

重要事項説明書

| | |
|-------|----------------------------------|
| 記入年月日 | 2022年7月1日 |
| 記入者名 | 井川 忠司 |
| 所属・職名 | 長森いきいき倶楽部アネックス 介護付有料老人ホーム 管理者 |

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（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 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 社会福祉法人 |
| 名称 | (ふりがな) しゃかいふくしほうじん こうけいかい 社会福祉法人 高佳会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒500-8008 岐阜県岐阜市玉井町17番地 | |
| 連絡先 | 電話番号 | (058)267-1295 |
| | FAX番号 | (058)267-1293 |
| | メールアドレス | koukeikai.2525@gmail.com |
| | ホームページアドレス | http://www.koukeikai.jp |
| 代表者 | 氏名 | 高田 良彦 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 13年 7月 9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) ながもりいきいきくらぶあねつくす かいごつきゆうりょうろうじんほーむ 長森いきいき倶楽部アネックス 介護付有料老人ホーム | |
| 所在地 | 〒500-8227 岐阜県岐阜市北一色10丁目38番3 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 長森駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 例：①バス利用の場合 ・岐阜駅より乗車15分、岐阜総合医療センター停留所で下車、徒歩5分 ②自動車利用の場合 岐阜駅より ・乗車 10分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 058-259-2525 |
| | FAX番号 | 058-259-3838 |
| | メールアドレス | koukeikai.2525@gmail.com |
| | ホームページアドレス | http:// www.koukeikai.jp |
| 管理者 | 氏名 | 井川 忠司 |
| | 職名 | 介護福祉士 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 22年 4月 1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 22年 4月 1日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|--|-------------|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 住宅型 | | |
| 4 <input type="checkbox"/> 健康型 | | |
| 1又は2に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 2190100251 |
| | 指定した自治体名 | 岐阜市 |
| | 事業所の指定日 | 平成 22年 4月 1日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 平成 22年 4月 1日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|--------------|----------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 1216.00 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 | 1 あり | 2 なし | | |
| | | 契約期間 | 1 あり (平成 年 月 日～ 年 月 日) | | | |
| | 2 なし | | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 2142.85 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1786.6 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他 () | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| | | 2 鉄骨造 | | | | |
| | | 3 木造 | | | | |
| | | 4 その他 () | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| 2 事業者が賃借する建物 | | | | | | |
| 抵当権の設定 | | 1 あり | 2 なし | | | |
| 契約期間 | | 1 あり (年 月 日～ 年 月 日) | | | | |
| | | 2 なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | 人部屋 | | | |
| | | 最大 | 人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 13.8~15.9 m ² | 18室 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 20.97 m ² | 2室 | 介護居室個室 |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 15~15.9 m ² | 6室 | 介護居室個室 |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 17.5~18.9 m ² | 3室 | 介護居室個室 |

| | | | | | | | |
|--|------------------------|-----------|-----------------|----------------|------|----------------------------------|----|
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| | タイプ6 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| | タイプ7 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| | タイプ8 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| | タイプ9 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| | タイプ10 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「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 | | ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 7ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 4ヶ所 | 個室 | | 3ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | | 1ヶ所 | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 3ヶ所 | チェアー浴 | | ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | | 2ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | | ヶ所 | | |
| | | | その他（特別浴室） | | 1ヶ所 | | |
| 食堂 | 1 | あり | 2 | なし | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 | あり | 2 | 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 | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | スプリンクラー | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 防火管理者 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 防災計画 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 | あり | 2 | 一部あり | 3 | なし |
| | 便所 | 1 | あり | 2 | 一部あり | 3 | なし |
| | 浴室 | 1 | あり | 2 | 一部あり | 3 | なし |
| その他 | 見守りセンサー（眠りスキャン導入）カメラ設置 | | | | | | |
| | | | | | | その他（ ） 1 あり 2 一部あり 3 なし | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 地域における高齢者の住まいとして、介護サービスを利用しながら、地域密着型と本人のその有する能力に応じ、自立した生活ができるよう総合的なサービスの提供に努める。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 通所介護・短期入所生活介護・歯科診療室の併設 専門職によるサポートを受けることができる。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | 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 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | 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 ※(短期利用)特定施設入居者生 活介護の加算 | 入居継続支援加算 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 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 | | |
| | 若年性認知症入居者受 入加算 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 栄養スクリーニング加算 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 看取り介護加算 | 1 | あり | 2 | なし | | |
| | 認知症専門 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 | ※ |
| | 介護職員処 遇改善加算 | (I) | 1 | あり | 2 | なし | ※ |
| | | (II) | 1 | あり | 2 | なし | |
| | | (III) | 1 | あり | 2 | なし | |
| (IV) | | 1 | あり | 2 | なし | | |

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|----------------------|------|------|---|
| | | (V) | 1 あり | 2 なし | |
| | 介護職員等 特定処遇改 善加算 | (I) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし | ※ |
| | 介護職員等 ベースアッ プ等支援加 算 | | 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 | 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 | 医療法人社団登豊会 近石病院 |
| | | 住所 | 岐阜県岐阜市光町2丁目4番地 |
| | | 診療科目 | 内科・外科 |
| | | 協力内容 | 内科医の訪問診療 月1回 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | ぎふデンタルフォレスト | |
| | 住所 | 岐阜県岐阜市伊奈波通3丁目12番地の5 | |
| | 協力内容 | 施設内に診療分室あり。 | |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | |
|----------------|----------------------------------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合 | ※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 () |
| 判断基準の内容 | 空室が出た場合 入居者ご家族様の希望に応じて | |
| 手続きの内容 | 入居者選定委員会の開催 ご本人・身元保証人の同意を得て行います。 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり | 2 なし |

| | | | |
|--------------|-------------|------|--------|
| 居室利用権の取扱い | 住み替え後の居室に移動 | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり | 2 なし | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 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 【表示事項】 | 自立している者 | 1 あり | 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | 1 あり | 2 なし |
| 留意事項 | 入居時に介護認定の申請を受け、要介護度1以上の認定があり岐阜市在住の方。常時医療行為が必要な場合は対応不可。その他の療養管理については要相談。 | | |
| 契約の解除の内容 | ①入居者が死亡した場合 ②入居者、または施設から解約した場合 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居者の行動が、他の入居者・職員に生命を及ぼす恐れがあり、通常の介護・接遇方法では防止できない場合。医療処置が必要になり24時間対応等、施設ケアの限界を超えたとき。 | |
| | 解約予告期間 | 30日以上 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日以上 | | |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容：空室がある場合1日食事付(10,000円+税)) 2 なし | | |
| 入居定員 | 29人 | | |
| その他 | 短期利用特定施設入居者生活介護 (空室利用型) | | 2室 |

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

| | | |
|--|-----------|----------------|
| | 職員数 (実人数) | 常勤換算人数 ※1※2 |
| | 合計 | |

| | | | | |
|---|------------|----|-----|------|
| | 22名 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 2 (介護職員兼務) | 2 | | 0.2 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 14 | 9 | 5 | 9.4 |
| 看護職員 | 4 | 1 | 4 | 2.5 |
| 機能訓練指導員 | 1 (看護職員兼務) | 1 | | |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 1 | | 1 | |
| その他職員 | 2 | | 2 | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2} | | | | 40時間 |
| <p>※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。</p> <p>※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。</p> | | | | |

(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 | 1 | 1 | 0 |
| 介護福祉士 | 5 | 4 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 6 | 4 | 2 |
| 初任者研修の修了者 | 6 | 5 | 1 |
| 介護支援専門員 | 1 | 1 | 0 |

(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 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| | | |
|-------------------|------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 (16時～9時) | | |
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 1人 | 1人 |
| 介護職員 | 7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 (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) | 2.4 : 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 | | 介護福祉士 | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | | | | | | | | |
| 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 | 5 | 6 | 5 | | | | | 1 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 2 | 1 | 4 | | | 1 | | | 1 |
| 年数に応じた業務に従事した職員の経験 | 1年未満 | | 4 | | 2 | | | 1 | | 1 |
| | 1年以上 | 1 | | 7 | 3 | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | 3 | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| 5年以上 | | | 4 | 1 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------|-------|--|---|---|----|---|----|--|---|--|
| | 10年未満 | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | 2 | | 2 | | | | 1 | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | 1 | あり | 2 | なし | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 利用料金 の改定 | 条件 | 物価・人件費等の上昇により改定する場合があります。 |
| | 手続き | ご本人・家族に事前に書面にて同意を得る。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 |
|----------------|------|---|---|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護4 | 要介護2 |
| | 年齢 | 94歳 | 96歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 20.97㎡ | 15.93㎡ |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 |
| | 浴室 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 |
| | 台所 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 0円 | 0円 |
| | 敷金 | 円 | 円 |
| 月額費用の合計 | | 206,700円 | 197,650円 |

| | | | | |
|------------|-------------------------------|----------|---------|---------|
| 家賃相当額（非課税） | | 91,000円 | 86,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 22,700円 | 18,650円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費（外税） | 57,000円 | 57,000円 |
| | | 共益費（非課税） | 36,000円 | 36,000円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 0円 | 0円 |
| | | その他（外税） | 利用に応じて | 利用に応じて |

※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 |
|----------------------|-----------------------|
| 家賃相当額 | 施設設備投資費 施設維持費 |
| 敷金 | 家賃の3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 | |
| 食費 | 1日3食 提供する食材費 |
| 光熱水費 | |
| 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 | オムツ リネン 外部ランドリー |

（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 | 介護報酬の告示上の額とし、法定代理受領サービスであるときは、その1割又は2割又は3割の額 |
| 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） | なし |
| ※ 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 | 3人 |
| | 女性 | 18人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 0人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 4人 |
| | 85歳以上 | 17人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 1人 |
| | 要介護2 | 4人 |
| | 要介護3 | 6人 |
| | 要介護4 | 7人 |
| | 要介護5 | 3人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 0人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 0人 |
| | 1年以上5年未満 | 12人 |
| | 5年以上10年未満 | 7人 |
| | 10年以上15年未満 | 2人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|-------|
| 平均年齢 | 91.1歳 |
| 入居者数の合計 | 21人 |
| 入居率* | 72.4% |
| ※ 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)

| | | |
|---------|----------|----------|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 1人 |
| | 社会福祉施設 | 0人 |
| | 医療機関 | 1人 |
| | 死亡者 | 4人 |
| | その他 | 0人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 0人 |
| | | (解約事由の例) |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | | |
|----------|---|-----------------|
| 窓口の名称 | 長森いきいき倶楽部アネックス 介護付有料老人ホーム 苦情受付窓口：介護福祉士 宮地 加奈子 苦情受付責任者：管理者 井川 忠司 | |
| 電話番号 | 058-259-2525 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時00分～午後5時30分 |
| | 土曜 | 午前9時00分～午後5時30分 |
| | 日曜・祝日 | 午前9時00分～午後5時30分 |
| 定休日 | なし | |

| | | |
|----------|--------------|-----------------|
| 窓口の名称 | 岐阜市役所 介護保険課 | |
| 電話番号 | 058-265-4141 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前8時45分～午後5時30分 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |

| | |
|-----|------|
| 定休日 | 土日祝日 |
|-----|------|

| | | |
|----------|----------------|-----------------|
| 窓口の名称 | 岐阜県国民健康保険団体連合会 | |
| 電話番号 | 058-275-9828 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時00分～午後5時00分 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | 土日祝日 | |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|--|---------------------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 入所型施設利用者の傷害事故補償 |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 事故対応マニュアルに基づく |
| | 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 | 年 月 日 |
| | | 結果の開示 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|---|--|
| 運営懇談会 | 1 あり | (開催頻度) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 1 代替措置あり | (内容) 新型コロナウイルスの感染等、開催が難しい場合は、書面にて通知 |
| | 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：) | |
| | <input checked="" 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <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 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | |
| 「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | <input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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 (別の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 事業主体が岐阜県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・隣接の状況 | 事業所の名称 | 所在地 |
|------------------|--|-----------------------------|----------|---|--|
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
| 訪問介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問入浴介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問看護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 | | |
| 居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | 併設・隣接 | 岐阜デンタルフォレスト訪問歯科/下呂フォレスト歯科/馬瀬フォレスト歯科 | 岐阜市伊奈波通3丁目12-6 下呂市森439番地1 下呂市馬瀬惣島1518番地 |
| 通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | 併設・隣接 | 長森いきいき倶楽部アネックスデイサービスセンター デイサービスセンターいきいき | 岐阜市北一色10丁目38番3 岐阜市玉井町17番地 |
| 通所リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 | | |
| 短期入所生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | 併設・隣接 | 長森いきいき倶楽部アネックスショートステイ | 岐阜市北一色10丁目38番3 |
| 短期入所療養介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 | | |
| 福祉用具貸与 | あり | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | 併設・隣接 | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | 併設・隣接 | 長森いきいき倶楽部ラシック/笠松いきいき倶楽部 | 岐阜市北一色10丁目38-1 笠松町長池352-1 |
| 認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | 併設・隣接 | 長森いきいき倶楽部ラシックグループホーム/長森いきいき倶楽部グループホーム/粋いき・馬瀬の元気館グループホーム | 岐阜市北一色10丁目38-1 岐阜市前一色西町4-6 下呂市馬瀬惣島1518番地 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | 長森いきいき倶楽部アネックス介護付有料老人ホーム | 岐阜市北一色10丁目38番3 |

| | | | | | |
|----------------------|----|----|-------|---|--|
| 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 | 長森いきいき倶楽部ラシック特別養護老人ホーム/粋いき・馬瀬の元気館 特別養護老人ホーム | 岐阜市北一色10丁目38-1 下呂市馬瀬惣島1518番地 |
| 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 | | | |
| <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 | 長森いきいき倶楽部アネックスショートステイ | 岐阜市北一色10丁目38番3 |
| 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 | | |
| 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 | 長森いきいき倶楽部ラシック/笠松いきいき倶楽部 | 岐阜市北一色10丁目38-1 笠松町長池352-1 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | 長森いきいき倶楽部ラシックグループホーム/長森いきいき倶楽部グループホーム/粋いき・馬瀬の元気館グループホーム | 岐阜市北一色10丁目38-1 岐阜市前一色西町4-6 下呂市馬瀬惣島1518番地 |
| 介護予防支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <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 | | |
| 通所型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | 長森いきいき倶楽部アネックスデイサービスセンター デイサービスセンター いきいき | 岐阜市北一色10丁目38番3 岐阜市玉井町17番地 |
| その他の生活支援サービス | 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 | | | 備考 |
| | | | □（利用者が全額負担） | 包含※2 | 都度※2 | |
| 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 | 1500/1回 | 週2回を超えて希望する場合実費 |
| 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 | 500/10分 | 事前申請・予約が必要 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | 250/回 | 10分を超えて清掃が必要な場合実費 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | 2700/月 | リネンレンタル実費 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | 300/回 | 週2回を超えた場合実費 |
| 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 | | 昼食に含む |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | 実費 | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | 10%手数料 | 購入品が生活圏内にあるもの |
| 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 | | 年1回（9月実施）施設負担 |
| 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 | | 見守りシステム（カメラ設置） |
| 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 | | 送迎対応は可能 |
| 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。