

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 2 年 7 月 1 日
記入者名	勝又訓子
所属・職名	施設長

※ サービス付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 あおぞら 社会福祉法人 青空	
主たる事務所の所在地	〒 410-0872 沼津市小諏訪15-1	
連絡先	電話番号	055-926-9600
	FAX番号	055-927-2600
	ホームページアドレス	<a href="http://www.aozora-h.com">http://www.aozora-h.com</a>
代表者	氏名	大谷貴美子
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 22 年 4 月 1 日	
主な実施事業	※別添1（別の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) ゆうりょうろうじんほーむ あおぞら 有料老人ホーム 青空	
所在地	〒 410-0872 静岡県沼津市小諏訪 1 5 - 1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR東海道線 片浜駅または沼津駅
	交通手段と所要時間	①電車を利用の場合 沼津駅からタクシー10分 片浜駅からタクシー 5分 ②自動車を利用の場合 沼津ICより約 8 km 30分
連絡先	電話番号	055-926-9600
	FAX番号	055-927-2600
	ホームページアドレス	<a href="http://www.aozora-h.com">http://www.aozora-h.com</a>
管理者	氏名	勝又訓子
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・平成 14年 11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 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) ② 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) ③ 住宅型 ④ 健康型		
1又は2に	介護保険事業者番号	No 2271101863
該当する場 合	指定した自治体名	静岡県 沼津 (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 28年 4月 1日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	2458 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				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり	(平成22年4月1日～平成57年3月31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	1818.54 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	579.63 m <sup>2</sup>			
	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	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	13.01～18.16 m <sup>2</sup>	10	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.15～20.07 m <sup>2</sup>	4	介護居室相部屋
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			

	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
※ 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	4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		3ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴		1ヶ所	
			リフト浴		0ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他 ( )		0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			
その他	食堂兼機能訓練室 面積63m <sup>2</sup>					

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	個人のニーズや特性、意思や希望に基づく適切な援助を18床という小規模で家庭的な雰囲気の中で提供する。 たとえ障害があっても個人が人生の主役として生きがいのある人生作りをお手伝いをさせて頂く。		
サービスの提供内容に関する特色	個人のニーズや特性、意思や希望に基づく適切な援助を18床という小規模で家庭的な雰囲気の中で提供する。 たとえ障害があっても個人が人生の主役として生きがいのある人生作りをお手伝いをさせて頂く。		
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	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	(Ⅰ)	1 あり	② なし
	ケア加算	(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		
	① なし			

**(医療連携の内容)**

医療支援		<input type="radio"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 4 その他 ( )	
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	医療法人社団真養会 田沢医院
		住所	沼津市大手町3丁目7番1号
		診療科目	内科・外科・整形外科
		協力内容	・施設への月2回の往診、24時間異常時の対応・指示・受診・訪問診療 ・年2回の健康診断(施設負担) 力医療機関とは協力契約を締結しています。・協力医療病院への付 入退院時移送の費用負担はなし(医療保険の費用は入居者負担) <span style="float: right;">・協 添、</span>
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	津野歯科
		住所	沼津市大岡2275-6
		協力内容	通院が困難な方の往診(随時)・定期歯科検診の実施

**(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		<input type="radio"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="radio"/> 3 その他 ( )	
※複数選択可			
判断基準の内容		自立でのトイレ、食事ができなくなった場合、居室移動あり、但し、病状が急激に悪化した場合や、他入居者に著しく迷惑をかけると介護人が判断した場合、主治医の意見・家族・身元保証人の意見を聞き了承を得た上で居室移動するか決定する	
手続きの内容		1) 事業者の指定する医師の意見を聞く 2) 入居者の意思を確認する 3) 入居者の身元引受人の意見を聞く	
追加的費用の有無		1 あり	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="radio"/> 2 あり	2 なし
	便所の変更	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="radio"/> 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	概ね60歳以上で、健康な方及び日常生活に支援・介護が必要な方		
契約の解除の内容			
	契約の終了の事由	<p>次の次号のいずれかに該当する場合は、本契約は終了するものとします。</p> <p>①入居者が死亡した時（入居者が2名の場合は両方死亡したとき）</p> <p>②下記の「事業者の契約解除」に基づき解除を通告し、通告期間が満了したとき</p> <p>③下記の「入居者からの解約」に基づき解約を行ったとき</p>	
事業主体から解約を求める場合			
	*解約条項	<p>・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、本契約解除することがあります。</p> <p>①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とき</p> <p>②月額の利用料その他支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき60日以上支払いがない場合など、本契約における事業者と入居者の信頼関係を著しく害するものであると判断した場合。</p> <p>③総則第20条「禁止又は制限される行為」の規定に違反したとき</p> <p>④入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、通常の介護方法ではこれを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合</p> <p>⑤身元引受人及び連帯保証人との連絡がとれなくなった場合</p>	
	*契約解除の手続き	<p>・上記の場合、事業者は次の各号の手続きをとります</p> <p>1) 契約解除の通告について②は60日①③④⑤は90日の予告期間をおく</p> <p>2) 解除通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>3) 解除予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や身元引受人、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>4) 上記解除事由④に該当する場合は*医師の意見を聴く*一定の観察期間をおく*通告に先立ち、入居者本人の意思を確認すると共に入居契約で定める身元引受人等の意見を聴きます。</p>	
	解約予告期間	解約事項②	2ヶ月
	解約予告期間	解約事項①③④⑤	3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：1泊2日13,125円（3食付）介護保険は適用外となります）		
	2 なし		

入居定員	18 人
その他	

## 5. 職員体制

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

### （職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.3
生活相談員	2	2	0	1.0
直接処遇職員	17	10	7	7.8
介護職員	14	8	6	7.6
看護職員	3	2	1	1.3
機能訓練指導員	3	2	1	0.2
計画作成担当者	1	1	0	0.5
栄養士			1	委託
調理員			2	委託
事務員	1	0	1	0.5
その他職員			2	1.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40.0
※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	1	1	0
介護福祉士	9	5	4
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	3	1	2
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	3	2	1
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 19時～ 6時45時 )		
	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	1 人	1 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (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)	1,8 : 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	ホームの職員数	人
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)	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務	① あり	2 なし
	業務に係る資格等	① あり	
		資格等の名称	社会福祉士、介護支援専門員
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	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	1	3	2	0	0	0	0	0	0	
応じた業務に従事した職員の人数 経験年数に	1年未満	0	0	2	1	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	1	2	1	2	0	0	1	2	0	
	3年以上 5年未満	0	0	1	1	1	0	0	0	1	
	5年以上 10年未満	0	0	3	2	1	0	0	0	0	
	10年以上	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
	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】	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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 ②なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり ②なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	① 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案する
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上行う

(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	支援1～2 要介護1～5	支援1～2 要介護1～5	
	年齢	60歳以上	60歳以上	
居室の状況		二人部屋	個室	
	床面積	18.15～20.07 m <sup>2</sup>	13.01～18.16 m <sup>2</sup>	
	便所	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無	
	浴室	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無	
	台所	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無	
入居時点で 必要な経費	前払金	0 円	0 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		203,058 円	255,558 円	
家賃		52,000 円	104,500 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		要介護1 18,208 円	要介護1 18,208 円
	介護 保険 外 ※2	食費	64,500 円	64,500 円
		管理費	46,000 円	46,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	15,750 円	15,750 円
	その他	6,600 円	6,600 円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
家賃	専用介護居室の家賃相当額の一部に相当。地代、標準設備、修繕費等を基礎として算出
敷金	家賃の 0 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	共有施設等の維持管理費、事務費、管理部門に係る人件費
食費	朝食640円 昼食660円 夕食750円 おやつ100円
光熱水費	各居室、共有スペース、厨房、浴室等施設管理維持に係る水道光熱費 夏期/冬期 (7, 8, 9/12, 1, 2)は共有スペース冷暖房費として2,000円/月
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	介護サービスに含む。含まれないサービスは介護サービス一覧表に記載。

**(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	次ページ参照
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 (上乗せサービス)	(上乗せサービス) なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む	

### 介護保険サービスの自己負担額

・要支援度、要介護度と介護保険証負担割合に応じた割合を徴収する。

\*当ホームにおける介護報酬について

要介護認定等の結果	介護報酬の単位	介護報酬の額	介護報酬の目安(30日分)	A)利用者1割負担分の目安(30日)
自立	-	-	-	
要支援1	181 単位	1,835 円/日	55,060 円	5,506 円
要支援2	310 単位	3,143 円/日	94,302 円	9,431 円
要介護1	536 単位	5,435 円/日	163,051 円	16,306 円
要介護2	602 単位	6,104 円/日	183,128 円	18,313 円
要介護3	671 単位	6,803 円/日	204,118 円	20,412 円
要介護4	735 単位	7,452 円/日	223,587 円	22,359 円
要介護5	804 単位	8,152 円/日	244,576 円	24,458 円
① 夜間看護体制加算(対象:B)	10 単位/日	101 円/日	3,042 円	305 円
② 医療機関連携加算(対象:A・B)	80 単位/月	811 円/月	811 円	82 円
③ 看取り介護加算(対象:B)	最大 6,528 単位(最大 30 日)	・死亡日以前 4 日～30 日 ・死亡日の前日及び前々日 ・死亡日	144 単位/日 680 単位/日 1,280 単位/日	
④ サービス提供加算(I)ロ(対象:A・B)	12 単位/日	121 円/日	3,650 円	365 円
⑤ 口腔衛生管理体制加算(対象:A・B)	30 単位/月	304 円/月	304 円/月	31 円
⑥ 栄養スクリーニング加算(対象:A・B)6月に1回	5 単位/回	50 円/回	50 円/回	5 円/回
⑦ 若年性認知症入居者受入加算(対象:A・B)	120 単位/日	1,216 円/日	36,504 円/月	3,651 円
⑧ 個別機能訓練加算(対象:A・B)	12 単位/日	121 円/日	3,650 円/月	365 円
⑨ 介護職員処遇改善加算 I	* 月間所定単位数 × 8.2% * 月間所定単位数 = (介護度による介護報酬の単位 + ①～⑧各種加算) × 月間利用日数 * 各種加算は施設が基準を満たしているもの			
⑩ 介護職員等特定処遇改善加算 II	* 月間所定単位数 × 1.2%			

(注)  
A)は1割負担分の目安です。  
利用者さまの介護保険負担割合証の割合で負担額が変わります。

\*対象者 A・・・要支援 1～2 対象者 B・・・要介護 1～5

\*当ホームの介護費は、1 単位 10.14 円です(7 級地)

\*④サービス提供加算 I イは、介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 60 以上であること。

\*①～⑧の加算については、施設がいずれも基準を満たしていない場合は適用になりません。

\*消費税は非課税です。

\*自立(介護保険適用外)の場合 50,000 円/月がかかります。

**(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	5 人
	女性	11 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	12 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	2 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	6 人
	要介護 2	1 人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	2 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6ヶ月未満	0 人
	6ヶ月以上1年未満	5 人
	1年以上5年未満	6 人

	5年以上10年未満	3人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	1人

**(入居者の属性)**

平均年齢	87.8歳
入居者数の合計	16人
入居率※	88.9%

※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	1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	①青空苦情受付 ②沼津市長寿福祉課 ③静岡県国保連苦情処理部門		
電話番号	①055-926-9600 ②055-934-4865 ③054-253-5590		
窓口の名称 (第三者委員)	古谷礼子 (090-1725-8215) 菊地照子 (055-963-2118)		
対応している時間	平日	①担当者勤務日における9時～17時 ②8:30～17:15 ③9:00～17:00	
	土曜	①担当者勤務日における9時～17時 ②③休み	
	日曜・祝日	①担当者勤務日における9時～17時 ②③休み	
定休日	①年中無休 ②③土日祝祭日、他		

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(その内容) 介護労働安定センター
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① あり	(その内容) 緊急安全対策委員会規定に応じて事故発生時の対応、原因究明、再発防止を講じる
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	① あり	実施日	令和元年7月
		結果の開示	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	
		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 ② 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	① 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない



## 10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【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 サービス付高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の 居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関 する法律第5条第1項に規定 するサービス付き高齢者向け 住宅の登録	1 あり      ② なし	
有料老人ホーム設置運営指導 指針「5. 規模及び構造設備」 に合致しない事項	1 あり      ② なし	
合致しない事項がある場合 の内容		
「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	1 適合している (代替措置)	
	2 適合している (将来の改善計画)	
	3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	なし	
不適合事項がある場合の内 容		
重要事項説明書の開示状況	入居希望者に公開・交付      掲示板に掲示	

添付書類：別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日            令和    年    月    日

説明者署名            \_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

平成22年4月1日施行

平成24年7月1日改定

平成25年4月1日改定

平成25年7月1日改定

平成26年4月1日改定

平成27年4月1日改定

平成27年7月1日改定

平成28年2月18日改定

平成28年7月1日改定

平成29年4月1日改定

平成29年7月1日改定

平成30年4月1日改定

平成30年7月1日改定

平成30年12月1日改定

平成31年4月1日改定

令和元年 7 月 1 日改定

令和2年7月1日改定

別添1 事業主体が沼津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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
訪問介護	あり	なし	
訪問入浴介護	あり	なし	
訪問看護	あり	なし	
訪問リハビリテーション	あり	なし	
居宅療養管理指導	あり	なし	
通所介護	あり	なし	
通所リハビリテーション	あり	なし	
短期入所生活介護	あり	なし	
短期入所療養介護	あり	なし	
特定施設入居者生活介護	あり	なし	
福祉用具貸与	あり	なし	
特定福祉用具販売	あり	なし	
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
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	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
居宅介護支援	あり	なし	ケアプランセンター青空 沼津市小諏訪15-1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防訪問介護	あり	なし	
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	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	
介護予防通所介護	あり	なし	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	
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	
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>			
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	
介護予防支援	あり	なし	ケアプランセンター青空 沼津市小諏訪15-1
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>			
介護老人福祉施設	あり	なし	
介護老人保健施設	あり	なし	
介護療養型医療施設	あり	なし	
介護医療院	あり	なし	

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	備考
	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	
	なし	あり	なし	あり				
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	○			
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				協力医療機関
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	○			
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○			
買い物代行	なし	あり	なし	あり				通常の利用区間
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2回会社負担であり
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり	○			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○			
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。