

### ③重要事項説明書

#### 有料老人ホーム重要事項説明書

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
|      |  | 記入年月日 |  |
| 記入者名 |  | 所属・職名 |  |

#### 1. 事業主体概要

|                                 |                                |                                                 |    |      |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|----|------|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 |                                |                                                 |    |      |
| 事業主体の名称                         | 法人等の種類                         | なし                                              | あり | 株式会社 |
|                                 | 名称                             | (ふりがな)かぶしきかいしゃ そーしゃる ぶりっじ<br>株式会社 Social Bridge |    |      |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒070-8045<br>北海道旭川市忠和5条5丁目8番1号 |                                                 |    |      |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号                           | 0166-74-6957                                    |    |      |
|                                 | FAX番号                          | 0166-74-6958                                    |    |      |
|                                 | ホームページアドレス                     | なし                                              |    |      |
|                                 |                                | あり                                              |    |      |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名                 | 氏名                             | 北崎 悌綱                                           |    |      |
|                                 | 職名                             | 代表取締役                                           |    |      |
| 事業主体の設立年月日                      | 令和2年6月1日                       |                                                 |    |      |

### ③重要事項説明書

| 事業主体が北海道内で実施する他の介護サービス |                      |    |    |               |               |
|------------------------|----------------------|----|----|---------------|---------------|
| 介護サービスの種類              |                      |    |    | 事業所の名称        | 所 在 地         |
| <居宅サービス>               |                      |    |    |               |               |
|                        | 訪問介護                 | あり | なし | ヘルパーステーションいちご | 旭川市忠和5条5丁目8ー1 |
|                        | 訪問入浴                 | 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 |               |               |
| <地域密着型サービス>            |                      |    |    |               |               |
|                        | 通所リハビリテーション          | 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 |               |               |
| 居宅介護支援                 |                      | あり | なし |               |               |
| <居宅介護予防サービス>           |                      |    |    |               |               |
|                        | 指定第1号訪問事業            | あり | なし | ヘルパーステーションいちご | 旭川市忠和5条5丁目8ー1 |
|                        | 介護予防訪問入浴             | 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 |               |               |
|                        | 特定福祉用具販売             | あり | なし |               |               |
| <地域密着型介護予防サービス>        |                      |    |    |               |               |
|                        | 介護予防認知症対応型通所介護       | あり | なし |               |               |
|                        | 介護予防小規模多機能型居宅介護      | あり | なし |               |               |
|                        | 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり | なし |               |               |
| 介護予防支援                 |                      | あり | なし |               |               |
| <介護保険施設>               |                      |    |    |               |               |
|                        | 介護老人福祉施設             | あり | なし |               |               |
|                        | 介護老人保健施設             | あり | なし |               |               |
|                        | 介護療養型医療施設            | あり | なし |               |               |

### ③重要事項説明書

#### 2. 施設概要

|                                                                     |                                               |              |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------|-----|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先                                              |                                               |              |     |
| 施設の名称                                                               | (ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむ ぽっかぽかわん<br>有料老人ホームぽっかぽか I |              |     |
|                                                                     | 〒070-8046 北海道旭川市忠和6条6丁目3番5号                   |              |     |
|                                                                     | 電話番号                                          | 0166-76-1690 |     |
|                                                                     | FAX番号                                         | 0166-76-1691 |     |
| 施設の所在地                                                              | 北海道旭川市忠和6条6丁目3番5号                             |              |     |
|                                                                     |                                               |              |     |
| 施設の連絡先                                                              | 電話番号                                          | 0166-76-1690 |     |
|                                                                     | FAX番号                                         | 0166-76-1691 |     |
|                                                                     | ホームページアドレス                                    | なし<br>あり     |     |
| 施設の開設年月日                                                            |                                               | 令和2年10月1日    |     |
| 施設の管理者の氏名<br>及び職名                                                   |                                               | 氏 名          |     |
|                                                                     |                                               | 職 名          | 施設長 |
| 施設までの主な利用交通手段                                                       |                                               |              |     |
| 道北バス バス停 忠和5条6丁目下車 徒歩10分                                            |                                               |              |     |
| 施設の類型及び表示事項                                                         |                                               | 住宅型          |     |
| 介護保険事業所番号                                                           |                                               |              |     |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日) |                                               |              |     |
| 事業の開始年月日                                                            |                                               |              |     |
| 指定の年月日                                                              |                                               |              |     |
| 指定の更新年月日                                                            |                                               |              |     |

### ③重要事項説明書

#### 3. 従業者に関する事項

職種別の従事者の人数及びその他の勤務形態

有料老人ホームの従業者の人数及びその勤務形態

| 実人員     | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計 | 常勤換算<br>人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|------------|
|         | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |            |
| 施設長 ※   |    |     |     |     |    |            |
| 生活相談員   |    |     |     |     |    |            |
| 看護職員    |    |     |     |     |    |            |
| 介護職員    |    |     |     |     |    |            |
| 機能訓練指導員 |    |     |     |     |    |            |
| 計画作成担当者 |    |     |     |     |    |            |
| 栄養士     |    |     |     |     |    |            |
| 調理員     |    |     |     |     |    |            |
| 事務員     |    |     |     |     |    |            |
| その他従事者  |    |     |     |     |    |            |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※は32時間、その他は40時間

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間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。

従業者である介護員が有している資格

| 延べ人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|----------|----|-----|-----|-----|
|          | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 社会福祉士    |    |     |     |     |
| 介護福祉士    |    |     |     |     |
| 介護職員基礎研修 |    |     |     |     |
| 訪問介護員1級  |    |     |     |     |
| 訪問介護員2級  |    |     |     |     |
| 訪問介護員3級  |    |     |     |     |
| 介護支援専門員  |    |     |     |     |

従業者である介護員が有している資格機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数        | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|-------------|----|-----|-----|-----|
|             | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 理学療法士       |    |     |     |     |
| 作業療法士       |    |     |     |     |
| 言語聴覚氏       |    |     |     |     |
| 看護師及び准看護師   |    |     |     |     |
| 柔道整復士       |    |     |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |     |     |

|                    |                      |   |
|--------------------|----------------------|---|
| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数 | 最少時の人数(宿直の従業者を除いた人数) |   |
|                    | 平均時の人数               | 2 |

### ③重要事項説明書

#### 4. サービス内容

|                                                                             |    |    |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|----|----------------------|
| 施設の運営に関する方針                                                                 |    |    |                      |
| <p>ビジョン:人と人との架け橋となり、豊かな社会を作る。</p> <p>ミッション:関わる人たちの幸せに貢献し自分たちも豊かに幸せになろう。</p> |    |    |                      |
| 介護サービスの内容、利用定員等                                                             |    |    |                      |
| 個別機能訓練の実施(介護報酬の加算)の有無                                                       | あり | なし |                      |
| 夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無                                                        | あり | なし |                      |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施状況                                                         | あり | なし |                      |
| 利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況                                                    | 別紙 |    |                      |
| 協力医療機関の名称                                                                   | なし | あり | その名称 吉田病院・はらだ病院      |
| (協力の内容)<br>居宅療養管理指導<br>定期的な往診<br>緊急時における受け入れ態勢                              |    |    |                      |
| 協力歯科医療機関の名称                                                                 | なし | あり | その名称 フロンティアデンタルクリニック |
| (協力の内容)<br>嚥下、咀嚼運動能力の機能向上対策<br>口腔ケア指導                                       |    |    |                      |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項                                                       |    |    |                      |
| 要介護時に介護を行う場所                                                                |    |    |                      |
|                                                                             |    |    |                      |

### ③重要事項説明書

|        |             |                        |                  |    |    |    |
|--------|-------------|------------------------|------------------|----|----|----|
|        |             |                        | その他              |    | なし | あり |
|        |             |                        | 判断基準・手続について      |    |    |    |
|        |             |                        | (その内容)           |    |    |    |
|        |             |                        | 追加的費用の有無         |    | なし | あり |
|        |             |                        | 居室利用権の取扱い        |    |    |    |
|        |             |                        | (その内容)           |    |    |    |
|        |             |                        | 入居一時金償却の調整の有無    |    | なし | あり |
|        |             |                        | 従前の居室からの面積の増減の有無 |    | なし | あり |
|        |             |                        | 従前の居室との仕様の変更     |    |    |    |
|        |             |                        | 便所の変更の有無         |    | なし | あり |
|        |             |                        | 浴室の変更の有無         |    | なし | あり |
|        |             |                        | 洗面所の変更の有無        |    | なし | あり |
|        |             |                        | 台所の変更の有無         |    | なし | あり |
|        |             |                        | その他の変更の有無        |    | なし | あり |
| (その内容) |             |                        |                  |    |    |    |
|        | 施設の入居に関する要件 |                        |                  |    |    |    |
|        | 自立している者を対象  |                        | なし               | あり |    |    |
|        | 要支援の者を対象    |                        | なし               | あり |    |    |
|        | 要介護の者を対象    |                        | なし               | あり |    |    |
|        | 留意事項        |                        |                  |    |    |    |
|        | 契約の解除の内容    | 入居契約書の第二条に記載           |                  |    |    |    |
|        | 体験入居の内容     | 入所～昼食～自由時間～夕食～入浴～就寝～朝食 |                  |    |    |    |
| 入居定員   | 20名         |                        |                  |    |    |    |
| その他    |             |                        |                  |    |    |    |

### ③重要事項説明書

|              |           |    |    |                  |             |    |    |
|--------------|-----------|----|----|------------------|-------------|----|----|
|              |           |    |    | 入居後に居室を住み替える場合   |             |    |    |
|              |           |    |    | 一時介護室へ移る場合       |             |    |    |
|              |           |    |    |                  | 判断基準・手続について |    |    |
|              |           |    |    |                  | (その内容)      |    |    |
|              |           |    |    | 追加的費用の有無         |             | なし | あり |
|              |           |    |    |                  | 居室利用権の取扱い   |    |    |
|              |           |    |    |                  | (その内容)      |    |    |
|              |           |    |    | 入居一時金償却の調整の有無    |             | なし | あり |
|              |           |    |    | 従前の居室からの面積の増減の有無 |             | なし | あり |
|              |           |    |    | 従前の居室との仕様の変更     |             |    |    |
|              |           |    |    |                  | 便所の変更の有無    | なし | あり |
|              |           |    |    |                  | 浴室の変更の有無    | なし | あり |
|              |           |    |    |                  | 洗面所の変更の有無   | なし | あり |
|              |           |    |    |                  | 台所の変更の有無    | なし | あり |
|              |           |    |    |                  | その他の変更の有無   | なし | あり |
|              |           |    |    |                  | (その内容)      |    |    |
|              |           |    |    | 介護室へ移る場合         |             |    |    |
|              |           |    |    |                  | 判断基準・手続について |    |    |
|              |           |    |    |                  | (その内容)      |    |    |
|              |           |    |    | 追加的費用の有無         |             | なし | あり |
|              |           |    |    |                  | 居室利用権の取扱い   |    |    |
|              |           |    |    |                  | (その内容)      |    |    |
|              |           |    |    | 入居一時金償却の調整の有無    |             | なし | あり |
|              |           |    |    | 従前の居室からの面積の増減の有無 |             | なし | あり |
| 従前の居室との仕様の変更 |           |    |    |                  |             |    |    |
|              | 便所の変更の有無  | なし | あり |                  |             |    |    |
|              | 浴室の変更の有無  | なし | あり |                  |             |    |    |
|              | 洗面所の変更の有無 | なし | あり |                  |             |    |    |
|              | 台所の変更の有無  | なし | あり |                  |             |    |    |
|              | その他の変更の有無 | なし | あり |                  |             |    |    |
|              | (その内容)    |    |    |                  |             |    |    |

### ③重要事項説明書

|                               |       |               |              |               |                |       |  |
|-------------------------------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|--|
| 入居者の状況                        |       |               |              |               |                |       |  |
| 入居者の人数(報告に関する計画の基準日の善月末)      |       |               |              |               |                |       |  |
|                               | 要介護1  | 要介護2          | 要介護3         | 要介護4          | 要介護5           | 合計    |  |
| 65歳未満                         |       |               |              |               |                |       |  |
| 65歳以上75歳未満                    |       |               |              |               |                |       |  |
| 75歳以上85歳未満                    |       |               |              |               |                |       |  |
| 85歳以上                         |       |               |              |               |                |       |  |
|                               | 自立    | 要支援1          | 要支援2         | 経過的要介護        |                | 合計    |  |
| 65歳未満                         |       |               |              |               |                |       |  |
| 65歳以上75歳未満                    |       |               |              |               |                |       |  |
| 75歳以上85歳未満                    |       |               |              |               |                |       |  |
| 85歳以上                         |       |               |              |               |                |       |  |
| 入居者の平均年齢                      |       |               |              |               |                |       |  |
| 入居者の男女別人数                     |       |               |              |               |                |       |  |
| 入居率(一時的に不在となっている者を含む)         |       |               |              |               |                |       |  |
| 前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退去した者の人数 |       |               |              |               |                |       |  |
|                               | 要介護1  | 要介護2          | 要介護3         | 要介護4          | 要介護5           | 合計    |  |
| 自宅等                           |       |               |              |               |                |       |  |
| 社会福祉施設                        |       |               |              |               |                |       |  |
| 医療機関                          |       |               |              |               |                |       |  |
| 死亡者                           |       |               |              |               |                |       |  |
| その他                           |       |               |              |               |                |       |  |
|                               | 自立    | 要支援1          | 要支援2         | 経過的要介護        |                | 合計    |  |
| 自宅等                           |       |               |              |               |                |       |  |
| 社会福祉施設                        |       |               |              |               |                |       |  |
| 医療機関                          |       |               |              |               |                |       |  |
| 死亡者                           |       |               |              |               |                |       |  |
| その他                           |       |               |              |               |                |       |  |
| 入居者の入居期間                      |       |               |              |               |                |       |  |
| 入居期間                          | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満 | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上 |  |
| 入居者数                          |       |               |              |               |                |       |  |

### ③重要事項説明書

#### 施設、設備等の状況

|                 |                          |                    |                                       |                |                      |           |
|-----------------|--------------------------|--------------------|---------------------------------------|----------------|----------------------|-----------|
| 建物の構造           | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物  |                    |                                       |                | なし                   | あり        |
|                 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物 |                    |                                       |                | なし                   | あり        |
| 居室の状況           | 区分                       |                    | 室数                                    | 人数             | 1の居室の床面積             |           |
|                 | 居室個室                     | あり                 | なし                                    | 20             | 11.47 m <sup>2</sup> |           |
|                 | 居室相部屋                    | あり                 | なし                                    |                | m <sup>2</sup>       |           |
|                 |                          |                    |                                       |                | m <sup>2</sup>       |           |
|                 |                          |                    |                                       |                | m <sup>2</sup>       |           |
|                 | 一時介護室                    | あり                 | なし                                    |                | m <sup>2</sup>       |           |
|                 |                          |                    |                                       |                | m <sup>2</sup>       |           |
|                 |                          |                    |                                       | m <sup>2</sup> |                      |           |
| 共用便所の設置数        | 8                        | うち男女別の対応が可能な数      |                                       |                |                      |           |
|                 |                          | うち車椅子等の対応が可能な数     |                                       |                | 6                    |           |
| 個室の便所の設置数       | 個室における便所の設置割合            |                    |                                       |                |                      |           |
|                 | うち車椅子等の対応が可能な数           |                    |                                       |                |                      |           |
| 浴室の設備状況         | 浴室の数                     | 個浴                 | 大浴場                                   | 特殊浴槽           | リフト浴                 |           |
|                 |                          | 2                  |                                       |                |                      |           |
| その他、浴室の設備に関する事項 |                          |                    |                                       |                |                      |           |
| 食堂の設備状況         |                          |                    |                                       |                |                      |           |
| 入居者等が調理を行う設備状況  |                          |                    |                                       |                | なし                   | あり        |
| その他、共用施設の設備状況   |                          |                    |                                       |                |                      |           |
| なし              |                          | あり                 | (その内容) 1階・2階にリビング兼用食堂、台所、浴室、洗濯室、スタッフ室 |                |                      |           |
| バリアフリーの対応状況     |                          |                    |                                       |                |                      |           |
| (その他)           |                          |                    |                                       |                |                      |           |
| 緊急通報装置の設置状況     |                          | なし                 |                                       | 一部あり           | 各居室内にあり              |           |
| 外線電話回線の設置状況     |                          | なし                 |                                       | 一部あり           | 各居室内にあり              |           |
| テレビ回線の設置状況      |                          | なし                 |                                       | 一部あり           | 各居室内にあり              |           |
| 施設の敷地に関する事項     |                          |                    |                                       |                |                      |           |
| 敷地の面積           |                          | 857 m <sup>2</sup> |                                       |                |                      |           |
| 事業所の運営する法人が所有   |                          | なし                 |                                       | 一部あり           | あり                   |           |
| 抵当権の設定          |                          |                    |                                       | なし             | あり                   |           |
| 賃貸(借地)          |                          |                    |                                       |                |                      |           |
| なし              | あり                       | 契約期間               | 始                                     | 2020/10/1      | 終                    | 2030/9/30 |
|                 |                          |                    |                                       | 契約の自動更新        |                      | なし        |
| 施設の建物に関する事項     |                          |                    |                                       |                |                      |           |
| 建物の延床面積         |                          |                    |                                       |                |                      |           |
| 事業所の運営する法人が所有   |                          | なし                 |                                       | 一部あり           | あり                   |           |
| 抵当権の設定          |                          |                    |                                       | なし             | あり                   |           |
| 賃貸(借地)          |                          |                    |                                       |                |                      |           |
| なし              | あり                       | 契約期間               | 始                                     | 2020/10/1      | 終                    | 2030/9/30 |
|                 |                          |                    |                                       | 契約の自動更新        |                      | なし        |

### ③重要事項説明書

|                                       |                                  |               |            |    |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------|------------|----|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況                   |                                  |               |            |    |
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口         |                                  |               |            |    |
| 窓口の名称                                 |                                  | 有料老人ホームぽっかぽかⅠ |            |    |
| 電話番号                                  |                                  | 0166-76-1690  |            |    |
| 対応している時間                              |                                  | 平日            | 9:00～17:00 |    |
|                                       |                                  | 土曜            | 休日         |    |
|                                       |                                  | 日曜・祝祭日        | 休日         |    |
| 定休日等                                  |                                  |               |            |    |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等               |                                  |               |            |    |
| 窓口の名称                                 |                                  | 有料老人ホームぽっかぽかⅠ |            |    |
| 電話番号                                  |                                  | 0166-76-1690  |            |    |
| 対応している時間                              |                                  | 平日            | 9:00～17:00 |    |
|                                       |                                  | 土曜            | 休日         |    |
|                                       |                                  | 日曜・祝祭日        | 休日         |    |
| 定休日等                                  |                                  |               |            |    |
| 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                         |                                  |               |            |    |
| なし                                    | <input checked="" type="radio"/> | (その他)         |            |    |
| その他、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に関する |                                  |               |            |    |
| なし                                    | <input checked="" type="radio"/> | (その他)         |            |    |
| サービスの提供内容に関する特色等                      |                                  |               |            |    |
| (その他)                                 |                                  |               |            |    |
| 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、意見箱利用者の意見等を把握する取組の状況       |                                  |               |            |    |
| なし                                    | あり                               | 実施した年月日       |            |    |
|                                       |                                  | 当該結果の開示状況     | なし         | あり |
| 第三者による評価の実施状況                         |                                  |               |            |    |
| なし                                    | あり                               | 実施した年月日       |            |    |
|                                       |                                  | 当該結果の開示状況     | なし         | あり |

### ③重要事項説明書

#### 5. 利用料金

|                                                                   |              |      |        |        |  |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|------|--------|--------|--|
| 年齢により一時金の料金が異なる場合                                                 |              | なし   |        | あり     |  |
| 一時金に関する費用                                                         |              |      |        |        |  |
| ① 居室に要する一時金(一斑居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)                   |              | なし   |        | あり     |  |
| 名称                                                                |              |      |        |        |  |
|                                                                   | 最低の額         | 最高の額 | 最多価格帯  |        |  |
| 人の入居の場合                                                           | 円            |      |        | 戸      |  |
|                                                                   | 最低の額         | 最高の額 | 最多価格帯  |        |  |
| 人の入居の場合                                                           | 円            |      |        | 戸      |  |
|                                                                   | 最低の額         | 最高の額 | 最多価格帯  |        |  |
| 人の入居の場合                                                           | 円            |      |        | 戸      |  |
| 一時金の償却に関する事項                                                      |              |      |        |        |  |
| 償却開始                                                              | 入居をした月       |      | なし     | あり     |  |
|                                                                   | 上記以外         |      |        |        |  |
|                                                                   | 初期償却率(%)     |      |        |        |  |
|                                                                   | 償却年月数        |      |        |        |  |
| 解約時返還金の算定方法                                                       |              |      |        |        |  |
| 保全措置の実施状況                                                         |              | なし   | あり     | (その他)  |  |
| ②利用者の選定による介護サービス利用料<br>(人員配置が手厚い場合の介護サービス)<br>(「あり」の場合、その内容及び利用料) |              | なし   |        | あり     |  |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠            |              |      |        |        |  |
|                                                                   |              | なし   |        | あり     |  |
| 名称                                                                |              |      |        |        |  |
| 一時金の償却に関する事項                                                      |              |      |        |        |  |
| 償却開始                                                              | 入居をした月       |      | なし     | あり     |  |
|                                                                   | サービス提供を開始した月 |      | なし     | あり     |  |
|                                                                   | 上記以外         |      | (その内容) |        |  |
| 初期償却率(%)                                                          |              |      |        |        |  |
| 償却年月数                                                             |              |      |        |        |  |
| 解約時返還金の算定方法                                                       |              |      |        |        |  |
| 保全措置の実施状況                                                         |              | なし   | あり     | (その内容) |  |

### ③重要事項説明書

|                             |              |    |                |    |    |
|-----------------------------|--------------|----|----------------|----|----|
| ③利用者の個人的な選定による介護サービス利用料     |              | なし |                | あり |    |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)<br>別紙参照 |              |    |                |    |    |
| 名称                          |              |    |                |    |    |
| 一時金の償却に関する事項                |              |    |                |    |    |
| 償却開始                        | 入居をした月       |    | なし             |    | あり |
|                             | サービス提供を開始した月 |    | なし             |    | あり |
|                             | 上記以外         |    | (その内容)         |    |    |
| 初期償却率(%)                    |              |    |                |    |    |
| 償却年月数                       |              |    |                |    |    |
| 解約時返還金の算定方法                 |              |    |                |    |    |
| 保全措置の実施状況                   |              |    |                |    |    |
|                             | なし           | あり | (「あり」の場合、その内容) |    |    |
| ④その他に要する一時金                 |              | なし |                | あり |    |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)         |              |    |                |    |    |
| 名称                          |              |    |                |    |    |
| 解約時返還金の算定方法                 |              |    |                |    |    |
| 保全措置の実施状況                   |              |    |                |    |    |
|                             | なし           | あり | (「あり」の場合、その内容) |    |    |
| 一時金に対する留意事項等                |              |    |                |    |    |
|                             | なし           | あり | (「あり」の場合、その内容) |    |    |

### ③重要事項説明書

|                                                           |    |                                     |                                     |
|-----------------------------------------------------------|----|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 介護保険給付以外のサービスに要する費用                                       |    |                                     |                                     |
| 月額の場合の利用料の額                                               |    |                                     |                                     |
| 管理費                                                       | なし | <input checked="" type="radio"/> あり |                                     |
| (「あり」の場合、その用途)<br>一ヶ月 30,000円<br>人件費、事務通信費等として充当          |    |                                     |                                     |
| 食費                                                        | なし | <input checked="" type="radio"/> あり |                                     |
| (「あり」の場合、その内容)<br>一ヶ月(朝・昼・夕) 39,000円      一日1,500円        |    |                                     |                                     |
| 光熱水費                                                      | なし | <input checked="" type="radio"/> あり |                                     |
| 利用者の個人的な選択による介護サービス利用料                                    |    |                                     |                                     |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス                                         |    | <input checked="" type="radio"/> なし | あり                                  |
| (「あり」の場合、その利用料)                                           |    |                                     |                                     |
| (「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に相当するものとしての合理的な算出根拠) |    |                                     |                                     |
|                                                           |    | なし                                  | あり                                  |
| 個別的选择による介護サービス                                            |    | なし                                  | <input checked="" type="radio"/> あり |
| (「あり」の場合、その利用料)<br>別紙参照                                   |    |                                     |                                     |
| 家賃相当額                                                     | なし | <input checked="" type="radio"/> あり |                                     |
| その他に必要な月額利用料                                              |    | <input checked="" type="radio"/> なし | あり                                  |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                       |    |                                     |                                     |
| その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料                                     |    | <input checked="" type="radio"/> なし | あり                                  |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                       |    |                                     |                                     |

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

※ \_\_\_\_\_ 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。

# 介護サービス等の一覧表

| (要支援、要介護1～5)                                                                     |                                                                                                     |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 介護を行う場所                                                                          | 外部の在宅介護保険サービスにより、主として契約を結んだ居室内、内容によりホーム共用施設内。または、介護保険サービスを提供する他施設                                   |                                                                      |
|                                                                                  | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス                                                                            | その都度徴収するサービス                                                         |
| <介護サービス><br>○巡回<br>・昼間 9時～16時<br>・夜間 18時～8時                                      | 時間毎に巡回                                                                                              |                                                                      |
| ○食事介助<br>○排泄介助<br>○おむつ交換                                                         |                                                                                                     | 外部の介護保険サービスを利用し、介護保険事業所に利用サービスの負担割合に応じた額を支払う                         |
| ○おむつ代                                                                            |                                                                                                     | 実費<br>基本的に個々で用意していただきます                                              |
| ○入浴<br>・清拭<br>・入浴介助<br>○身辺介助<br>・体位交換<br>・居室からの移動<br>・衣類の着脱<br>・身だしなみ介助<br>○機能訓練 |                                                                                                     | 外部の介護保険サービスを利用し、介護保険事業所に利用サービスの負担割合に応じた額を支払う                         |
| ○通院介助                                                                            |                                                                                                     | 付き添い人件費(1名につき)<br>1,200円＋消費税／1時間 夜間22:00～5:00<br>割増1.5倍<br>(交通費別途)   |
| ○緊急時対応<br>・ナースコール                                                                | 24時間対応                                                                                              |                                                                      |
| <生活サービス><br>○居室清掃<br>○リネン交換<br>○日常の洗濯                                            | 年一回居室内点検・消毒等                                                                                        | 外部の介護保険サービスを利用し、介護保険事業所に利用サービスの負担割合に応じた額を支払う<br><br>希望により個々でクリーニング契約 |
| ○フロント業務                                                                          | 来訪者の受付・取り次ぎ<br>不在時の伝言<br>郵便物・新聞・雑誌その他配達物の受付並びに<br>保管手渡し<br>鍵の管理<br>タクシー・ハイヤー等の配車依頼<br>身元引受人及び家族への連絡 |                                                                      |
| ○居室配膳・下膳                                                                         | 希望時に随時                                                                                              |                                                                      |
| ○嗜好に応じた特別食                                                                       |                                                                                                     | 実費<br>基本的に個々で用意していただきます                                              |
| ○おやつ                                                                             |                                                                                                     |                                                                      |
| ○理美容                                                                             | 業者の手配                                                                                               |                                                                      |
| ○買物代行(通常の利用区域)<br>○買物代行(上記以外の利用区域)                                               |                                                                                                     | 500円＋消費税／1回(交通費別途)<br>例)近くの店で生活品購入など                                 |

|                                                                           |                       |                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○役所手続き代行                                                                  | 相談・指導                 | 1,200円＋消費税／1回（交通費別途）<br>例）税金等租税公課の納付など                                                                                                                                       |
| ○金銭・預金管理                                                                  |                       | 人件費・事務費として<br>3,000円＋消費税／1ヶ月<br>・入居者本人から依頼があった場合<br>・入居者本人が認知証等で十分な判断能力をお持ちでなく、適切な管理が行えないと認められる場合であって、身元引受人等の承諾を得た場合<br><br>別紙様式の依頼・承諾書類の提出<br>毎月1回定期報告を入居者ご本人と身元引受人等の方に行います |
| ○金銭管理（預金管理なし）                                                             |                       | 入出金の伝票のみ                                                                                                                                                                     |
| <健康管理サービス>                                                                |                       |                                                                                                                                                                              |
| ○定期健康診断                                                                   | 希望者年1回実施<br>費用は入居者負担  |                                                                                                                                                                              |
| ○健康相談<br>○生活指導・栄養指導                                                       | バイタルチェックを必要時に随時       |                                                                                                                                                                              |
| ○服薬支援                                                                     |                       | 外部の介護保険サービスを利用し、介護保険事業所に利用サービスの負担割合に応じた額を支払う                                                                                                                                 |
| ○生活リズムの記録（排便・睡眠等）                                                         | 必要時に随時                |                                                                                                                                                                              |
| ○医師の往診                                                                    | 必要時に応じ実施<br>医療費は入居者負担 |                                                                                                                                                                              |
| <入退院時、入院中のサービス>                                                           |                       |                                                                                                                                                                              |
| ○入退院時の同行<br>（協力医療機関）<br>○入退院時の同行<br>（上記以外）<br>○入院中の洗濯物交換・買物<br>○入院中の見舞い訪問 | 対応                    | 人件費利用者負担<br>1,200円＋消費税／1時間（夜間22:00～5:00<br>割増1.5倍）<br>（交通費別途）                                                                                                                |
| <その他サービス>                                                                 |                       |                                                                                                                                                                              |

# 有 料 サ ー ビ ス 一 覧 表

介護保険対象外、ケアプランにないサービス、もしくは介護保険を使わないでサービスを受ける場合の料金

|                                                    | 内 容                                                                                                                                                  | 金 額 *すべて消費税が課税されます。                                        |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ○食事介助                                              |                                                                                                                                                      | 600円／1回(30分程度)                                             |
| ○特別食                                               | 医師の指示によるものや刻み・ミキサー食等                                                                                                                                 | 60円加算／1食                                                   |
| ○おむつ交換                                             | おむつ交換、パッド交換、部分清拭                                                                                                                                     | 300円／1回                                                    |
| ○入浴介助                                              | 移動、衣服着脱、洗身、洗髪等                                                                                                                                       | 1000円／1回                                                   |
| ○清拭                                                | 身体を拭き皮膚の清潔保持                                                                                                                                         | 1000円／1回                                                   |
| ○起床、就寝介助                                           | 洗面、義歯洗浄、衣服着脱、カーテン開閉等                                                                                                                                 | 600円／1回                                                    |
| ○通院介助                                              | 病院送迎付き添い、医師へ状態報告                                                                                                                                     | 付き添い人件費(1名につき)<br>1200円／1時間 夜間10:00～5:00 割増1.5倍<br>(交通費別途) |
| ○居室清掃                                              | 掃除機がけ、ゴミ回収                                                                                                                                           | 600円／1回                                                    |
| ○リネン交換                                             | シーツ・掛カバーの交換                                                                                                                                          | 300円／1回                                                    |
| ○日常の洗濯                                             | 下着・衣類等の洗濯                                                                                                                                            | 600円／1回                                                    |
| ○買物代行                                              | 近くの店での生活品購入など                                                                                                                                        | 500円／1回(交通費別途)                                             |
| ○役所等手続き代行                                          | 税金等租税公課の納付など                                                                                                                                         | 1200円／1回(交通費別途)                                            |
| ○金銭・預金管理                                           | ・入居者本人から依頼があった場合<br>・入居者本人が認知証等で十分な判断能力をお持ちでなく、適切な管理が行えないと認められる場合<br>であって、身元引受人等の承諾を得た場合<br><br>別紙様式の依頼・承諾書類の提出<br>毎月1回定期報告を入居者ご本人と身元引受人<br>等の方に行います | 人件費・事務費として<br>3000円／1ヶ月                                    |
| ○部分的な金銭管理<br>(預金管理なし)                              | 預かり金の入出金の伝票のみ                                                                                                                                        | 人件費・事務費として<br>1000円／1ヶ月                                    |
| ○服薬支援                                              | 管理、与薬、分包等                                                                                                                                            | 3000円／1ヶ月                                                  |
| ○移送サービス<br>○入退院時の同行<br>○入院中の洗濯物交換・買物<br>○入院中の見舞い訪問 |                                                                                                                                                      | 人件費利用者負担<br>1200円／1時間 * 夜間10:00～5:00 割増1.5倍<br>(交通費別途)     |