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし | |
| 契約期間 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（平成28年4月1日～20年間） 2 なし | | |
| 契約の自動更新 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| 居室の状況 | 居室区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 | | |
| | 【表示事項】 | 2 相部屋あり | | |

| | | 最少 | | 人部屋 | | |
|------|---|---|----------------------------|-----|--------|-----|
| | | 最大 | | 人部屋 | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 室数 | 区分* |
| タイプA | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 22.37～27.72 m ² | 12 | 一般居室個室 | |
| タイプB | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 19.53～21.11 m ² | 18 | 一般居室個室 | |
| タイプC | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 19.10～19.67 m ² | 18 | 一般居室個室 | |
| タイプD | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 17.10～19.10 m ² | 3 | 一般居室個室 | |
| タイプE | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 16.53～17.96 m ² | 5 | 一般居室個室 | |
| タイプF | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 14.25～14.82 m ² | 6 | 一般居室個室 | |
| タイプG | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 13.68～19.10 m ² | 24 | 一般居室個室 | |

※「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 | 共用便所における便房 | 8ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 2ヶ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 6ヶ所 |
| | 共用浴室 | 8ヶ所 | 個室 | 8ヶ所 |
| | | | 大浴場 | 0ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 4ヶ所 | チェアー浴 | 4ヶ所 |
| | | | リフト浴 | 0ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | 0ヶ所 |
| | | | その他（ ） | 0ヶ所 |
| 食堂 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | |
| 談話室 | 6階一部居室（居室 2.4.6.7.8.9）が床面積基準を満たさないため代替措置の場といたします。 | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | |
| エレベーター | 1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| | 自動火災報知設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| | 火災通報設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| | スプリンクラー | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| | 防火管理者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| | 防災計画 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| その他 | | | | |

4. サービスの内容 (全体の方針)

| | |
|------------------------|--|
| <p>運営に関する方針</p> | <p>1) 身体機能の低下・認知症・高齢のため独立して生活するには不安があり、ご家族の援助が 困難な方々が安心して生活できるよう高齢者介護の経験のある施設長、介護職員などにより日常生活上の世話をを行い、その有する能力に応じた自立した生活を営むことができるよう努めます。</p> <p>2) 入居時又は入居後に要介護認定を受けた入居者の方々の主治医や個々に結ばれた介護サービス事業所と連携体制を取り、心身状況に応じた適切なサービスが受けられるよう努めます。</p> <p>3) 入居者の意志及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ちサービスの提供に努めます。</p> <p>4) その他老人福祉法、介護保険法など関係法令の定めるところにより運営します。</p> |
| <p>サービスの提供内容に関する特色</p> | <p>より快適に過ごしていただけるように、様々な生活支援サービスを提供しています。お食事は栄養士が健康に配慮した献立を用意し、専門の調理師が食事を毎日作ります。旬の食材を生かし、飽きのこない献立で日々のお食事からも皆様の健康な生活をサポートします。健康管理はスタッフによる日々のバイタルチェック(検温・血圧測定など)や健康相談・生活指導のほか普段から皆様の健康や日々の変化を見守り、健康の維持増進をお手伝いいたします。介護が必要になった場合にも、訪問介護サービスを利用しながら居室での生活を継続できます。ご本人様のご要望をお聞きし、買い物や外出時の付き添いなど、個々に合った生活支援サービスを提供いたします。また、より楽しく充実した生活を過ごしていただく為に年間を通じて映画鑑賞会、川柳の会、歌声喫茶、夕涼み会、竿燈妙技など様々なイベントをご用意しております。</p> |
| <p>入浴、排せつ又は食事の介護</p> | <p>1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし</p> |
| <p>食事の提供</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし</p> |
| <p>洗濯、掃除等の家事の供与</p> | <p>1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし</p> |
| <p>健康管理の供与</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし</p> |
| <p>安否確認又は状況把握サービス</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし</p> |
| <p>生活相談サービス</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし</p> |

(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 | 1 あり 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 医療機関連携加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 看取り介護加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 認知症専門 ケア加算 | (Ⅰ) | 1 あり 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり 2 なし |
| | サービス提 供体制強化 加算 | (Ⅰ)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実施の有無 | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) : 1 | |
| | 2 なし | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|--|------|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人久幸会 今村病院 018-873-3011 15km |
| | | 住所 | 秋田市下新城野字琵琶沼 124-1 |
| | | 診療科目 | 内科、心療内科、精神科、皮膚科、泌尿器科 |
| | | 協力内容 | <ul style="list-style-type: none"> 慢性疾患または罹患時の受診・治療への協力 入居者の病状が急変した場合は、休日・夜間を問わず治療に応じる。 入居者に入院加療が必要とされた場合は、治療に万全を期する。 |
| | 2 | 名称 | 医療法人わらべ会稲庭クリニック 018-835-1210 1km |
| | | 住所 | 秋田市南通亀の町 2-21 |
| | | 診療科目 | 心療内科、精神科、神経科、内科 |
| | | 協力内容 | 慢性疾患または罹患時の受診・治療への協力。 |
| | 3 | 名称 | 医療法人久幸会今村記念クリニック 018-872-1313 15km |
| | | 住所 | 秋田市下新城長岡字毛無谷地 265 |
| | | 診療科目 | 整形外科、リハビリ科、歯科 |
| | | 協力内容 | 整形外科、歯科疾患または罹患時の受診・治療への協力。 |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------|--|---|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（ご希望のお部屋へ移る場合） | |
| 判断基準の内容 | ご希望のお部屋が空室の場合には、担当の職員と十分協議の上、住み替えが可能かどうか判断します。空室の場合でも予約の状況などにより入居者のご要望にお応えできない場合がありますことにご留意ください。 | |
| 手続きの内容 | 居室住み替え承認願い書をご提出いただきます。 | |
| 追加的費用の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | 入居契約の規定に従い、目的施設の利用権を有します。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 便所の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 浴室の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 台所の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

(入居に関する要件)

| | | |
|---------------------------|--|--|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 | <p>管理規程 3 「入居者及び追加入居者」</p> <p>概ね60歳以上の方で、主として介護を必要とする、介護老人福祉施設、介護老人保健施設等への入所待機をされている方や医療機関からの退院を余儀なくされている方、及び自立の方で、1人での生活が困難又はご家族等の援助が困難な方等とします。2人入居の場合は、夫婦、親子、兄弟姉妹に限ります。追加入居者の場合も同条件とします。</p> | |
| 契約の解除の内容 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 (契約書抜粋) | 解約条項 | <p>(事業者からの契約解除)</p> <p>第29条 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時。</p> <p>二 月額の利用料その他の支払いを、3ヶ月以上の滞納及びしばしば遅滞又は支払請求に応じない時。</p> |

| | | |
|--------------|--|---|
| | | <p>三 第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反した時。</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者の生命・健康又は生活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サービス提供方法ではこれを防止することができない時。</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく。</p> <p>二 前項の通告に先立ち、入居者及び身元引受人に弁明の機会を設ける。</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には、入居者及び身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保に協力する。</p> <p>3 本条第1項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く。</p> <p>二 一定の観察期間をおく。</p> |
| | 解約予告期間 | 90日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 退去予定日の30日前 | |
| 体験入居の内容 | <p>1 あり 内容：空室時には可能（1週間まで） 1日（朝・夕2食付）9,720円（税込）</p> <p>2 なし</p> | |
| 入居定員 | 86人 | |
| その他 | — | |

5. 職員体制 (職種別の職員数) (平成29年10月1日)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--|-----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1.0 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 2.0 |
| 直接処遇職員 | 9 | 2 | 7 | 3.0 |
| 介護職員 | 8 | 2 | 6 | 2.5 |
| 看護職員 | 1 | | 1 | 0.5 |
| 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 | | 1.0 |
| その他職員 | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------|----|-----|--|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | | | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | | | |
| 介護支援専門員 | | | |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|-----|--|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 看護師又は准看護師 | | | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| | | |
|--|------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 (17 時～8 時 30 分) ※緊急時の対応は致します。 | | |
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0 人 | 0 人 |
| 介護職員 | 6 人 | 0 人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|---------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | : 1 |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|--|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------|------|-----------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり 2 なし | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | 1 あり | | | | | | | |
| | 資格等の名称 | 准看護師 | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| 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 職員の人数 | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 | | | | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | |
| 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【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 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 | |
| | <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | 3 月払い方式 | |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 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 | <input type="checkbox"/> 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 | 入居契約書第27条（費用の改定）の規定に基づき、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案の上、運営懇談会の意見を聴いて改定します。 |
| | 手続き | 改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。 |

（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 | 自立 | 要介護 | |
| | 年齢 | 歳 | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 27.72㎡ | 14.82㎡ | |
| | 便所 | <input type="checkbox"/> 1 有 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 台所 | <input type="checkbox"/> 1 有 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 3,500,000円 | 0円 | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 203,165円 | 169,440円 | |
| 家賃 | | 75,725円 | 42,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用 | — 円 | — 円 | |
| | 介護保険外※ ² | 食費 | 51,840円 | 51,840円 |
| | | 管理費 | 75,600円 | 75,600円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 管理費に含む | 管理費に含む |
| | | 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、本欄には記入していない)

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 【前払金方式】 A : 75,725円、B : 46,129円、C : 38,064円 【月払方式】 A : 107,000円、B : 64,000円、C : 47,000円 D : 72,000円、E : 47,000円、F : 42,000円 G : 35,000円 (生保31,000円) |
| 敷金 | 家賃のヶ月分 |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・75,600円(税込) ・G : 25,000円(税込) (生保19,000円(税込)) 事務管理部門の person 費・事務費、光熱水費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための person 費、共用施設等の維持管理費 |
| 食費 | <ul style="list-style-type: none"> ・1,728円(税抜額1,600円)、G 1,600円(税込) ・栄養士その他食事部門の食材費、person 費、設備・備品代(食器等)への支払いに充当 ・実績払い ・欠食届は1週間前までとし、届のない場合は食したものとします。 ・医師の指示による治療食は、972円/日(税込)の追加となります。 ・日常以外の特別食等は、その都度、その内容により相談 |
| 光熱水費 | ・請求はありません |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | 実費 |

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

| 費目 | 算定根拠 |
|--|------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 | |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス) | |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領)

| | |
|------|---|
| 算定根拠 | A : 350万円、 B : 200万円、 C : 100万円 ・入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用施設等の費用として、地代、建設・設備費、修繕費、借入利息、管理費等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間にわたって受 |
|------|---|

| | | |
|-------------------------------------|-------------------|--|
| | | 領する家賃相当費用の一部として算定 |
| 想定居住期間（償却年月数） | | 7年（84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 | | 25% |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | <p>・入居金償却期間の起算日から三月以内に契約を終了する場合は、契約書第45条に基づくものとし、居室明け渡しまでの施設の利用料及び月払いの利用料・食費・その他の費用の日割額及び原状回復費用を支払うことで契約を終了できる。事業者は、当該費用の支払い及び居室の明け渡しを受けた後90日以内に、受領済の前払い金及び月払いの利用料の全額を無利息で入居者に返還する。</p> <p>※利用期間にかかる利用料の算定方式 （返還対象分=入居一時金×0.75）÷入居金償却期間の月数÷30×（入居日から契約終了までの実日数）</p> |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | <p>想定居住期間内に契約終了した場合、以下計算式に基づく額を返還します。 （返還対象分=基本入居金分×0.75）÷（入居日から入居金償却期間満了日までの実日数）×（契約終了日の翌日から入居金償却期間満了日までの実日数）</p> |
| 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）（平成29年10月1日現在）

| | | |
|-------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 24人 |
| | 女性 | 47人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 7人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 13人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 17人 |
| | 85歳以上 | 34人 |
| 要介護度別 | 自立 | 7人 |

| | | |
|-------|---------------|------|
| | 要支援 1 | 8 人 |
| | 要支援 2 | 0 人 |
| | 要介護 1 | 19 人 |
| | 要介護 2 | 9 人 |
| | 要介護 3 | 15 人 |
| | 要介護 4 | 5 人 |
| | 要介護 5 | 8 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 10 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 8 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 34 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 10 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 9 人 |
| | 15 年以上 | 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|---------|
| 平均年齢 | 79.94 歳 |
| 入居者数の合計 | 71 人 |
| 入居率* | 82.55% |
| ※ 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 | 6 人 |
| | 社会福祉施設 | 25 人 |
| | 医療機関 | 14 人 |
| | 死亡者 | 2 人 |
| | その他 | 7 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 | 37 人 |
| | | (解約事由の例)・冬期間のみの入居希望や入院するまでの間など、短期間の利用希望者が多い。介護度が重くなり、特別養護老人ホームなど介護保険施設への入所を希望。病状が改善し帰宅など。 |

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）

| | | |
|----------|------------------------|------------|
| 窓口の名称 | 矢留の里（責任者：マネージャー 佐藤 雅子） | |
| 電話番号 | 018-884-0760 | |
| 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 | なし | |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|--|---|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。 |
| | 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 | 介護が必要となられた場合でも、主治医・嘱託医の意見や、本人及びご家族と施設、外部居宅介護支援事業所、外部介護サービス事業者の関係調整を図り、適切な介護サービスが行われるよう配慮しています。 |
| | 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 | 意見箱 : 毎月15日 運営懇談会 : 毎月第3火曜日 |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 2 なし | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | 平成 年 月 日 |
| | | 評価機関名称 | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 有料老人ホームサービス評価プログラム (機関名: 特定非営利法人福祉経営ネットワーク) |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 2 なし | | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

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

| | |
|---------|---------------------------------------|
| | 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|---|--|
| 運営懇談会 | 1 あり | (開催頻度) 年 1 2 回 (主な内容) (1) 施設における入居者の状況、一時金返済債務の保全、入退去者の状況、要支援・要介護者数等の状況、サービス提供の状況 (2) 各年度における介護保険収支、管理費・食費等の収支状況、ホーム全体の各会計年度の決算内容 (3) 管理費・食費その他サービス費用および使用料の改定 (4) 管理規程、細則等の諸規則の改定 (5) 入居者の意向の確認や意見交換 (6) 各年度の職員数・介護職員配置体制・勤務形態・資格保有の状況、介護職員勤務時間の説明等 (7) その他特に必要と認めた事項について (会議録の閲覧) 1 あり 2 なし |
| | 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 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名 :) 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 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階一部居室（居室2.4.6.7.8.9）が床面積基準を満たさないため談話室を設けています。 |
| 「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 | |
| 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 平成 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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

| 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 | ニコニコヘルパーセンター | 秋田市下新城 中野字琵琶沼 124番地 1 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | ニコニコ訪問看護ステーション | 秋田市下新城 中野字琵琶沼 124番地 1 |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 今村記念クリニック | 秋田市下新城 長岡字毛無谷地 265番地 |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | かわぐち今村クリニック | 川口市幸町 1丁目 5番 17号 川口みちのくビル |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | ニコニコ苑 | 秋田市下新城 中野字琵琶沼 138番地 1 |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | ニコニコ苑 | 秋田市下新城 中野字琵琶沼 138番地 1 |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <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 | なでしこの家 | 秋田市金足 追分字海老穴 223 |
| 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 | ニコニコ介護支援センター | 秋田市下新城 中野字琵琶沼 124番地 1 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | ニコニコヘルパーセンター | 秋田市下新城 中野字琵琶沼 124番地 1 |
| 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 | ニコニコ訪問看護ステーション | 秋田市下新城 中野字琵琶沼 124番地 1 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 今村記念クリニック | 秋田市下新城 長岡字毛無谷地 265番地 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | ニコニコ苑 | 秋田市下新城 中野字琵琶沼 138番地 1 |
| 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 | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <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 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | なでしこの家 | 秋田市金足 追分字海老穴 223 |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | ニコニコ苑 | 秋田市下新城 中野字琵琶沼 138番地 1 |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |