

重要事項説明書

記入年月日	R7/7/2
記入者名	君島 七恵
所属・職名	管理者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなしう欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

種類	個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ かがやき 有限会社 かがやき	
主たる事務所の所在地	〒967-0012 福島県南会津郡南会津町田島字大坪10	
連絡先	電話番号	0241-66-2151
	FAX番号	0241-62-2068
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	君島 七恵
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 元年 3月 1日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能**(住まいの概要)**

名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむかがやき 介護付有料老人ホーム輝
----	---

所在地	〒967-0004 福島県南会津郡南会津町田島字大坪 10 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	田島駅
	交通手段と所要時間	例：①会津鉄道 田島駅下車、徒歩 5 分
連絡先	電話番号	0241-62-4165
	FAX番号	0241-62-4175
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	Yuugengaisya.touhou tekkous@rouge.plala.or.jp
管理者	氏名	君島 七恵
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 23 年 3 月 31 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 23 年 4 月 1 日

(類型) 【表示事項】

- 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）
- 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）
- 3 住宅型
- 4 健康型

1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	0792330029
	指定した自治体名	南会津町
	事業所の指定日	平成 23 年 4 月 1 日
	指定の更新日（直近）	令和 5 年 4 月 1 日

3. 建物概要 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

土地	敷地面積	836.95 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
	抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	契約期間	1 あり (H22年8月1日～H52年7月31日)	2 なし
	契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
建物	延床面積	全体	494.65 m ²
		うち、老人ホーム部分	208.61 m ²

	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 (階建て) 2 鉄骨造 (階建て) 3 木造 (2 階建て) 一部鉄筋 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定 契約期間 契約の自動更新	1 あり 1 あり 1 あり	2 なし (H23年3月3日～H37年10月15日) 2 なし		
居室の状況	1 全室個室 2 相部屋あり					
居室区分	【表示事項】	最少 最大			人部屋 人部屋	
	トイレ 浴室	面積	戸数・室数	区分*		
タイプ 1	有/無 有/無	13.25 m ²	9	介護居室個室		
タイプ 2	有/無 有/無	m ²				
タイプ 3	有/無 有/無	m ²				
タイプ 4	有/無 有/無	m ²				
タイプ 5	有/無 有/無	m ²				
タイプ 6	有/無 有/無	m ²				
タイプ 7	有/無 有/無	m ²				
タイプ 8	有/無 有/無	m ²				
タイプ 9	有/無 有/無	m ²				
タイプ 10	有/無 有/無	m ²				

*「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

共用施設	共用便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所
共用浴室	2ヶ所	ヶ所	個室	2ヶ所
			大浴場	0ヶ所
共用浴室における介護浴槽		ヶ所	チェアーベッド	0ヶ所
			リフト浴	1ヶ所
			ストレッチャー浴	0ヶ所

		その他（普通浴槽）	1ヶ所
食堂	1 あり 2 なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 2 なし		
エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし		
消防用設備等	1 あり 2 なし		
	1 あり 2 なし		
その他			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者が可能な限り、住み慣れた地域でのその人らしい生活が送れるよう、家庭的な環境の下で、必要な日常生活の援助を行い、入居者がその有する能力に応じた生活を営むことを目的とします。
サービスの提供内容に関する特色	入居者の人格を尊重し、入居者が等施設においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上のサービスを提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

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

特定施設入居者生活介護の加算 の対象となるサービスの体制の 有無	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="radio"/> なし
	夜間看護体制加算	1 あり <input checked="" type="radio"/> なし
	医療機関連携加算	1 あり <input checked="" type="radio"/> なし
	看取り介護加算	1 あり <input checked="" type="radio"/> なし
	認知症専門 ケア加算	(I) <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし (II) 1 あり 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ 1 あり 2 なし
		(I)ロ 1 あり 2 なし
		(II) <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし
		(III) 1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービス の実施の有無	1 あり <input checked="" type="radio"/> なし	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配（緊急時の対応） <input type="radio"/> 2 入退院の付き添い（協力医療機関への対応に限る） <input type="radio"/> 3 通院介助（主治医・協力医療機関のみ）受診科により要相談 <input type="radio"/> 4 その他（協力医療機関 入院中の訪問）																
協力医療機関	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>名称 県立南会津病院</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所 福島県南会津郡南会津町永田風下 14</td> </tr> <tr> <td></td> <td>診療科目 内科、外科、整形外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、泌尿器科、神経内科、小児科、神経精神科</td> </tr> <tr> <td></td> <td>協力内容 入居者の受診、治療。入院加療の受け入れ。医療情報の提供、各種検査受診。</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>名称</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> </tr> <tr> <td></td> <td>診療科目</td> </tr> <tr> <td></td> <td>協力内容</td> </tr> </table>	1	名称 県立南会津病院		住所 福島県南会津郡南会津町永田風下 14		診療科目 内科、外科、整形外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、泌尿器科、神経内科、小児科、神経精神科		協力内容 入居者の受診、治療。入院加療の受け入れ。医療情報の提供、各種検査受診。	2	名称		住所		診療科目		協力内容
1	名称 県立南会津病院																
	住所 福島県南会津郡南会津町永田風下 14																
	診療科目 内科、外科、整形外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、泌尿器科、神経内科、小児科、神経精神科																
	協力内容 入居者の受診、治療。入院加療の受け入れ。医療情報の提供、各種検査受診。																
2	名称																
	住所																
	診療科目																
	協力内容																
協力歯科医療機関	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>協力内容</td> <td></td> </tr> </table>	名称		住所		協力内容											
名称																	
住所																	
協力内容																	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	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 その他の変更	1 あり 2 なし 1 あり (変更内容) 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり (2) なし
	要支援の者	1 あり (2) なし
	要介護の者	1 あり 2 なし
留意事項		<p>○入居時における入居者の条件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険制度において要介護と認定を受けている方 ・健康保険に加入している方 ・療養・医療的ケアなどの対応が施設で行うことが出来る方 ・施設において共同生活を営むことが出来る方 <p>※入居審査の結果によっては、入居をお断りする場合もあります</p> <p>○契約者の条件、義務</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者の身元引受人を立てていただきます。 ・入居後月額利用料等の諸経費をお支払いいただきます。 ・入居契約書、管理規定の内容を了承していただきます。 ・入居者と契約者が異なる場合には、入居者の死亡又は本契約の解除の場合に、身元引受人に入居者の身柄を引き取り、居室の受け渡し等を行っていただきます。 ・その他入居契約に定める権利・義務を持ちます。 <p>※入居者の判断能力が低下している場合には、入居者と契約者を別の方とする事も出来ます。</p> <p>※契約者についての審査結果によっては、入居をお断りする場合もあり</p>

	<p>ます。</p> <p>○身元引受人等の条件、義務</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身元引受人を1人定めていただきます。 ・身元引受人は、入居者及び契約者以外の方で、事業所が以下の規定に鑑み相当と判断する方とします。 ・身元引受人は、本契約上の責務について契約者と連携して責任を負うことになります。 ・入居者の死亡または本契約の解除の場合に（入居者と契約者が異なる場合には契約者と協議の上で）入居者の身柄の引取、居室の受け渡し等を行っていただきます。 ・その他本契約に定める権利・義務をもちます。
契約の解除の内容	<p>○入居者の入院期間が90日を超える場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者の入院期間が90日を超えた場合には、契約解除となります。 <p>※入居者の病状を確認するとともに身元引受人と解約について相談させていただきます。</p> <p>○入居者が死亡したとき</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約者（契約者と入居者が異なる場合）又は身元引受人に、直ちに入居者の身柄を引取っていただきます。 ・居室引き渡し迄の間、契約者（契約者と入居者が異なる場合）又は身元引受人は、事業者から居室の管理及び入居者の所有物の管理を速やかに引き継ぐこととします。 ・死亡日の翌日から起算して30日以内に、契約者（契約者と入居者が異なる場合）又は身元引受人に居室の受け渡しを行っていただきます。居室の明け渡し日が契約終了日になります。 <p>○契約者が本契約の解除を希望される場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約者から本契約の解除を希望される場合は、30日以前に所定の「解約届」を提出していただきます。 ・契約者と入居者が異なる場合には、事業者は入居者の意思を確認します。 ・居室の明け渡し、所有物の引取は、「解約届」で届け出た「解約日」までに行っていただきます。 <p>○当施設に連絡がないまま退去された場合</p> <p>「解約届」が提出されないまま入居者が居室から退去された場合は、次の手続きを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約者の意思を確認するとともに身元引受人と解約について相談させていただきます。契約者が本契約の解除を希望される場合には「○契約者が本契約の解除を希望される場合」の規程に従い、解約の手続きをとっていただきます。 ・契約者と入居者が異なる場合で、入居者の意思が確認出来る場合には、

	<p>事業者は入居者の意思を確認します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身元引受人の方に相談した日の翌日から 90 日目までに契約者から「解約届」が提出されない場合には、ご相談した日の翌日 90 日目をもって本契約が解除されたものとみなします。 ・事業者から契約者、入居者及び身元引受人に解約日の予告を書面で行います。 ・居室の受け渡し、所有物等の引受は、解約日までに行っていただきます。
事業主体から解約を求める場合	<p>解約条項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約者又は入居者が入居申込書に虚偽の記載をする等不正手段により入居した時 ・契約者が月額利用料その他の支払いを正当な理由なく延滞し、延滞している金額の通算合計額が 3 ケ月相当を超えるとき ・事業者が施設又は敷地内において禁止又は制限している行為の規定に、契約者又は入居者が違反した時 ・入居者の行動が、他入居者の生命、身体に害を及ぼす恐れ、又は他入居者の財産を侵害する恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護法では防止することが出来ない時
入居者からの解約予告期間	3 ヶ月 (90 日)
体験入居の内容	<p>① あり (内容 : 一日 7,000 円税込/食事代別。原則として 7 泊 8 日までとします) 体験入居中は介護保険の適用はありません。</p> <p>② なし</p>
入居定員	9 人
その他	<p>○入居者が医療を要する場合の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病気やケガの治療は、医療機関で受けていただきます。医療費は医療保険の適用を受けて下さい。医療保険の一部負担金及び医療保険適用外の費用については入居者又は契約者の方の負担となります。 ・主治医・協力医療機関以外の医療機関への通院・入院時付添・訪問は契約者（契約者と入居者が異なる場合）又は身元引受人の協力をお願いいたします。 ・入院中でも入居契約は存続しますので、退院後（入院期間 90 日以内）には入院前の居室に戻ることが出来ます（ただし管理費、家賃は不在の間もお支払いいただきます）入院中、週 2 回居室清掃を行います。 <p>入居者の健康管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医による健康管理、健康診断 ・主治医、看護師及び相談員、介護員連携し健康相談に対応します。

5. 職員体制

※ 有料老人ホームの職員として辞令が発出されている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不要。他事業所との兼務辞令のある職員は「非常勤」に区分する。）

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.1
生活相談員	1	1		0.2
直接処遇職員	16	8	8	4.4
介護職員	14	7	7	3.4
看護職員	3	1	2	1
機能訓練指導員	1	1		0.1
計画作成担当者	1	1		0.1
栄養士	1	1		0.2
調理員	4	2	2	2
事務員	1	1		0.2
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				38.4

※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	6	3	3	
実務者研修の修了者			1	
初任者研修の修了者	5	3	2	
介護支援専門員	1	1		

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計			
		常勤	非常勤	

看護師又は准看護師	3	2	1
理学療法士			
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（19時30分～翌7時30分）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 ※一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)	

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 ※外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務	1 あり	2 なし
	業務に係る資格等	1 あり	
		資格等の名称	准看護師・介護支援専門員
		2 なし	

		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数				1							
前年度1年間の退職者数											
応じた職員の人数に従事した経験年数に	1年未満			1							
	1年以上 3年未満		1	2							
	3年以上 5年未満		3	1							
	5年以上 10年未満			1	1				1		
	10年以上	2	1	3	1		1	1		1	
従業者の健康診断の実施状況				(1) あり	(2) なし						

6. 利用料金 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input checked="" type="radio"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="radio"/> 3 月払い方式 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	要介護区分変更、諸物価高騰
	手続き	ホームが所在する自治体の消費者物価指数や人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聞いて、月額利用料金を改正することがある。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】) 一割・30日の場合

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	要介護3	要介護5
	年齢	70歳	90歳
居室の状況	床面積	13.25 m ²	13.25 m ²
	便所	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無
	浴室	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無
	台所	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		168,050円	172,100円
家賃		36,000円	36,000円
サービス費用 介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護※ ₁ の費用	20,550円	24,600円
	食費	64,500円	64,500円
	管理費	18,000円	18,000円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	21,000円	21,000円
	その他(冷暖房費)	8,000円	8,000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	建設費・設備費・土地賃貸費・事務費・人件費・管理費
敷金	家賃の 0ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	一般事務費、人件費、備品・消耗品費、併用設備維持費、管理費
食費	実際の喫食により請求。(税込) 栄養士による献立表の作成、掲示、刻み食・希望食等への加工及び変更、提供、食堂・居室への配下膳。事務費・人件費、管理費、食材費
光熱水費	居室・併用部水道、ガス、電気、事務費、人件費、管理費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	様式10のとおり
その他のサービス利用料	暖冷房費 居室・併用部、電気、設備費、事務費、人件費、管理費
注意事項	※各居室のTVに係るNHK受信料は入居者各位とNHK間の個別契約になります。この場合、受信料はホームの利用料には含まれません。

(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	要介護 1 546 単位/日 要介護 2 614 単位/日 要介護 3 685 単位/日 要介護 4 750 単位/日 要介護 5 820 単位/日 サービス提供体制加算 II 6 単位/日 生産性向上推進体制加算 II 40 単位/月 協力医療連携加算 II 100 単位/(日) 高齢者施設感染対策向上加算 II 5 単位/1回 退所時情報提供加算 250/1回 介護職員処遇改善加算 12.8%/月 介護保険負担割合により 1割又は2割又は3割
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 入居後3月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称 2 信託契約を行う信託会社等の名称 3 保証保険を行う保険会社の名称 4 全国有料老人ホーム協会 5 その他（名称： ）

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	2人
	女性	6人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	0人
	85歳以上	7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	0人
	要介護2	4人
	要介護3	1人
	要介護4	1人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	0人
	1年以上 5年未満	3人
	5年以上 10年未満	2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	91.5歳
入居者数の合計	6人
入居率*	72%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人 数	自宅等	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	1人
	死亡者	1人
	その他	0人

生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0人
		(解約事由の例) ①医療機関入院 ②在宅での生活可能・要支援状態になり退所 ③老人施設・老人保健施設入所

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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	介護付有料老人ホーム 輝 苦情相談等窓口	
電話番号	0241-62-4165 (FAX 0241-62-4175)	
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	8:30~17:00
	日曜・祝日	8:30~17:00
定休日	なし	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 総合賠償責任保険
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容) 介護サービスの提供にあたり、事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、地震・津波等の天災、戦争、暴動等、入居者の故意によるものを除いて、速やかに損害を賠償します。ただし、入居者に重大な過失がある場合には減することがあります。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握	1 あり	実施日	要望があった場合速やかに対応、全スタッフで共有していく。意見箱設置。
---------------------------	------	-----	------------------------------------

握する取組の状況		結果の開示	1 あり	2 なし
	2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	1 あり	2 なし
(2)なし				

9. 入居希望者への事前情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 6 回 2ヶ月毎
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: 小規模多機能型居宅介護(小規模ハウス 輝))	小規模多機能型居宅介護(小規模ハウス 輝) 介護区分変更等、要支援の方への対応
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	

高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり <input checked="" type="radio"/> なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="radio"/> なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類

別添1 事業主体が県内で実施する他の介護サービス

様式第10号 有料老人ホームが提供するサービスの一覧表

※_____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業主体が県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
訪問入浴介護	あり	なし
訪問看護	あり	なし
訪問リハビリテーション	あり	なし
居宅療養管理指導	あり	なし
通所介護	あり	なし
通所リハビリテーション	あり	なし
短期入所生活介護	あり	なし
短期入所療養介護	あり	なし
特定施設入居者生活介護	あり	なし
福祉用具貸与	あり	なし
特定福祉用具販売	あり	なし
<地域密着型サービス>		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし
夜間対応型訪問介護	あり	なし
認知症対応型通所介護	あり	なし
小規模多機能型居宅介護	あり	なし 小規模ハウス 輝 福島県南会津郡南会津町 田島字大坪10
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 介護付有料老人ホーム輝 福島県南会津郡南会津町 田島字大坪10
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし
居宅介護支援	あり	なし
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問介護	あり	なし
介護予防訪問入浴介護	あり	なし
介護予防訪問看護	あり	なし
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし
介護予防通所介護	あり	なし
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし
介護予防短期入所生活介護	あり	なし
介護予防短期入所療養介護	あり	なし
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし
介護予防福祉用具貸与	あり	なし
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし
<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 小規模ハウス 輝 福島県南会津郡南会津町 田島字大坪10
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

《利用料金表》

地域密着型特定施設入居者生活介護サービス基本料金

※1 単位は 10 円で

す。

区分	地域密着型特定施設入居者生活 介護費/1 日単位	自己負担/ 日	30 日利用の場 合/1 割	30 日利用の場 合/2 割	30 日利用の場 合/3 割
要介護 1	546	546	16,380	32,760	49,140
要介護 2	614	614	18,420	36,840	55,260
要介護 3	685	685	20,550	41,100	61,650
要介護 4	750	750	22,500	45,000	67,500
要介護 5	820	820	24,600	49,200	73,800

その他の加算費用

区分	単位	自己負担 1 割	自己負担 2 割	自己負担 3 割	適用
サービス提供体制強化加 算 II	6/日	30 日の場合 /1800	30 日の場合 /3600	30 日の場合 /5400	介護福祉士の常勤が 50%以 上
生産性向上推進体 制加算 II	10/月	30 日の場合 /1000	30 日の場合 /2000	30 日の場合 /3000	見守り機器等の導入、一年 一回業務改善の取り組みの 提出
協力医療機関連携 加算 II	40/月	30 日の場合 /400	30 日の場合 /800	30 日の場合 /1200	高齢者施設からの診療の求 めがあった場合において、 診療を行う体制を常時確保
高齢者施設等感染 対策向上加算 II	5/月	50/月	100/月	150/月	医療機関から、3 年に 1 回 以上施設内で感染者が発生 した場合の感染制御等に係 る実施指導を受けている
退所時情報提供加算	250/1 回				入所者が医療機関へ退所し た際、生活支援上の留意点 や認知機能等に係る情報を 提供した場合
介護職員待遇改善加 I	12.8%/月	基本単価+各加算×0.128 (一割・二割・三割)			

介護保険の対象とならないその他の自己負担費用（全利用者）

区分	月/円	内容
家賃	36,000	居住費（賃貸日、改修費等を基礎として算出）
光熱水費	21,000	電気、ガス、上下水道代、維持管理費
管理費	18,000	事務、人件費、施設維持費
暖冷房費	8,000	電気代、事務費、修繕費
朝食費	650/1食	人件費、管理費、備品・消耗品費材料費
昼食費	650/1食	喫食数により請求（2,150×30日の場合 64,500）
夕食費	650/1食	
おやつ（10時・15時）	100/各1食	

※その他の自己負担費用合計/30日ご利用の場合 147,500円

介護保険の対象とならないその他の自己負担額（円）

私物電気代※1	1製品/月	3,000	電気代、事務費、修繕費、管理費
私物電気代※2	1製品/月	2,700	電気代、事務費、修繕費、管理費
私物電気代※3	1製品/月	2400	電気代、事務費、修繕費、管理費
冷蔵庫私物預かり代	1製品/月	1,800	電気代、事務費、修繕費、管理費
私物洗濯代	1回	700	洗濯用ネット（300円）を購入していただいでの対応、お持ち帰りも可能です。洗濯機で洗えない物のクリーニング代は別途実費となります。
おむつパッド	1枚	おむつ各サイズ1枚150円、Lパッド1枚50円、XLパッド1枚100円 おむつパッドは持ち込み可能ですが、※3処理費用として50円/1枚頂きます。	

※1・・・電気毛布等の暖房器具、酸素マスクが対象

※2・・・湯たんぽ、TV、ビデオ、冷蔵庫が対象

※3・・・電気シェーバー、携帯電話、補聴器乾燥機、

※4・・・ご利用者様により使用量に違いがある為、公平性を考え設定しています。

弊社よりご購入いただいている利用者様よりは処理費はいただいておりません。

※上記のほかに、医療費、個人医療機関・他科受診同行介助、利用者が希望する日用品・介護用品は別途実設ご案内になります。