

重要事項説明書

記入年月日	令和元年5月1日
記入者名	永田敬介
所属・職名	施設長

※ 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、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人／ <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ あるてでいあ 株式会社 アルテディア	
主たる事務所の所在地	〒105-6112 東京都港区浜松町二丁目4番1号 世界貿易センタービル12階	
連絡先	電話番号	03-6848-7780
	FAX番号	03-6848-7789
	ホームページアドレス	http://www.altidea.com
代表者	氏名	飯田 道明
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <u>平成</u> 12年 3月 27日	
主な実施事業	介護施設運営事業 ※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむ わかみや 有料老人ホーム わかみや
----	--

所在地	〒418-0022 静岡県富士宮市小泉 2302-8	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 身延線「富士根」駅
	交通手段と所要時間	JR 身延線「富士根」駅より 1.4km(徒歩約 18 分)
連絡先	電話番号	0544-28-5815
	FAX 番号	0544-28-5806
	ホームページアドレス	http://www.altidea.com
管理者	氏名	永田敬介
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 16年 11月 15日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 24年 9月 1日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所 静岡県指定 第 2272101110 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 静岡県指定 第 2272101110 号
	指定した自治体名	静岡県
	事業所の指定日	平成 24年 9月 1日
	指定の更新日（直近）	平成 30年 8月 31日

3. 建物概要

土地	敷地面積	992.32 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (H16年 11月 15日～H46年 11月 14日) 2 なし
	契約の自動更新	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
建物	延床面積	全体	793.25 m ²

		うち、老人ホーム部分	382.20 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (H16年11月15日～H46年11月14日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (期間満了前に再協議予定)			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
			最少	人部屋		
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.2 m ²	12	介護居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0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	0ヶ所		
大浴場			1ヶ所			
共用浴室における	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所			

	介護浴槽		リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	0ヶ所	
			その他（ ）	0ヶ所	
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）
		<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4	なし
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	<p>次の記すとおりに従って、施設の管理・運営に当たっていくものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 明るく家庭的に安全な雰囲気の中で、より良いサービスの提供に努め、利用者とともに生活する。 ② 行政及び地域機関との積極的な連携を図り、保育所、幼稚園、小学校から老人クラブまで遊戯・郷土芸能やクラブ活動の発表の場として、地域に開かれた施設づくりに努める。 ③ 高齢者の自立、主体性を尊重した個人生活プログラムも作成を行う。 ④ 家庭介護教室を継続して行い、地域の住民の介護及び要介護者の高齢者への理解を深める。 ⑤ 高齢者の社会性、自主性を維持し、住み慣れた地域社会で生活が続けられるよう在宅支援を行う。 ⑥ スタッフは組織の一員として役割を理解し、自己啓発のため研鑽努力する。 ⑦ 施設長、職員及び利用者の家族代表、そして地元民生委員、学識経験者、有識者により組織する運営懇談会を設け、管理者、食費の収支の内容を定期的に報告し、説明して情報開示を進めるとともに、入居者の要望、意見を運営に反映させるよう努める。
----------	--

サービスの提供内容に関する特色	
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅱ)		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
(Ⅲ)		1 あり <input type="checkbox"/> 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	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療機関		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 三仁会 鈴木医院
		住所	〒416-0903 静岡県富士市松本 313-25 (施設から約 5.8km)
		診療科目	胃腸科、肛門科、外科、内科
		協力内容	健康相談、健康診断、受診、治療その他医療全般
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	

協力歯科医療機関	名称	宮本歯科
	住所	〒416-0915 静岡県富士市富士町 14-3 (施設から約 8.3km)
	協力内容	歯科相談、一般的歯科治療、義歯調整等の受診、治療

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
※複数選択可			
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	1 あり	2 なし
	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
	2 なし		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【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	要支援認定者、要介護認定者		
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 要介護認定等により利用者が自立と認定された場合 ③ 入居者、又は事業者から解約した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	事業者は、利用者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することがあります。 事業者は、次の手続きを行います。 ① 一定の観察期間をおくこと ② 主治医等の意見を聴くこと ③ 契約解除の通告についての90日の予告期間をおくこと ④ 通告に先立ち、利用者本人の意思を確認するとともに、入居契約で定める身元引受人等の意見を聴くこと	
	解約予告期間	90日	
入居者からの解約予告期間	90日		
体験入居の内容	1 あり (内容：空室がある場合、1日程度の体験入居可能) ・居室使用料 1泊：3,000円(税込) ・食事代 1,650円/日(朝食350円・昼食800円(おやつ代込)・夕食500円) 2 なし		
入居定員	12人		
その他			

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数(実人数)		常勤換算人数 ※1※2
	合計		
		常勤	非常勤
管理者	1	1	0.5
生活相談員	1	1	1

直接処遇職員	11	7	4	7.9
介護職員	10	6	4	7.4
看護職員	1	1		0.5
機能訓練指導員	1	1		0.5
計画作成担当者	1	1		0.5
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}				40時間
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	4	2	2
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	7	5	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	1	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			
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 (22時～翌8時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	0人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率* 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	1.4 : 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

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

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称	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		2	1			2		1	
前年度1年間の退職者数	2		2	1			2			1
応じた業務に従事した経 験した職員の人数	1年未満	1		1	3			1		1
	1年以上			2						
	3年未満			2						
	3年以上			3	1	1				1
	5年未満									

験 年 数 に	5年以上										
	10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	なし					

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 所在する地域の消費者物価指数及び人件費等を勘案の上、改定する 場合がある。 手続き 運営懇談会の意見を聞いた上で改定するものとする。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状 況	要介護度 要介護3		
	年齢 87歳		歳
居室の状況	床面積 18.2 m ²		m ²
	便所 <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室 <input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所 <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金 円		円
	敷金 116,000円		円

月額費用の合計		184,773 円	円	
サービス費用	家賃	58,000 円	円	
	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	22,273 円	円	
	介護保険外 [※]	食費	49,500 円	円
		管理費	40,000 円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	15,000 円	円
その他			円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	当該目的施設の土地建物の賃借料、借入利息、管理事務費等を含む総費用を平均的な余命等を勘案して1室あたりの月額費用を算出したもの。
敷金	月払い方式の家賃相当額の 2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	事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、目的施設の維持管理費
食費	月額 49,500 円/30 日 (朝食 350 円・昼食 800 円 (おやつ代込)・夕食 500 円) 人件費等の諸経費、食材費に基づく費用
光熱水費	所在する地域の平均的な光熱水費の費用等を参考に算出
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護 [※] に対する自己負担	要介護度に応じて介護費用を自己負担割合証の記載内容により徴収する
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)	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

	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	89.09歳
入居者数の合計	11人
入居率*	91.66%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	1人
	死亡者	1人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	1人
		(解約事由の例) 医療依存度大きくなり入院先の病院の勧め。

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		有料老人ホーム わかみや
電話番号		0544-28-5815
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	—
定休日		日曜、祝日 (電話での対応のみ)
窓口の名称		株式会社 アルテディア
電話番号		03-6848-7780
対応している時間	平日	9:30~17:30
	土曜	—
	日曜・祝日	—

定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口の名称		静岡県国民健康保険団体連合会
電話番号		054-253-5590
対応している 時間	平日	9：00～17：00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口の名称		静岡県健康福祉部福祉長寿局福祉指導課
電話番号		054-221-2409
対応している 時間	平日	9：00～17：00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口の名称		富士宮市 高齢介護支援課
電話番号		0544-22-1141
対応している 時間	平日	9:00～17：00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口の名称		公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3548-1077
対応している 時間	平日	毎週月曜、水曜、金曜の10：00～17：00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始

(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) サービス提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入
	2 なし	

介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事業者はサービス提供に当たり、万が一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、不可抗力による場合を除いて速やかに入居者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、賠償を減ずることができます。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	年1回運営懇談会を実施 満足度調査実施・意見箱常設 (1階玄関フロアに設置)
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1	あり	(開催頻度) 年 1回	
	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	<input type="checkbox"/> 1	代替措置あり	(内容)	
	<input type="checkbox"/> 2	代替措置なし		
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1	あり (提携ホーム名 :)		
	<input type="checkbox"/> 2	なし		
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	<input type="checkbox"/> 3	サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要		
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	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	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	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	<input type="checkbox"/> 1	適合している (代替措置)		
	<input type="checkbox"/> 2	適合している (将来の改善計画)		
	<input type="checkbox"/> 3	適合していない		
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	なし			
不適合事項がある場合の内容				

重要事項説明書の開示状況

重要事項説明書の開示	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3	公開していない

添付書類：別添 1 (別々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)

説明年月日 令和元年 月 日

本書面に基づいて、重要な事項を説明いたしました。

<事業所>

住 所 東京都港区浜松町二丁目4番1号
世界貿易センタービル12階
事業者名 株式会社アルテディア
事業所名 有料老人ホーム わかみや
住 所 静岡県富士宮市小泉2302-8
(事業所番号2272101110)

説明者名 _____ 印

本書面に基づいて重要事項の説明を受け同意を致しました。

<利用者>

住所 _____

氏名 _____ 印

*利用者代理人を選任した場合

<代理人>

住所 _____

氏名 _____ 印

[利用者との続柄: _____]

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	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	デイサービス松本	富士市長通 12-1
(同上)	あり	なし	デイサービスわかみや	富士宮市小泉 2302-8
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	介護支援ショップあんず	富士市長通 12-1
特定福祉用具販売	あり	なし	介護支援ショップあんず	富士市長通 12-1
＜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		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホームあかね	富士宮市小泉 2302-7
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		
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	ささえ愛ステーション	富士市長通 12-1
(同上)	あり	なし	わかみや居宅介護支援	富士宮市小泉 2302-8
＜居宅介護予防サービス＞				
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	介護支援ショップあんず	富士市長通 12-1
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	介護支援ショップあんず	富士市長通 12-1
＜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	グループホームあかね	富士宮市小泉 2302-7
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		
介護医療院	あり	なし		

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無					なし	あり	備 考	
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2		料金※3
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,575 円/60 分 ・協力機関 保険給付に含む機関 ・協力機関以外 実費で実施	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,050 円/回 ・通常利用区域 週 1 回は保険給付 ・通常利用区域外 実費で実施	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,050 円/回	
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり			※回数（年 2 回など）	
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			※市内の医療機関の場合に適宜実施	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（利用者負担割合による）。※ 2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。※ 3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。