

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和 年 月 日 |
| 記入者名 | 佐藤栄樹 |
| 所属・職名 | 法人代表 |

※ 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の記載内容に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の記載内容で説明し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。

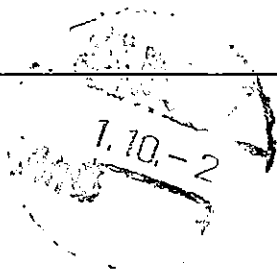
1 事業主体概要

| | | |
|------------|---|--------------|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) ごうどうがいしゃ つぼみふくしかい 合同会社 つぼみ福祉会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒020-0122 盛岡市みたけ四丁目13番52号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 019-601-8873 |
| | FAX番号 | 019-601-8874 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 代表者 | 氏名 | 佐藤栄樹 |
| | 職名 | 法人代表 |
| 設立年月日 | 昭和・平成・ 28年 6月 28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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ つぼみえん 住宅型有料老人ホーム 菫咲苑 |
|----|--|



| | | |
|---------------|-----------------------------|--|
| 所在地 | 〒020-0125 盛岡市上堂一丁目19番22号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ① 公共交通を利用の場合 ・ 県北自動車（県北バス）または県交通で盛岡駅より乗車10分、上堂二丁目バス亭で下車、徒歩1分 ② 自動車利用の場合 ・ 盛岡ICより10分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 019-601-6822 |
| | FAX 番号 | 019-601-6822 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 管理者 | 氏名 | 奈良厚子 |
| | 職名 | 施設管理者 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成・29年 7月 20日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成・29年 8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 | |
| | 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 | 409.07㎡ | |
| | 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 (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし |
| 更新の自動更新 | 1 あり 2 なし | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 245.73㎡ |

| | | |
|------|---|--|
| | うち、老人ホーム部分 | 242.51㎡ |
| 耐火構造 | 1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (2017年 8月 1日～2046年 7月 31日) 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 【表示事項】 | 1 全室個室 | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 9㎡ | 2 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 9.12㎡ | 1 | 〃 |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 10㎡ | 2 | 〃 |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 11㎡ | 1 | 〃 |
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | 11.93㎡ | 1 | 〃 |
| タイプ6 | 有/無 | 有/無 | 12.93㎡ | 1 | 〃 | |
| タイプ7 | 有/無 | 有/無 | 13.64㎡ | 2 | 〃 | |
| タイプ8 | 有/無 | 有/無 | 16㎡ | 1 | 一般居室相部屋 | |
| タイプ9 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | | |
| タイプ10 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | | |

※「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 | 3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 | 3ヶ所 |
| | 共用浴室 | 1ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 |
| | | | 大浴場 | ヶ所 |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | ヶ所 | チェアー浴 | ヶ所 |
| | | | リフト浴 | ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | ヶ所 |
| | | | その他 () | ヶ所 |
| 食堂 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | |

| | | |
|--------|------------------|---|
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 4 なし |
| 消防用設備等 | 消火器 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 自動火災報知設備 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 火災通報設備 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | スプリンクラー | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 防火管理者 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 防災計画 | <input type="checkbox"/> 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 | 高齢社会に適応した住環境及び文化的な生活の提供 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 医療機関との連携により、自立支援を基本とした介護サービスを提供する。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------------|---------------|--------------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 | 1 あり 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 |

| | | | | | |
|----------------------|--------------|----------------------|------|------|--|
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 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 | |
| | 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 <input type="checkbox"/> 4 その他 () |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | みんなのクリニック | |
| | | 住所 | 〒020-0122 盛岡市みたけ二丁目21-42 | |
| | | 診療科目 | 内科、外科 | |
| | | 協力内容 | 健康診断、訪問診療、その他医療に関わる事 | |
| | 2 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 診療科目 | | |
| | | 協力内容 | | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 協力内容 | | | |

(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 | | | <input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 (一般居室または一般居室二人室) |
| 判断基準の内容 | 入居者の状態変化や二人室の場合は一方が他界した場合等 | | | |
| 手続きの内容 | 口頭にて説明 | | | |
| 追加的費用の有無 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 居室利用権の取扱い | 変更なし | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 便所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 浴室の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 洗面所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 台所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | その他の変更 | <input type="checkbox"/> 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 | <p>①原則として、入居時60歳以上（2人入居の場合は双方が60歳以上を基本とします。）入居時要介護、要支援、自立の方を対象。</p> <p>②感染症の方は入居できません。但し他の入居者様に感染する恐れが無いと医師から判断された場合はこの限りではありません。</p> | | | | |
| 契約の解除の内容 | <p>1. 事業者は、入居者が以下のいずれかに該当する場合、契約を解除することができる。</p> <p>(1)入院または外泊が連続して2か月を超える場合、又は予想される場合で、復帰の目処がたたないとき。ただし、退去後に入居者が復帰を希望する場合、事業者は他のホームへの入居も含めてその実現に努めるものとする。</p> <p>(2)基本利用料、又はその他利用料の支払いを2か月以上怠り、事業者が催告をしたにもかかわらずその支払いがなされないとき。</p> <p>(3)不正の手段によって入居したとき。</p> <p>(4)提出書類等で虚偽の申告があったとき。</p> <p>(5)常時医療行為が必要となる等、入居者の身体状況が事業者の介護の範囲を超えたとき。ただし、この場合は、医師の意見を聴き、一定の観察期間を経た上で、事業者が判断するものとする。</p> <p>(6)入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）に違反し、事業者が催告をしたにもかかわらず、これを是正しないとき。</p> <p>(7)その他、入居者、身元保証人、入居者の家族その他入居者の関係者が、事業者の従業員又は他の入居者に対して社会通念上許容できない行為を行い、事業者との信頼関係を著しく害したと事業者が判断したとき。</p> <p>2. 入居者は、退去予定日の属する月の前月末日までに、事業者の定める退去届を事業者に提出し、その退去届に記載された退去日をもって、契約を解除することができる。</p> <p>(1)前月の末日までに退去届を提出せずに本契約を解除する場合は、入居者は、事業者に違約金として1ヶ月分の家賃と管理費を支払うものとする。</p> <p>(2)入居者が入居開始可能日前に契約解除する場合について、事業者は、既受領金の全額を返還するものとする。</p> <p>3. 契約は、次の場合に終了する。</p> <p>(1)入居者が死亡したとき。</p> | | | | |

| | | |
|----------------|---|-----------------|
| | (2)事業者が「1.」に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき。 (3)入居者が「2.(1)」の退去届を事業者に提出し、退去予定日が到来したとき。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 上記 契約解除の内容に記載通り |
| | 解約予告期間 | 2ヶ月 |
| 入居者からの解約予約期間 | | 1ヶ月 |
| 体験入居の内容 | <input type="checkbox"/> あり (内容: 1泊5,000円) <input type="checkbox"/> なし | |
| 入居定員 | | 13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 | | 1 |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 16 | | 16 | 6 |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| その他の職員 | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数※2 | | | | |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従事者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従事者の人数を常勤の従事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 | | 2 |
| 実務者研修の修了者 | | 1 |
| 初任者研修の修了者 | | 3 |
| 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 | | |
| 柔道整復師 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | |
| はり師 | | |
| きゅう師 | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (18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 | 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 |

※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 | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | |
| 応じた職員の数 業務に従事した経験年数に | 1年未満 | | | | 5 | | | | | | |
| | 1年以上 | | | | 9 | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | 2 | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | | |
| 従事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 | 物価変動、人件費上昇により、2年に1回改訂する場合がある。 |
| | 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】)

| | | | |
|--------|------|------|------|
| | | プラン1 | プラン2 |
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護1 | 要介護3 |
| | 年齢 | 70歳 | 80歳 |

| | | | | |
|------------|--------|------------------|---------|---------|
| 居室の状況 | 床面積 | 13.00㎡ | 9.00㎡ | |
| | 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 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 95,950円 | 89,950円 | |
| | 敷金 | 円 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 95,950円 | 89,950円 | |
| サービス費用 | 家賃 | 31,000円 | 25,000円 | |
| | 介護保険外※ | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 円 | 円 |
| | | 食費 | 33,450円 | 33,450円 |
| | | 管理費 | 10,000円 | 10,000円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 21,500円 | 21,500円 |
| | | その他 | 500円 | 500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 | 物件の融資金の支払、設備備品等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。 |
| 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 | 共用施設の維持管理・修繕費。事務管理部門人件費及び事務費。 |
| 食費 | 給食維持費、及び1日3食を提供するための費用 |
| 光熱水費 | 実費額より平均した額を算定した |
| 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 | 洗濯洗剤代 500円/月 |

(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) ※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 | 2人 |
| | 女性 | 9人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 6人 |
| | 85歳以上 | 4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 | 6人 |
| | 要介護3 | 2人 |
| | 要介護4 | 2人 |
| | 要介護5 | 0人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 1人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 5人 |
| | 1年以上5年未満 | 5人 |
| | 5年以上10年未満 | 0人 |
| | 10年以上15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|-------|
| 平均年齢 | 83.3歳 |
| 入居者数の合計 | 11人 |

| | |
|---|-----|
| 入居率※ | 85% |
| ※ 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 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 2人 |
| | 死亡者 | 4人 |
| | その他 | 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 | 2人 |
| | | (解約事由の例) 状態悪化により、入院が長くなることにより |

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 | つぼみ福祉会 法人本部 | |
| 電話番号 | 019-601-8873 | |
| 対応している時間 | 平日 | 10:00~17:00 |
| | 土曜 | 10:00~17:00 |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | 日曜日 | |

(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) 介護サービス事業者賠償責任保険 |
| | <input type="checkbox"/> 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 |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
|--------------|--|-----|--|

| | | | |
|----------------------|---------------------------------------|--------|-----------|
| 見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---|
| 入居契約書の雛形 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <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 |
| 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 checked="" 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (開催頻度) 年 1 回 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり | (内容) |
| | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 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 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |

| | |
|-------------------------------------|---|
| するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | |
| 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 | 居室（部屋番号①②③④⑤⑧⑨⑩）の面積が13㎡に不足している。 |
| 「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）※不足分の面積の収納スペースを倉庫内に設ける。 ② 適合している（将来の改善計画）※将来的に更に改装する予定。 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 | なし |

添付書類：別添1（事業主体が盛岡市内で実施する他の介護サービス一覧表）

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）

※ _____ 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。

別添 1 事業主体が盛岡市内で実施する他の介護サービス一覧表

| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 訪問看護 薔 (つぼみ) | 盛岡市みたけ四丁目 2 3 番 3 0 号 |
| 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 | <input type="checkbox"/> なし | デイサービス 芽吹 (めぶき) | 盛岡市みたけ四丁目 2 3 番 3 0 号 |
| 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 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | ケアプランセ ンターつぼみ | 盛岡市みたけ四丁目 2 3 番 3 0 号 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | 訪問看護 蓄（つぼみ） | 盛岡市みたけ四丁目23 番30号 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | <input type="checkbox"/> | | |

<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"/> | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防支援 | あり | <input type="checkbox"/> | | |

<介護保険施設>

| | | | | |
|-----------|----|--------------------------|--|--|
| 介護老人福祉施設 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護老人保健施設 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護医療院 | あり | <input type="checkbox"/> | | |

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 | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | | 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） | 包含※2 | | 料金額※3 | なし |
| | | あり | なし | 都度※2 | |
| 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 | なし | | あり |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | ○ | 100円～250円/枚 種類による |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | | 500円/回 |
| 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 |
| 生活サービス | | | | | 通院と受診時の付き添い。1600円/1時間 |
| 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 | なし | | あり |
| おやつ | なし | あり | なし | ○ | あり |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | なし | ○ | あり |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | | あり |
| 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 | なし | | あり |
| 健康管理サービス | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | なし | ○ | 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、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス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。