

## 重要事項説明書

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

※ 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/法人                            |   |
|            | ※法人の場合、その種類                      | 株式会社  |
| 名称         | かぶしきがいしゃうえるびーいんぐ<br>株式会社ウェルビーイング |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 410-0022 沼津市大岡1002番地の14        |   |
| 連絡先        | 電話番号                             | 055-926-1800                                      |
|            | FAX番号                            | 055-926-1802                                      |
|            | ホームページアドレス                       | <a href="http://w-being.jp">http://w-being.jp</a> |
| 代表者        | 氏名                               | 堀井 謙二   |
|            | 職名                               | 代表取締役   |
| 設立年月日      | 平成16年9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 | うえるびーいんぐおかのみや<br>ウェルビーイング岡宮 |
|----|-----------------------------|

|               |                                 |   |
|---------------|---------------------------------|---|
| 所在地           | 〒 410-0011<br>沼津市岡宮 5 7 5 番地の 1 |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                             | J R 沼津駅   |
|               | 交通手段と所要時間                       | 富士急シティバス<br>北小林行き 中尾バス停下車 徒歩 2 分                  |
| 連絡先           | 電話番号                            | 0 5 5 - 9 4 3 - 5 6 3 0                           |
|               | FAX番号                           | 0 5 5 - 9 4 3 - 5 6 3 1                           |
|               | ホームページアドレス                      | <a href="http://w-being.jp">http://w-being.jp</a> |
| 管理者           | 氏名                              | 青木 慎一   |
|               | 職名                              | 管理者   |
| 建物の竣工日        | 平成24年3月20日                      |   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成24年5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<br>該当する場<br>合             | 介護保険事業者番号  | 2271102234 |
|                                    | 指定した自治体名   | 静岡県        |
|                                    | 事業所の指定日    | 平成24年5月1日  |
|                                    | 指定の更新日（直近） | 平成30年5月1日  |

**3. 建物概要**

|    |         |                         |                                    |
|----|---------|-------------------------|------------------------------------|
| 土地 | 敷地面積    | 2,109.76 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<br>(平成24年3月30日から25年間)<br>2 なし |
|    | 契約の自動更新 | ① あり      2 なし          |                                    |
| 建物 | 延床面積    | 全体                      | 2,321.65 m <sup>2</sup>            |
|    |         | うち、老人ホーム部分              | 2,321.65 m <sup>2</sup>            |

|   |                |   |                                    |                      |       |        |
|---|----------------|---|------------------------------------|----------------------|-------|--------|
|   | 耐火構造           | ① 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |                                    |                      |       |        |
|   | 構造             | 1 鉄筋コンクリート造<br>② 鉄骨造<br>3 木造<br>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<br>(平成24年3月30日から25年間)<br>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<br>【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                                  | 18.12 m <sup>2</sup> | 60    | 介護居室個室 |
|   | タイプ2           | 有/無                                       | 有/無                                | m <sup>2</sup>       |       |        |
|   | 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<br>便房 | 11ヶ所                                      | うち男女別の対応が可能な便房                     |                      | 4ヶ所   |        |
|   |                |   | うち車椅子等の対応が可能な便房                    |                      | 6ヶ所   |        |
|   | 共用浴室           | 4ヶ所                                       | 個室                                 |                      | 4ヶ所   |        |
|   |                |   | 大浴場                                |                      | 0ヶ所   |        |
| 共用浴室における<br>介護浴槽                                  | 1ヶ所            | チェアー浴                                     |                                    | 0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  | 機能訓練室を兼ねる。 |
|        | 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）<br>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    |                  |   |            |

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

|                 |                             |
|-----------------|-----------------------------|
| 運営に関する方針        | 微笑みを絶やさず 穏やかに和む場所 真心・絆・思いやり |
| サービスの提供内容に関する特色 | 専門職による迅速な対応と連携による確実な情報の共有   |
| 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（Ⅰ） | ① あり | 2 なし |
|                                | 個別機能訓練加算（Ⅱ） | ① あり | 2 なし |
|                                | ADL維持等加算（Ⅰ） | ① あり | 2 なし |
|                                | ADL維持等加算（Ⅱ） | ① あり | 2 なし |
|                                | 科学的介護推進体制加算 | 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<br>ケア加算        | (Ⅰ)                  | 1 あり ② なし |
|                          |                      | (Ⅱ)                  | 1 あり ② なし |
|                          | サービス提<br>供体制強化<br>加算 | (Ⅰ)                  | 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 |
|                          | 介護職員等特定処遇改善加算        | (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<br>実施の有無 | 1 あり                 | (介護・看護職員の配置率)<br>: 1 |           |
|                          | ② なし                 |                      |           |

**(医療連携の内容)**

|                |      |   |                 |
|----------------|------|---|-----------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 |      | ① 救急車の手配<br>② 入退院の付き添い<br>③ 通院介助<br>4 その他 ( ) |                 |
| 協力医療機関         | 1    | 名称  | 大岡マサキクリニック      |
|                |      | 住所  | 沼津市大岡 8 6 3 - 6 |
|                |      | 診療科目  | 内科              |
|                |      | 協力内容  | 月に 2 回以上訪問診療    |
|                | 2    | 名称  |                 |
|                |      | 住所  |                 |
|                |      | 診療科目  |                 |
|                |      | 協力内容  |                 |
| 協力歯科医療機関       | 名称   | 佐野歯科クリニック                                     |                 |
|                | 住所   | 沼津市大岡 1 4 2 0                                 |                 |
|                | 協力内容 | 月に 1 回以上訪問診療                                  |                 |

**(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 |
|                          | 2 介護居室へ移る場合  |

|                  |                                       |           |        |
|------------------|---------------------------------------|-----------|--------|
|                  | ③ その他（他の介護居室へ移る場合）                    |           |        |
| 判断基準の内容          | 介護の都合による必要性                           |           |        |
| 手続きの内容           | 医師の意見を聴く。本人又は身元引受人の同意を得る。一定の観察期間を設ける。 |           |        |
| 追加的費用の有無         | 1 あり                                  | ② なし      |        |
| 居室利用権の取扱い        | 利用権は新しい居室へ移動します。                      |           |        |
| 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 | 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65歳以上で、共同生活に適応できる方。所定の利用料を負担できる方。身元引受人を立てられる方。（※感染症（結核、疥癬等）の方、人工透析、I V H（中心静脈栄養法）を受けている方、常時吸引が必要な方、常時経管栄養が必要な方、常時酸素吸入されている方は入居できない場合があります。）   |      |      |
| 契約の解除の内容           | ①家賃、利用料等の支払いを2カ月以上に亘り怠った場合②入院し、2カ月以内に退院できる見込みがない場合又は1カ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合。③入院した場合において、医学的管理下における介護等の必要性のため、サービス提供が困難となった場合。④感染症に感染した場合。⑤人工透析、I V H、常時吸引、経管栄養、酸素吸入が必要となった場合において、サービス提供が困難となった場合。 |      |      |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項  | 第30条 |      |
|                    | 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：介護サービスに準じます。）<br>2 なし   |      |      |
| 入居定員               | 60人   |      |      |
| その他                |   |      |      |

5. 職員体制 (R5.12.1)

※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  |     |                |
| 生活相談員  | 1         | 1  |     | 1              |
| 直接処遇職員   | 28        | 22 | 6   | 24.56          |
| 介護職員   | 25        | 21 | 4   | 22.29          |
| 看護職員   | 3         | 1  | 2   | 2.27           |
| 機能訓練指導員  | 2         | 2  |     |                |
| 計画作成担当者  | 1         | 1  |     |                |
| 栄養士  | (委託)      |    |     |                |
| 調理員  | (委託)      |    |     |                |
| 事務員  | 1         |    | 1   |                |
| その他職員(清掃員)   | 3         |    | 3   |                |
| 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     | 13 | 12  | 1 |
| 実務者研修の修了者 |    |     |   |
| 初任者研修の修了者 | 4  | 2   | 2 |
| 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       | 1 | 1 |  |
| あん摩マッサージ指圧師 | 1 | 1 |  |
| 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                 | 3 人  | 3 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>④ 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) | 2.28 : 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      生活相談員 |                  |     |       |     |         |     |         |     |
|               |          |      | 資格等の名称          | 介護福祉士    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 |          |      |                 | 4                |     |       |     | 1       |     |         |     |



|                                  |       |  |   |                |   |  |  |   |   |  |
|----------------------------------|-------|--|---|----------------|---|--|--|---|---|--|
| 前年度1年間の<br>退職者数                  |       |  | 7 | 4              |   |  |  |   |   |  |
| 応じた職員の<br>業務に従事した<br>経験年数に<br>人数 | 1年未満  |  | 4 |                |   |  |  |   |   |  |
|                                  | 1年以上  |  |   | 5              | 1 |  |  |   | 1 |  |
|                                  | 3年未満  |  |   |                |   |  |  |   |   |  |
|                                  | 3年以上  |  |   | 1              | 1 |  |  |   |   |  |
|                                  | 5年未満  |  |   |                |   |  |  |   |   |  |
|                                  | 5年以上  |  | 2 | 7              | 1 |  |  | 2 |   |  |
|                                  | 10年未満 |  |   |                |   |  |  |   |   |  |
| 10年以上                            | 1     |  | 4 | 1              | 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<br>【表示事項】              | 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                                    |   |
|                                | 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      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<br>利用料金（月払い）の取扱い | 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 |   |
| 利用料金の改定                        | 条件   | 人件費及び施設の維持管理費等を勘案し、必要と判断したとき。           |
|                                | 手続き  | 運営懇談会の意見を聴く。                            |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】) ※( )内は利用者負担が2割、【 】内は3割の方の金額の目安です。(令和4年10月～)

|        |      | プラン1   | プラン2   |
|--------|------|--------|--------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護2   | 要介護5   |
|        | 年齢   | 75歳    | 85歳    |
| 居室の状況  | 床面積  | 18.12㎡ | 18.12㎡ |

|   |                  |                             |                             |              |
|---|------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
|   | 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<br>必要な経費  | 前払金              | —                  円        | —                  円        |              |
|   | 敷金               | —                  円        | —                  円        |              |
| 月額費用の合計   |                  | 191,733(213,261)【234,824】 円 | 198,587(226,968)【255,352】 円 |              |
| 家賃  |                  | 72,600 円                    | 72,600 円                    |              |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 21,633(43,161)【64,724】 円    | 28,487(56,868)【85,252】 円    |              |
|   | 介護保険外<br>※2      | 食費                          | 50,400 円                    | 50,400 円     |
|   |                  | 管理費                         | 47,100 円                    | 47,100 円     |
|   |                  | 介護費用                        | — 円                         | — 円          |
|   |                  | 光熱水費                        | (管理費に含まれる) 円                | (管理費に含まれる) 円 |
|   |                  | その他                         | — 円                         | — 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                   | 土地と建物の賃借料     |
| 敷金                   | —             |
| 介護費用                 | —             |
| 管理費                  | 居室及び共用部の維持管理費 |
| 食費                   | 厨房の委託費        |
| 光熱水費                 | 管理費に含まれる。     |
| 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          |               |

**(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1割、2割又は3割 |
| 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 (R5. 12. 1)**

**(入居者の人数)**

|       |            |      |
|-------|------------|------|
| 性別    | 男性         | 20 人 |
|       | 女性         | 36 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 1 人  |
|       | 65歳以上75歳未満 | 5 人  |
|       | 75歳以上85歳未満 | 10 人 |
|       | 85歳以上      | 40 人 |
| 要介護度別 | 自立         | 0 人  |
|       | 要支援 1      | 2 人  |
|       | 要支援 2      | 3 人  |
|       | 要介護 1      | 6 人  |
|       | 要介護 2      | 9 人  |
|       | 要介護 3      | 13 人 |
|       | 要介護 4      | 13 人 |
|       | 要介護 5      | 10 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 6 人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 10 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 28 人 |

|            |    |
|------------|----|
| 5年以上10年未満  | 8人 |
| 10年以上15年未満 | 4人 |
| 15年以上      | 0人 |

**(入居者の属性)**

|  |       |
|--|-------|
| 平均年齢   | 88.5歳 |
| 入居者数の合計  | 56人   |
| 入居率※   | 93.3% |
| ※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                        |
|         | 医療機関     | 6人                       |
|         | 死亡者      | 10人                      |
|         | その他      | 0人                       |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 2人                       |
|         |          | (解約事由の例)<br>医療機関への長期入院   |
|         | 入居者側の申し出 | 1人                       |
|         |          | (解約事由の例)<br>介護保険施設へ入所のため |

**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    | ウェルビーイング岡宮   | 沼津市長寿福祉課     | 静岡県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号     | 055-943-5630 | 055-934-4873 | 054-253-5590   |
| 対応している時間 | 平日           | 8:30~17:00   | 8:30~17:00     |
|          | 土曜           | 8:30~17:00   | —              |
|          | 日曜・祝日        | 8:30~17:00   | —              |
| 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                     | ① あり | (その内容)<br>対人・対物事故 人格権侵害 不当行為              |
|                                   | 2 なし |   |
| 介護サービスの提供により賠償すべき<br>事故が発生したときの対応 | ① あり | (その内容) ご家族、施設所在市及び利用者様の保険者へ報告後、保険会社へ連絡する。 |
|                                   | 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    |           |
|                                  |      | 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<br>② 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | 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  | ① 入居希望者に公開<br>2 希望者に交付<br>3 公開していない   |
| 財務諸表の要旨  | ① 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   |
| 財務諸表の原本  | 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 | 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>② なし   |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第29条第1項に規定<br>する届出                   | ① あり 2 なし<br>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<br>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<br>する法律第5条第1項に規定<br>するサービス付き高齢者向け<br>住宅の登録 | 1 あり ② なし  |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針「5. 規模及び構造設備」<br>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<br>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<br>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<br>指針の不適合事項                                |  |
| 不適合事項がある場合の内<br>容  |  |
| 重要事項説明書の開示状況   | 入居希望者に交付   |

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)

別添3 (介護報酬に係る利用者負担額の目安)

※ \_\_\_\_\_ 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。

私は、契約書及び本書面により、重要な事項の説明を受けました。

利用者

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

署名代行者

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

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         |
|----------------------|--|-----------------------------|-------------------|-------------|
| ＜居宅サービス＞             |  |                             |                   |             |
| 訪問介護                 | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 訪問入浴介護               | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 訪問看護                 | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 訪問リハビリテーション          | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 居宅療養管理指導             | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 通所介護                 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし                          | デイサービスふれあいレジデンス大岡 | 沼津市大岡2325-6 |
| 通所リハビリテーション          | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 短期入所生活介護             | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 短期入所療養介護             | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 特定施設入居者生活介護          | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし                          | ウエルビーイング大岡        | 沼津市大岡2262-4 |
| 福祉用具貸与               | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 特定福祉用具販売             | あり                                     | <input type="checkbox"/> 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                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 夜間対応型訪問介護            | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 認知症対応型通所介護           | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 居宅介護支援               | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |  |                             |                   |             |
| 介護予防訪問介護             | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護予防訪問看護             | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護予防通所介護             | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし                          | ウエルビーイング大岡        | 沼津市大岡2262-4 |
| 介護予防福祉用具貸与           | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 特定介護予防福祉用具販売         | あり                                     | <input type="checkbox"/> 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                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護予防支援               | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| ＜介護保険施設＞             |  |                             |                   |             |
| 介護老人福祉施設             | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護老人保健施設             | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護療養型医療施設            | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 介護医療院                | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| ＜介護予防・日常生活支援総合事業＞    |  |                             |                   |             |
| 訪問型サービス              | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |                   |             |
| 通所型サービス              | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし                          | デイサービスふれあいレジデンス大岡 | 沼津市大岡2325-6 |
| その他の生活支援サービス         | あり                                     | <input type="checkbox"/> 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

ウェルビーイング岡宮

| 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     |  |
|----------------------------------|--|--|----|------|------|--------|--|
| 介護サービス                           | 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                                     |    | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3   |  |
|                                  |  | (利用者が全額負担)   |    |      |      |        |  |
| 食事介助                             | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| おむつ代                             | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      | ○    | 実費     |  |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 特浴介助                             | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 機能訓練                             | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 通院介助                             | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      | ○    | 1,100円 | 30分当たり                                 |
| 生活サービス                           |  |  |    |      |      |        |  |
| 居室清掃                             | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| リネン交換                            | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 日常の洗濯                            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり | ○    |      |        | 私物の洗濯代 月額4,400円（ドライクリーニング等外部サービスは別途料金） |
| 居室配膳・下膳                          | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| おやつ                              | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 理美容師による理美容サービス                   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      | ○    | 実費     | 外部理美容師による。                             |
| 買い物代行                            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      | ○    | 1,100円 | 30分当たり                                 |
| 役所手続き代行                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      | ○    | 1,100円 | 30分当たり                                 |
| 金銭・貯金管理                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 健康管理サービス                         |  |  |    |      |      |        |  |
| 定期健康診断                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      | ○    | 実費     | 年2回                                    |
| 健康相談                             | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 生活指導・栄養指導                        | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 服薬支援                             | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 入退院時・入院中のサービス                    |  |  |    |      |      |        |  |
| 移送サービス                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        |  |
| 入退院時の同行                          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      | ○    |        | 協力医療機関以外30分当たり1,100円                   |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        | 原則としてご家族に対応していただく。                     |
| 入院中の見舞い訪問                        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | あり |      |      |        | 見舞いではなく、病状確認のため病院を訪問する。                |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3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、月額サービスの費用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。