

## 重要事項説明書

Ver 1.2

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| 記入年月日     | 2026 年 10 月 2 日 |
| 記入者名      | 田島史雄            |
| 所属・職名     | ホーム長            |
| 取込種別      | 2 修正            |
| 被災確認事業所番号 | 4000092092123   |

### 1 事業主体概要

|            |                          |                                   |
|------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 種類         | 2 法人                     |                                   |
|            | ※法人の場合、その種類              | 1 社会福祉法人（社協以外）                    |
| 名称         | (ふりがな) しゃかいふくしほうじん めいわかい |                                   |
|            | 社会福祉法人 明和会               |                                   |
| 法人番号       | 法人番号有無                   | 1 有                               |
|            | 法人番号                     | 4290005009376                     |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 834 - 0015             |                                   |
|            | 福岡県八女市本2575番地の1          |                                   |
| 連絡先        | 電話番号                     | 0943 - 30 - 3055                  |
|            | FAX番号                    | 0943 - 23 - 0750                  |
|            | メールアドレス                  | meiwakai @ hidamarinosato.or      |
|            | ホームページ有無                 | 1 有                               |
|            | ホームページアドレス               | http:// www.hidamarinosato.or.jp/ |
| 代表者        | 氏名                       | 井上明秀                              |
|            | 職名                       | 理事長                               |
| 設立年月日      | 2000 年 10 月 18 日         |                                   |
| 主な実施事業     | ※別添1（別を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) ひだまりにぼんかん |     |                                                        |            |                           |                |      |   |
|               | 陽だまり弐番館          |     |                                                        |            |                           |                |      |   |
| 所在地           | 〒 834 - 0034     |     |                                                        |            |                           |                |      |   |
|               | 福岡県八女市高塚212番地    |     |                                                        |            |                           |                |      |   |
| 所在地 (建物名等)    |                  |     |                                                        |            |                           |                |      |   |
| 市区町村コード       | 都道府県             | 福岡県 | 市区町村                                                   | 402109 八女市 |                           |                |      |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅              |     | J R 羽犬塚                                                |            | 駅                         |                |      |   |
|               | 交通手段と所要時間        |     | 黒木方面行き西鉄バス乗車、土橋で下車、白木方面行きの堀川バスに乗り換え「福祉センター前」で下車後、徒歩5分。 |            |                           |                |      |   |
| 連絡先           | 電話番号             |     | 0943                                                   | -          | 30                        | -              | 2022 |   |
|               | FAX番号            |     | 0943                                                   | -          | 22                        | -              | 2777 |   |
|               | メールアドレス          |     | hidamarinoie                                           |            | @                         | lime.ocn.ne.jp |      |   |
|               | ホームページ有無         |     | 1 有                                                    |            |                           |                |      |   |
|               | ホームページアドレス       |     | http://                                                |            | www.hidamarinosato.or.jp/ |                |      |   |
| 管理者           | 氏名               |     | 田島史雄                                                   |            |                           |                |      |   |
|               | 職名               |     | ホーム長                                                   |            |                           |                |      |   |
| 建物の竣工日        |                  |     | 2007                                                   | 年          | 9                         | 月              | 20   | 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                  |     | 2022                                                   | 年          | 4                         | 月              | 1    | 日 |

(類型) 【表示事項】

|                |             |   |   |   |
|----------------|-------------|---|---|---|
| 類型             | 3 住宅型       |   |   |   |
| 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     | 年 | 月 | 日 |
|                | 指定の更新日 (直近) | 年 | 月 | 日 |

3 建物概要

|    |      |                 |                        |
|----|------|-----------------|------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 863. 16         | m <sup>2</sup>         |
|    | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地    |                        |
|    |      | 2 事業者が賃借する土地の場合 |                        |
|    |      | 賃貸の種別           | 2 定期貸借                 |
|    |      | 抵当権の有無          | 2 なし                   |
|    |      | 契約期間            | 1 あり                   |
|    |      |                 | 開始                     |
|    |      |                 | 2007 年 5 月 1 日         |
|    |      |                 | 終了                     |
| 建物 | 延床面積 | 全体              | 843. 76 m <sup>2</sup> |
|    |      | うち、老人ホーム部分      | 568. 97 m <sup>2</sup> |
|    | 耐火構造 | 2 準耐火建築物        |                        |
|    |      | 3 その他の場合        |                        |
|    | 構造   | 2 鉄骨造           |                        |
|    |      | 4 その他の場合        |                        |
|    |      |                 |                        |
|    |      |                 |                        |

|       |                |                 |                 |                      |       |          |  |
|-------|----------------|-----------------|-----------------|----------------------|-------|----------|--|
| 居室の状況 | 所有関係           | 2 事業者が賃借する建物    |                 |                      |       |          |  |
|       |                | 2 事業者が賃借する建物の場合 |                 |                      |       |          |  |
|       |                | 賃貸の種別           |                 | 2 定期貸借               |       |          |  |
|       |                | 抵当権の有無          |                 | 2 なし                 |       |          |  |
|       |                | 契約期間            |                 | 1 あり                 |       |          |  |
|       |                |                 |                 | 開始                   |       |          |  |
|       |                |                 |                 | 2022 年 4 月 1 日       |       |          |  |
|       |                |                 |                 | 終了                   |       |          |  |
|       |                |                 | 2052 年 3 月 31 日 |                      |       |          |  |
|       | 契約の自動更新        |                 | 1 あり            |                      |       |          |  |
|       | 居室区分<br>【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者個室含む） |                 |                      |       |          |  |
|       |                | 2 相部屋ありの場合      |                 |                      |       |          |  |
|       |                | 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  |                | 1 有             | 2 無             | 13.97 m <sup>2</sup> | 16    | 1 一般居室個室 |  |
| タイプ2  |                | 2 無             | 2 無             | 13.2 m <sup>2</sup>  | 4     | 1 一般居室個室 |  |
| タイプ3  |                |                 |                 | m <sup>2</sup>       |       |          |  |
| タイプ4  |                |                 |                 | m <sup>2</sup>       |       |          |  |
| タイプ5  |                |                 |                 | m <sup>2</sup>       |       |          |  |
| タイプ6  |                |                 | m <sup>2</sup>  |                      |       |          |  |
| タイプ7  |                |                 | m <sup>2</sup>  |                      |       |          |  |
| タイプ8  |                |                 | m <sup>2</sup>  |                      |       |          |  |
| タイプ9  |                |                 | m <sup>2</sup>  |                      |       |          |  |
| タイプ10 |                |                 | m <sup>2</sup>  |                      |       |          |  |

|             |                      |   |           |                 |   |    |
|-------------|----------------------|---|-----------|-----------------|---|----|
| 共用施設        | 共用便所における<br>便房       | 1 | 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 | 1 | 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<br>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                   | 1 | あり        |                 |   |    |
|             | 入居者や家族が利用<br>できる調理設備 | 1 | あり        |                 |   |    |
|             | エレベーター               | 1 | あり（車椅子対応） |                 |   |    |
| 消防用設備<br>等  | 消火器                  | 1 | あり        |                 |   |    |
|             | 自動火災報知設備             | 1 | あり        |                 |   |    |
|             | 火災通報設備               | 1 | あり        |                 |   |    |
|             | スプリンクラー              | 1 | あり        |                 |   |    |
|             | 防火管理者                | 1 | あり        |                 |   |    |
|             | 防災計画                 | 1 | あり        |                 |   |    |
| 緊急通報装<br>置等 | 居室                   | 1 | 全ての居室あり   |                 |   |    |
|             | 便所                   | 1 | 全ての便所あり   |                 |   |    |
|             | 浴室                   | 1 | 全ての浴室あり   |                 |   |    |
|             | その他                  |   |           |                 |   |    |
| その他         |                      |   |           |                 |   |    |

#### 4 サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |                                                                                                                                                            |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | <p>1. 利用者が快適に日常生活を送ることが出来るよう利用者の心身の状況を踏まえ妥当適切に取り組むこと。</p> <p>2. 利用者またはその家族に対しサービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。</p> <p>3. 事業所は自らの事業の質の評価を行い、常にその改善に取り組むこと。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>小規模多機能型居宅介護事業所を併設しており、登録をされた方は24時間の介護サービス提供体制で支援できる。また同敷地内には、認知症対応型共同生活介護事業所もあり、認知症の進行や重度化された場合の住み替えもできる。</p>                                           |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 3    なし                                                                                                                                                    |
| 食事の提供           | 1    自ら実施                                                                                                                                                  |
| 洗濯・掃除等の家事の供与    | 1    自ら実施                                                                                                                                                  |
| 健康管理の供与         | 1    自ら実施                                                                                                                                                  |
| 安否確認又は状況把握サービス  | 1    自ら実施                                                                                                                                                  |
| 生活相談サービス        | 1    自ら実施                                                                                                                                                  |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護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<br>の加算の対象となるサ<br>ービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 (Ⅰ)                                               |  |
|                                        | 入居継続支援加算 (Ⅱ)                                               |  |
|                                        | 生活機能向上連携加算 (Ⅰ)                                             |  |
|                                        | 生活機能向上連携加算 (Ⅱ)                                             |  |
|                                        | 個別機能訓練加算 (Ⅰ)                                               |  |
|                                        | 個別機能訓練加算 (Ⅱ)                                               |  |
|                                        | ADL維持等加算 (Ⅰ)                                               |  |
|                                        | ADL維持等加算 (Ⅱ)                                               |  |
|                                        | 夜間看護体制加算 (Ⅰ)                                               |  |
|                                        | 夜間看護体制加算 (Ⅱ)                                               |  |
|                                        | 若年性認知症入居者受入加算                                              |  |
|                                        | 協力医療機関連携加算<br>(相談・診療を行う体制を常時確<br>保している協力医療機関と連携<br>している場合) |  |
|                                        | 協力医療機関連携加算<br>(上記以外の協力医療機関と連携<br>している場合)                   |  |
|                                        | 口腔・栄養スクリーニング加算                                             |  |
|                                        | 科学的介護推進体制加算                                                |  |
|                                        | 退院・退所時連携加算                                                 |  |
|                                        | 退居時情報提供加算                                                  |  |
|                                        | 看取り介護加算 (Ⅰ)                                                |  |
|                                        | 看取り介護加算 (Ⅱ)                                                |  |
|                                        | 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)                                              |  |
|                                        | 認知症専門ケア加算 (Ⅱ)                                              |  |
|                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算<br>(Ⅰ)                                      |  |
|                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算<br>(Ⅱ)                                      |  |
|                                        | 新興感染症等施設療養費                                                |  |
|                                        | 生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)                                            |  |
|                                        | 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)                                            |  |

|                          |                  |        |     |
|--------------------------|------------------|--------|-----|
|                          | サービス提供体制<br>強化加算 | (Ⅰ)    |     |
|                          |                  | (Ⅱ)    |     |
|                          |                  | (Ⅲ)    |     |
|                          | 介護職員等処遇改<br>善加算  | (Ⅰ)    |     |
|                          |                  | (Ⅱ)    |     |
|                          |                  | (Ⅲ)    |     |
|                          |                  | (Ⅳ)    |     |
|                          |                  | (Ⅴ)(Ⅰ) |     |
|                          |                  | (Ⅴ)(Ⅱ) |     |
|                          |                  | (Ⅴ)(Ⅲ) |     |
|                          |                  | (Ⅴ)(Ⅳ) |     |
|                          |                  | (Ⅴ)(Ⅴ) |     |
|                          |                  | (Ⅴ)(Ⅵ) |     |
|                          |                  | (Ⅴ)(Ⅶ) |     |
|                          |                  | (Ⅴ)(Ⅷ) |     |
|                          |                  | (Ⅴ)(Ⅸ) |     |
|                          |                  | (Ⅴ)(Ⅹ) |     |
|                          |                  | (Ⅴ)(Ⅺ) |     |
| (Ⅴ)(Ⅻ)                   |                  |        |     |
| (Ⅴ)(Ⅽ)                   |                  |        |     |
| 人員配置が手厚い介護サービスの<br>実施の有無 | 1 ありの場合          |        |     |
|                          | (介護・看護職員の配置率)    |        | : 1 |

(医療連携の内容)

|                    |   |          |  |
|--------------------|---|----------|--|
| 医療支援<br><br>※複数選択可 | ○ | 救急車の手配   |  |
|                    |   | 入退院の付き添い |  |
|                    |   | 通院介助     |  |
|                    |   | その他      |  |

|  |   |      |                                      |         |
|--|---|------|--------------------------------------|---------|
|  | 1 | 名称   | 姫野病院                                 |         |
|  |   | 住所   | 福岡県八女郡広川町大字新代2316                    |         |
|  |   | 診療科目 | 救急指定・皮膚科・整形外科・眼科・内科・脳神経内科・耳鼻咽喉科・泌尿器科 |         |
|  |   | 協力科目 | 皮膚科・整形外科・眼科・内科・脳神経内科・耳鼻咽喉科・泌尿器科      |         |
|  |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保        | 1    あり |
|  |   |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保          | 1    あり |

|        |   |      |                               |      |
|--------|---|------|-------------------------------|------|
| 協力医療機関 | 2 | 名称   | 公立八女総合病院                      |      |
|        |   | 住所   | 福岡県八女市高塚540-2                 |      |
|        |   | 診療科目 | 総合・救急指定                       |      |
|        |   | 協力科目 | 総合                            |      |
|        |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり |
|        |   |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   | 1 あり |
|        | 3 | 名称   |                               |      |
|        |   | 住所   |                               |      |
|        |   | 診療科目 |                               |      |
|        |   | 協力科目 |                               |      |
|        |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |      |
|        |   |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   |      |
|        |   | 名称   |                               |      |
|        |   | 住所   |                               |      |

|  |                        |         |                               |                   |
|--|------------------------|---------|-------------------------------|-------------------|
|  | 4                      | 診療科目    |                               |                   |
|  |                        | 協力科目    |                               |                   |
|  |                        | 協力内容    | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |                   |
|  |                        |         | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   |                   |
|  | 5                      | 名称      |                               |                   |
|  |                        | 住所      |                               |                   |
|  |                        | 診療科目    |                               |                   |
|  |                        | 協力科目    |                               |                   |
|  |                        | 協力内容    | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |                   |
|  |                        |         | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   |                   |
|  | 新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携 | 1 あり    |                               |                   |
|  |                        | 1 ありの場合 |                               |                   |
|  |                        |         | 医療機関の名称                       | 姫野病院              |
|  |                        |         | 医療機関の住所                       | 福岡県八女郡広川町大字新代2316 |
|  | 1                      | 名称      | 大石歯科                          |                   |
|  |                        | 住所      | 福岡県八女市室岡156-1                 |                   |

|          |   |      |               |
|----------|---|------|---------------|
| 協力歯科医療機関 |   | 協力内容 | 利用者の歯科受診・往診対応 |
|          | 2 | 名称   | 吉田歯科          |
|          |   | 住所   | 福岡県八女市津江573-1 |
|          |   | 協力内容 | 利用者の歯科受診・往診対応 |

(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 |         | 一時介護室へ移る場合 |  |
|                          |         | 介護居室へ移る場合  |  |
|                          |         | その他        |  |
| 判断基準の内容                  |         |            |  |
| 手続きの内容                   |         |            |  |
| 追加的費用の有無                 |         |            |  |
| 居室利用権の取扱い                |         |            |  |
| 前払金償却の調整の有無              |         |            |  |
| 従前の居室との仕様の<br>変更         | 面積の増減   |            |  |
|                          | 便所の変更   |            |  |
|                          | 浴室の変更   |            |  |
|                          | 洗面所の変更  |            |  |
|                          | 台所の変更   |            |  |
|                          |         |            |  |
|                          | 1 ありの場合 |            |  |
| その他の変更                   | (変更内容)  |            |  |

(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 |
|                    | 要支援の者                                             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                        | あり |
|                    | 要介護の者                                             | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                        | あり |
| 留意事項               | 介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用することができる。               |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |
| 契約解除の内容            | 利用者及び利用者代理人は事業者に対し、いつでも10日の予告期間をおいて契約を解除することができる。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                              | 1, 正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3カ月遅延し2週間を定めた催告にもかかわらず故意に支払わない場合<br>2, 伝染性疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認め、かつ利用者の退居の必要があるとき<br>3, 利用者の行動が他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、これを防止することができないと事業所が判断したとき<br>4, 利用者又は利用者代理人が故意に契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき<br>5, 利用者や家族等により、職員に対しハラスメント行為が行われた場合。 |    |
|                    | 解約予告期間                                            | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間       | 0.3                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ヶ月 |
| 体験入居の内容            | 1 あり                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |
|                    | 1 ありの場合                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |
|                    | (内容)                                              | 宿泊・食事のサービス                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
| 入居定員               | 20                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 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<br>※1 ※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|-----------------|
|                                                                                                  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                 |
| 管理者                                                                                              | 1        |    | 1   | 0.5             |
| 生活相談員                                                                                            | 1        |    | 1   | 0.5             |
| 直接処遇職員                                                                                           |          |    |     |                 |
| 介護職員                                                                                             | 1        |    | 1   | 0.6             |
| 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                                                                                              |          |    |     |                 |
| その他職員                                                                                            |          |    |     |                 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2                                                                        |          |    |     | 時間              |
| ※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     |    |    |     |
| 実務者研修の修了者 |    |    |     |
| 初任者研修の修了者 |    |    |     |
| 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       |    |    |     |
| 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 30 分 ～ 7 時 0 分 ） |   |                |   |
|----------|-------------------------|---|----------------|---|
|          | 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<br><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】            |     |
|                                                                    | 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） | : 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<br>（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                                                       |     |         |     |  |  |
|                                                                                    |                 | 業務に係る<br>資格等 |     | 1 あり    |     |       |     |                                                            |     |         |     |  |  |
|                                                                                    |                 |              |     | 1 ありの場合 |     |       |     |                                                            |     |         |     |  |  |
|                                                                                    |                 |              |     | 資格等の名称  |     |       |     | ・介護支援専門員<br>・介護福祉士<br>・痴呆介護実務者研修<br>・認知症対応型サービス<br>事業管理者研修 |     |         |     |  |  |
|                                                                                    |                 | 看護職員         |     | 介護職員    |     | 生活相談員 |     | 機能訓練指導員                                                    |     | 計画作成担当者 |     |  |  |
|                                                                                    |                 | 常勤           | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤    | 非常勤 | 常勤                                                         | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |  |  |
| 前年度1年間の採用者数                                                                        |                 |              |     |         | 0   |       |     |                                                            |     |         |     |  |  |
| 前年度1年間の退職者数                                                                        |                 |              |     |         | 0   |       |     |                                                            |     |         |     |  |  |
| に業<br>応<br>じ<br>に<br>た<br>従<br>職<br>事<br>員<br>し<br>の<br>た<br>人<br>経<br>験<br>年<br>数 | 1 年未満           |              |     |         |     |       |     |                                                            |     |         |     |  |  |
|                                                                                    | 1 年以上<br>3 年未満  |              |     |         |     |       |     |                                                            |     |         |     |  |  |
|                                                                                    | 3 年以上<br>5 年未満  |              |     |         |     |       |     |                                                            |     |         |     |  |  |
|                                                                                    | 5 年以上<br>10 年未満 |              |     |         |     |       |     |                                                            |     |         |     |  |  |
|                                                                                    | 10 年以上          |              |     |         | 1   |       |     |                                                            |     |         |     |  |  |
| 従業者の健康診断の実施状況                                                                      |                 | 1 あり         |     |         |     |       |     |                                                            |     |         |     |  |  |

## 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                                   |               |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】       |     | 3 月払い方式                                   |               |
|                            |     | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択                     |               |
|                            |     |                                           | 全額前払い方式       |
|                            |     |                                           | 一部前払い・一部月払い方式 |
|                            |     |                                           | 月払い方式         |
| 年齢に応じた金額設定                 |     | 2 なし                                      |               |
| 要介護状態に応じた金額設定              |     | 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                                    |               |
|                            |     | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合             |               |
|                            |     |                                           | 不在期間が 日以上     |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 社会情勢の変動（物価等の値上げ、光熱費の値上げ等）により運営に支障をきたす場合。  |               |
|                            | 手続き | 利用者及び利用者代理人への丁寧な説明を行い了承を得、重要事項説明書の再交付を行う。 |               |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

|                  |         |      |  | プラン 1     |                | プラン 2     |                |
|------------------|---------|------|--|-----------|----------------|-----------|----------------|
| 入居者の状況           | 要介護度    |      |  | 要支援～要介護 5 |                | 要支援～要介護 5 |                |
|                  | 年齢      |      |  | 歳         |                | 歳         |                |
| 居室の状況            | 床面積     |      |  | 13.97     | m <sup>2</sup> | 13.2      | m <sup>2</sup> |
|                  | 便所      |      |  | 1         | 有              | 2         | 無              |
|                  | 浴室      |      |  | 2         | 無              | 2         | 無              |
|                  | 台所      |      |  | 2         | 無              | 2         | 無              |
| 入居時点で必要な費用       | 前払金     |      |  | 0         | 円              | 0         | 円              |
|                  | 敷金      |      |  | 0         | 円              | 0         | 円              |
| 月額費用の合計          |         |      |  | 96900     | 円              | 87900     | 円              |
| 家賃               |         |      |  | 48000     | 円              | 39000     | 円              |
| 特定施設入居者生活介護※1の費用 |         |      |  |           | 円              |           | 円              |
| サービス費用           | 介護保険外※2 | 食費   |  | 35400     | 円              | 35400     | 円              |
|                  |         | 管理費  |  | 8250      | 円              | 8250      | 円              |
|                  |         | 介護費用 |  |           | 円              |           | 円              |
|                  |         | 光熱水費 |  | 8250      | 円              | 8250      | 円              |
|                  |         | その他  |  |           | 円              |           | 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                            | 地代、建築費をもとに算定。                   |
| 敷金                            | 家賃のヶ月分                          |
| 介護費用<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | 100,000円 (介護保険を使わない自立の方への生活支援費) |

|                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| 管理費                  | 日用品などの共有物品費をもとに算定。                 |
| 食費                   | 外注費をもとに算定。<br>朝食216円 昼食432円 夕食432円 |
| 光熱水費                 | 電灯、電力料金、ガス、灯油等の燃料費をもとに算定。          |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2                               |
| その他のサービス利用料          | オムツ代金（各種類により異なる）実費分                |

(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※に対する自己負担額                      |      |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） |      |
| ※ 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<br>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<br>全先  |                 |                  |  |
|              | 1               | 全国有料老人ホーム協会以外の場合 |  |
|              |                 | 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         | 18 | 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 | 4  | 人 |
|       | 85歳以上      | 15 | 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      | 7  | 人 |
|       | 要介護 2      | 8  | 人 |
|       | 要介護 3      | 3  | 人 |
|       | 要介護 4      | 1  | 人 |
|       | 要介護 5      | 1  | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 1  | 人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 4  | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 10 | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 5  | 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                                            | 89.4 | 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 20   | 人 |
| 入居率※                                            | 100  | % |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 |      |   |

(前年度における退去者の状況)

|         |          |                                             |   |
|---------|----------|---------------------------------------------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等      | 0                                           | 人 |
|         | 社会福祉施設   | 1                                           | 人 |
|         | 医療機関     | 1                                           | 人 |
|         | 死亡       | 1                                           | 人 |
|         | その他      | 3                                           | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  |                                             | 人 |
|         |          | (解約事由の例)<br>併設の他施設へ転所                       |   |
|         | 入居者側の申し出 |                                             | 人 |
|         |          | (解約事由の例)<br>認知症の進行により他の事業所（認知症対応型共同生活介護）へ転所 |   |

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)

|          |       |  |                 |   |    |   |      |    |   |    |   |
|----------|-------|--|-----------------|---|----|---|------|----|---|----|---|
| 窓口1      |       |  |                 |   |    |   |      |    |   |    |   |
| 窓口の名称    |       |  | 陽だまり 弐番館 苦情受付窓口 |   |    |   |      |    |   |    |   |
| 電話番号     |       |  | 0943            | - | 30 | - | 2022 |    |   |    |   |
| 対応している時間 | 平日    |  | 9               | 時 | 0  | 分 | ～    | 17 | 時 | 30 | 分 |
|          | 土曜    |  | 9               | 時 | 0  | 分 | ～    | 17 | 時 | 30 | 分 |
|          | 日曜・祝日 |  | 9               | 時 | 0  | 分 | ～    | 17 | 時 | 30 | 分 |
| 定休日      |       |  | 無               |   |    |   |      |    |   |    |   |

|          |       |   |                   |    |     |   |      |   |   |   |  |  |
|----------|-------|---|-------------------|----|-----|---|------|---|---|---|--|--|
| 窓口2      |       |   |                   |    |     |   |      |   |   |   |  |  |
| 窓口の名称    |       |   | 福岡県保健医療介護部介護保険課   |    |     |   |      |   |   |   |  |  |
| 電話番号     |       |   | 092               | -  | 643 | - | 3319 |   |   |   |  |  |
| 対応している時間 | 平日    | 8 | 時                 | 30 | 分   | ～ | 17   | 時 | 0 | 分 |  |  |
|          | 土曜    |   | 時                 |    | 分   | ～ |      | 時 |   | 分 |  |  |
|          | 日曜・祝日 |   | 時                 |    | 分   | ～ |      | 時 |   | 分 |  |  |
| 定休日      |       |   | 土曜・日曜・祝祭日・その他年末年始 |    |     |   |      |   |   |   |  |  |
| 窓口3      |       |   |                   |    |     |   |      |   |   |   |  |  |
| 窓口の名称    |       |   |                   |    |     |   |      |   |   |   |  |  |
| 電話番号     |       |   |                   | -  |     | - |      |   |   |   |  |  |
| 対応している時間 | 平日    |   | 時                 |    | 分   | ～ |      | 時 |   | 分 |  |  |
|          | 土曜    |   | 時                 |    | 分   | ～ |      | 時 |   | 分 |  |  |
|          | 日曜・祝日 |   | 時                 |    | 分   | ～ |      | 時 |   | 分 |  |  |
| 定休日      |       |   |                   |    |     |   |      |   |   |   |  |  |
| 窓口4      |       |   |                   |    |     |   |      |   |   |   |  |  |
| 窓口の名称    |       |   |                   |    |     |   |      |   |   |   |  |  |
| 電話番号     |       |   |                   | -  |     | - |      |   |   |   |  |  |
| 対応している時間 | 平日    |   | 時                 |    | 分   | ～ |      | 時 |   | 分 |  |  |
|          | 土曜    |   | 時                 |    | 分   | ～ |      | 時 |   | 分 |  |  |
|          | 日曜・祝日 |   | 時                 |    | 分   | ～ |      | 時 |   | 分 |  |  |
| 定休日      |       |   |                   |    |     |   |      |   |   |   |  |  |
| 窓口5      |       |   |                   |    |     |   |      |   |   |   |  |  |
| 窓口の名称    |       |   |                   |    |     |   |      |   |   |   |  |  |
| 電話番号     |       |   |                   | -  |     | - |      |   |   |   |  |  |
| 対応している時間 | 平日    |   | 時                 |    | 分   | ～ |      | 時 |   | 分 |  |  |
|          | 土曜    |   | 時                 |    | 分   | ～ |      | 時 |   | 分 |  |  |
|          | 日曜・祝日 |   | 時                 |    | 分   | ～ |      | 時 |   | 分 |  |  |
| 定休日      |       |   |                   |    |     |   |      |   |   |   |  |  |

(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                 | 1 あり    |                                  |
|                               | 1 ありの場合 |                                  |
|                               | その内容    | 介護保険・社会福祉事業者総合保険                 |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり    |                                  |
|                               | 1 ありの場合 |                                  |
|                               | その内容    | 受診・入院費等、利用者が支払った金額の全額又は一部補填及び賠償。 |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 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    |                     |
|                                  | 1 ありの場合 |                     |
|                                  | 実施日     | 意見箱の確認都度又は個人面談により実施 |
|                                  | 結果の開示   | 1 あり                |
| 第三者による評価の実施状況                    | 2 なし    |                     |
|                                  | 1 ありの場合 |                     |
|                                  | 実施日     |                     |
|                                  | 評価機関名称  |                     |
|                                  | 結果の開示   |                     |

9 入居希望者への事前の情報開示

|          |            |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程     | 2 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書  | 3 公開していない  |
| 財務諸表の要旨  | 3 公開していない  |
| 財務諸表の原本  | 3 公開していない  |

10 その他

|                   |                                               |             |
|-------------------|-----------------------------------------------|-------------|
| 運営懇談会             | 2 なし                                          |             |
|                   | 1 ありの場合                                       |             |
|                   | (開催頻度) 年 回                                    |             |
|                   | 2 なしの場合                                       |             |
|                   | 1 代替措置あり                                      | 1 代替措置ありの場合 |
|                   | (内容)                                          | 年 2 回の家族会実施 |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況  | 高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催                         | 1 あり        |
|                   | 指針の整備                                         | 1 あり        |
|                   | 研修の定期的な実施                                     | 1 あり        |
|                   | 担当者の配置                                        | 1 あり        |
| 身体的拘束等廃止のための取組の状況 | 身体拘束適正化委員会の開催                                 | 1 あり        |
|                   | 指針の整備                                         | 1 あり        |
|                   | 研修の実施                                         | 1 あり        |
|                   | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)   | 1 あり        |
|                   |                                               | 1 ありの場合     |
|                   | 身体的拘束等を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | 1 あり        |
| 業務継続計画の策定状況等      | 感染症に関する業務継続計画 (BCP)                           | 1 あり        |
|                   | 災害に関する業務継続計画 (BCP)                            | 1 あり        |
|                   | 従業者に対する周知の実施                                  | 1 あり        |
|                   | 定期的な研修の実施                                     | 1 あり        |

|                                                          |                   |                                        |   |    |
|----------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------|---|----|
|                                                          |                   | 定期的な訓練の実施                              | 1 | あり |
|                                                          |                   | 定期的な見直し                                | 1 | あり |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                                      |                   | 2 なし                                   |   |    |
|                                                          |                   | 1 ありの場合                                |   |    |
|                                                          |                   | 提携ホーム名                                 |   |    |
| 有料老人ホーム設置時の<br>老人福祉法第29条第1項<br>に規定する届出                   |                   | 1 あり                                   |   |    |
| 高齢者の居住の安定確保<br>に関する法律第5条第1<br>項に規定するサービス付<br>き高齢者向け住宅の登録 |                   | 2 なし                                   |   |    |
| 有料老人ホーム設置運営<br>指導指針「5. 規模及び<br>構造設備」に合致しない<br>事項         |                   | 2 なし                                   |   |    |
|                                                          |                   | 1 ありの場合                                |   |    |
|                                                          |                   | 合致しない事項が<br>ある場合の内容                    |   |    |
|                                                          |                   | 「6. 既存建築物<br>等の活用の場合等<br>の特例」への適合<br>性 |   |    |
| 有料老人ホーム設置運営<br>指導指針の不適合事項                                |                   | なし                                     |   |    |
|                                                          | 不適合事項がある<br>場合の内容 |                                        |   |    |

備考

|  |
|--|
|  |
|--|

添付書類： 別添 1（別に実施する介護サービス一覧表）  
別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 \_\_\_\_\_ 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。