

重要事項説明書

記入年月日	令和元年10月1日
記入者名	鈴木 美智代
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／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 12年 3月 27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 ほほえみのまちいわき 介護付き有料老人ホーム ほほえみの街いわき	
所在地	〒970-8026 福島県いわき市平字旧城跡 36 番地 10	
主な利用交通手段	最寄駅	常磐線・磐越東線「いわき」駅
	交通手段と所要時間	いわき駅北口より徒歩6分
連絡先	電話番号	0246-35-1550
	FAX番号	0246-35-5534
	ホームページアドレス	http:// www.altidea.com

管理者	氏名	鈴木 美智代
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 60年4月19日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 26年7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者 介護予防特定施設入居者生活介護事業者 第0770407047号
	指定した自治体名	いわき市
	事業所の指定日	平成 26年7月1日
	指定の更新日（直近）	平成 32年7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	1473.40㎡	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 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
建物	延床面積	全体	1,276.01㎡（地上6階建）
		うち、老人ホーム部分	1,276.01㎡（地上6階建）
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物	2 準耐火建築物
構造	<input type="checkbox"/> 3 その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造	2 鉄骨造	
所有関係	<input type="checkbox"/> 3 木造		
	4 その他（ ）		
建物	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物	
		2 事業者が賃借する建物	

		1 全室個室 <input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり					
			最少		1 人部屋		
			最大		2 人部屋		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	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	有 / <input type="checkbox"/> 無	21.10 m ²	6	一般居室個室
		タイプ 2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	21.02 m ²	4	一般居室個室
		タイプ 3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	20.92 m ²	3	一般居室個室
		タイプ 4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	20.82 m ²	1	一般居室個室
		タイプ 5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	29.07 m ²	1	一般居室相部屋
		タイプ 6	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	23.24 m ²	6	一般居室相部屋
		タイプ 7	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	22.14 m ²	6	一般居室相部屋
		タイプ 8	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無			
		タイプ 9	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無			
		タイプ 10	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無			
※ 「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」「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	0ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能	4ヶ所			
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所			
			大浴場	0ヶ所			
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所			
			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 2 なし						
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし						
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 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	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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	機能訓練室、談話コーナー、図書コーナー等				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	次の記すとおりに従って、施設の管理・運営にあたっていくものとする。 ①入居者様の社会性、自主性を維持し、要介護状態となった場合でも自立した日常生活を営むことが出来るよう必要な援助を行なう。 ②明るく家庭的で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。 ③行政及び地域機関、協力医療機関に加え、保険医療サービス及び福祉サービスを提供するものと積極的な連携を図り、地域に開かれた施設づくりに努める。 ④高齢者の自立、主体性を尊重した個人生活プログラムの作成を行う。 ⑤施設長、職員及び利用者の家族代表、そして地元民生委員により組織する運営懇談会を設け、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	入居者様の心身状況を考慮して、日常生活を安全、安楽に過ごすことができるよう介護サービスを提供する。				
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし

	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(I)ロ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	あり	(介護・看護職員の配置率) :			
	<input type="checkbox"/> 2	なし				

※上記の他に、介護職員処遇改善加算（I）の適用があります。

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1	救急車の手配
		<input type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い
		<input type="checkbox"/> 3	通院介助
		4	その他 ()
協力医療機関	1	名称	医療法人 酒井医院
		住所	福島県いわき市平字南町12
		診療科目	内科・呼吸器科・消化器科・循環器科
		協力内容	疾患の診察・薬の処方
	2	名称	医療法人 常磐会 いわき湯本病院
		住所	福島県いわき市常磐湯本町台山6
		診療科目	内科・外科・整形外科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科・肛門科
		協力内容	入院の受入れ
協力歯科医療機関	名称	医療法人 斉田歯科医院	
	住所	福島県いわき市平梅香町2-18	
	協力内容	口腔内治療・義歯作成	

(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	<介護居室へ移る場合>	
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	1 あり 2 なし	
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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	自立者、要支援認定者、要介護認定者	
契約の解除の内容	<p>*事業者からの解除</p> <p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>③(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき</p> <p>④入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを阻止することができないとき</p> <p>*規定に基づく契約解除の場合、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>①契約解除の通告について 90 日の予告期間をおく</p>	

	<p>②解除通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>③解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。</p> <p>*入居者からの契約解除 入居者は、事業者に対して、少なくとも 30 日前に解約の申し入れを行い「解約届」を提出することによって、本契約を解約することができます。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>入居契約書第 29 条のとおり 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができない場合等。</p>
	解約予告期間	90 日間
入居者からの解約予告期間	30 日間	
体験入居の内容	<p>1 あり（但し空室がある場合） 料金：宿泊代 1 泊 3,000 円（入浴介助込） 食事代（朝 400 円・昼 500 円・夕 500 円・おやつ 100 円） （各税込） <u>合計：4,500 円（税込）</u></p> <p>2 なし</p>	
入居定員	40 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		0.6
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	16	8	8	11.7
介護職員	13	7	6	9
看護職員	3	1	2	2.7
機能訓練指導員	2		2	0.5
計画作成担当者	1	1		0.7
栄養士				
調理員				
事務員	1		1	0.7
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
※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	7	6	1
実務者研修の修了者	4	3	1
初任者研修の修了者	10	8	2
介護支援専門員	2	2	

(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	2		2
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 (19時30分～ 翌7時00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	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)	1.7 : 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	介護福祉士
		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			2							
前年度1年間の退職者数			2		1					
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			1	1					
	1年以上 3年未満		2	3					1	
	3年以上 5年未満	1	2	1	2					
	5年以上 10年未満			2						
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし						

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取扱い	〔管理費〕 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が連続して10日以上の場合に限り、月末締めで日割り計算にて減額(但し、入院等やむを得ない理由によるものとし、自己都合による不在時の減額はございません。)	

		〔家賃〕 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
		〔電気料金〕 ① 減額なし（居室ごとに電力会社との契約になっております。） 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	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案した結果、改定の必要があると判断した場合
	手続き	人件費、物価の変更等に基づき、運営懇談会の意見を聞いた上で決定

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		月払い方式 (30日)	月払い方式 (30日)	
入居者の状況	要介護度	要介護1・要介護5	要介護2	
	年齢	84歳・84歳	85歳	
居室の状況	床面積	29.07 m ²	23.24 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(保証金)	150,000円	135,000円	
月額費用の合計		238,936円	149,788円	
家賃		50,000円	45,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	(要介護1 介護保険負担1割) 16,080円	(要介護2 介護保険負担1割) 18,060円	
		(要介護5 介護保険負担1割) 24,120円		
	外※ ² 保険 介護	食費	90,000円	45,000円
		管理費	45,000円	30,000円
	介護費用	円	円	
	光熱水費(電気料金)	実費	実費	
	その他	おむつ代・医療費等実費 電話料金(個別契約になります。)	おむつ代・医療費等実費 電話料金(個別契約になります。)	
<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	地域の賃貸家賃の相場による
敷金	135,000円～150,000円(家賃の3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	30,000円 入居者の日常生活に必要な管理事務を行う人件費、建物及び付帯設備の維持管理費、水道代を含む
食費	45,000円(朝400円・昼500円・夕500円・おやつ100円) ※1日3食30日間お召し上がりになった場合
光熱水費	実費負担(居室に備えているメーターにて実費請求)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添：様式第9号による
その他のサービス利用料	
注意事項	※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。	

(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	
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)	
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

(入居者の人数)

性別	男性	5人
	女性	20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	4人
	85歳以上	21人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	1人
	要支援 2	1人
	要介護 1	4人
	要介護 2	3人
	要介護 3	4人
	要介護 4	4人
	要介護 5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	15人
	5年以上 10年未満	7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	88.0歳
入居者数の合計	25人
入居率*	60.0%
※ 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	1人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	1人
	死亡者	3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	2人
		(解約事由の例) 自宅に帰宅、長期入院

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		介護付き有料老人ホーム ほほえみの街 いわき
電話番号		0246-35-1550
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30 (電話での対応のみ)
定休日		—
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		いわき市 保健福祉部 長寿介護課
電話番号		0246-22-7453
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口の名称		国民健康保険団体連合会
電話番号		024-528-0040
対応時間	平日	9:00~16:00
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	
対応時間	月・水・金曜日	10:00～17:00
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 契約先：東京海上日動火災保険株式会社 超ビジネス保険 (事業活動包括保険)
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 万一事故が発生した場合には「事故・急変時対応マニュアル」に従い入居者の生命、安全を第一に対応します。事故発生時の状況及び対応を书面化し、その原因を解明するとともに、入居者ご家族に報告し事故の発生防止に努めます。また、事故の状況によっては、市町村をはじめ関係諸機関に報告します。
	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	・利用者アンケート調査実施 平成29年8月実施10月結果開示 ・年1回運営懇談会開催
		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	1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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

	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 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
	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】	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 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 type="checkbox"/> 2 なし
いわき市有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	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	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	なし
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 9 号 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

令和元年 月 日

本書面に基づいて、重要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 介護付き有料老人ホーム ほほえみの街いわき
福島県いわき市平字旧城跡 36 番地 10
(介護保険事業者番号 第 0770407047 号)

説明者署名 _____ 印

本書面に基づいて、重要事項の説明を受け、それに同意し交付を受けました。

<入居者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

*代理人を選任した場合

<代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

[本人との続柄：]

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		
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		
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		
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		
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		

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	
	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		○	実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1回につき計 1,050 円（掃除・湯はり・片付け 525 円・入浴介助 525 円）（自立者）
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		○	協力医療機関以外は1時間につき 1,050 円
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1回につき 525 円（自立者）
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1回につき 315 円（自立者）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1回につき 315 円（洗濯 210 円・乾燥 105 円）（自立者）
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	1回につき 210 円（自立者）
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		○	契約している美容室の設定料金による
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1回につき 525 円（施設より片道 5 km 以上） 1回につき 1,050 円（施設より片道 5 km 以上）
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1回につき 1,050 円
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		○	年 1 回（実費負担）13,000 円程度（検査項目により変動あり）
健康相談	なし	あり	なし	あり			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			
服薬支援	なし	あり	なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	なし	あり			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	協力医療機関以外は1時間につき 1,050 円
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、月額の利用料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。