

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和2年11月1日 |
| 記入者名  | 太田裕之      |
| 所属・職名 | 営業        |

### 1. 事業主体概要

|            |  |   |
|------------|--|---|
| 種類         | 個人／ <span style="border: 1px solid black;">法人</span>             |   |
|            | ※法人の場合、その種類  | 株式会社  |
| 名称         | (ふりがな) (か) うえるねすぱーとなー<br>株式会社 ウェルネスパートナー                         |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒431-1402 静岡県浜松市北区三ヶ日町都筑 541-1                                   |   |
| 連絡先        | 電話番号   | 053-526-1165  |
|            | FAX番号  | 053-526-1265  |
|            | ホームページアドレス   | <a href="https://wellnesspartner.co.jp">https://wellnesspartner.co.jp</a> |
| 代表者        | 氏名   | 清水啓子  |
|            | 職名   | 代表取締役   |
| 設立年月日      | 昭和・ <span style="border: 1px solid black;">平成</span> ・令和 18年8月1日 |   |
| 主な実施事業     | ※別添1 (別の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) うえるねすはまなこ<br>ウェルネス浜名湖      |   |
| 所在地      | 〒431-1402<br>静岡県浜松市北区三ヶ日町都筑 541-1 |   |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                               | 天竜浜名湖鉄道 東都筑駅  |
|          | 交通手段と所要時間                         | ①自動車利用の場合<br>・東名高速道路三ヶ日 IC より 1,800m 5分<br>②徒歩の場合<br>・天竜浜名湖鉄道 東都筑駅から 1,400m 18分 |

|               |            |                               |
|---------------|------------|-------------------------------|
| 連絡先           | 電話番号       | 053-526-1165                  |
|               | FAX番号      | 053-526-1265                  |
|               | ホームページアドレス | https://wellnesspartner.co.jp |
| 管理者           | 氏名         | 清水啓子                          |
|               | 職名         | 施設長                           |
| 建物の竣工日        |            | 昭和・平成・令和 20年 3月 6日            |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 昭和・平成・令和 20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）        |            |             |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型 |            |             |
| 4 健康型                                     |            |             |
| 1又は2に<br>該当する場<br>合                       | 介護保険事業者番号  |             |
|   | 指定した自治体名   | 県（市）        |
|   | 事業所の指定日    | 平成・令和 年 月 日 |
|   | 指定の更新日（直近） | 平成・令和 年 月 日 |

**3. 建物概要**

|         |  |   |  |
|---------|--|---|--|
| 土地      | 敷地面積   | 2987.05 m <sup>2</sup>  |  |
|         | 所有関係   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地                  |  |
|         |  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地（駐車場部分）             |  |
|         |  | 抵当権の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                                |
|         |  | 契約期間  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br>(2006年12月1日～2035年11月30日)<br>2 なし |
| 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                                |   |  |
| 建物      | 延床面積   | 全体  | 4122.62 m <sup>2</sup> （地上7階建）   |
|         |  | うち、老人ホーム部分  | 4122.62 m <sup>2</sup>   |
|         | 耐火構造   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他（ ） |  |
| 構造      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>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   | 1 あり 2 なし  |                         |       |        |
|  |                                | 契約期間   | 1 あり<br>( 年 月 日～ 年 月 日)<br>2 なし                                    |                         |       |        |
|  |                                | 契約の自動更新  | 1 あり 2 なし  |                         |       |        |
| 居室の状況  | 居室区分<br>【表示事項】                 | 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 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無                          | 18 m <sup>2</sup>       | 10    | 一般居室個室 |
|  | タイプ2                           | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 36～37.86 m <sup>2</sup> | 34    | 一般居室個室 |
|  | タイプ3                           | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 52.39～54 m <sup>2</sup> | 14    | 一般居室個室 |
|  | タイプ4                           | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | m <sup>2</sup>          |       |        |
|  | タイプ5                           | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | m <sup>2</sup>          |       |        |
|  | タイプ6                           | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | m <sup>2</sup>          |       |        |
|  | タイプ7                           | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | m <sup>2</sup>          |       |        |
| タイプ8   | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | m <sup>2</sup>   |                         |       |        |
| タイプ9   | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | m <sup>2</sup>   |                         |       |        |
| タイプ10  | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | m <sup>2</sup>   |                         |       |        |
| ※「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                     | 5ヶ所  | うち男女別の対応が可能な便房   | 5ヶ所                     |       |        |
|  |                                |  | うち車椅子等の対応が可能な便房  | 5ヶ所                     |       |        |
|  | 共用浴室                           | 3ヶ所  | 個室   | 2ヶ所                     |       |        |
|  |                                |  | 大浴場  | 1ヶ所                     |       |        |
|  | 共用浴室における介護浴槽                   | 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 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）<br>2 あり（ストレッチャー対応）<br>3 あり（上記1・2に該当しない）<br>4 なし |
| 消防用設備等 | 消火器  | 1 あり 2 なし   |
|        | 自動火災報知設備   | 1 あり 2 なし   |
|        | 火災通報設備   | 1 あり 2 なし   |
|        | スプリンクラー  | 1 あり 2 なし   |
|        | 防火管理者  | 1 あり 2 なし   |
|        | 防災計画   | 1 あり 2 なし   |
| その他    | コインランドリー・多目的室・図書ラウンジ・ロビー・健康管理室・ベンダーコーナー・応接室・相談室・ビューレストラン・バーカウンター・和室等 |   |

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

|                 |  |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針        | 【施設理念】<br>(1) ウェルネス浜名湖では、金子満雄医師の提唱する認知症予防プログラムを実践し、入居者の認知症の予防及び健やかな生活の提供に努める。<br>(2) ウェルネス浜名湖では、入居者の方々の個人の尊厳を大切にし、良質なサービスの提供に努める。<br>(3) ウェルネス浜名湖では、入居者のより良い支援のために、常に自己啓発・自己研鑽に努め人間性の向上を目指す。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 認知症予防・介護予防に特化したスタッフが、サロン活動を通じて、いきいきとした生活をサポートいたします。  |
| 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   |

(医療連携の内容)

|                |   |   |   |
|----------------|---|---|---|
| 医療支援<br>※複数選択可 |   | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input type="checkbox"/> 3 通院介助<br><input type="checkbox"/> 4 その他（ 訪問診療医の確保 ） |   |
| 協力医療機関         | 1 | 名称  | 県西部浜松医療センター   |
|                |   | 住所  | 浜松市中区富塚町 328 番地 （ホームから 22 km）   |
|                |   | 診療科目  | 総合診療科、呼吸器科、消化器科、血液科、感染科、腎臓・膠原病科、内分泌化、精神科、神経内科、皮膚科、画像診断科、放射線治療科、透析療法科、外科、呼吸器科、高齢者脳神経科、脳神経外科、心臓血管外科、整形外科、形成外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、麻酔科、歯科口腔外科。 |
|                |   | 協力内容  | 上記診療科目において当施設のご入居者への医療行為・健康維持に協力する。（医療費その他の費用はご入居者の自己負担となります。以下同。）  |
|                | 2 | 名称  | みかえ内科医院   |
|                |   | 住所  | 浜松市北区三ヶ日町都筑 2488-1 (ホームから 700m)   |
|                |   | 診療科目  | 内科、呼吸器科、アレルギー科、リハビリテーション科、等。  |
|                |   | 協力内容  | 同上  |
|                | 3 | 名称  | クロヤナギ医院   |
|                |   | 住所  | 浜松市北区三ヶ日町宇志 34-1 (ホームから 2.7 km)   |
|                |   | 診療科目  | 内科、婦人科、整形外科、リハビリテーション科、リウマチ科、等  |
|                |   | 協力内容  | 同上  |
|                | 4 | 名称  | 三ヶ日中央外科   |
|                |   | 住所  | 浜松市北区三ヶ日町岡本 823-1 (ホームから 4.2 km)  |
|                |   | 診療科目  | 内科、呼吸器科、消化器科、胃腸科、外科、整形外科、リハビリテーション科、等   |
|                |   | 協力内容  | 同上  |
|                | 5 | 名称  | 縣医院   |
|                |   | 住所  | 浜松市北区三ヶ日町三ヶ日 653-2 (ホームから 3.4 km)   |
|                |   | 診療科目  | 内科  |
|                |   | 協力内容  | 同上  |

|          |      |                                  |  |
|----------|------|----------------------------------|--|
|          | 6    | 名称                               | 坂の上ファミリークリニック                          |
|          |      | 住所                               | 浜松市中区小豆餅 4 丁目 4 番 20 号 (ホームから 19.6 km) |
|          |      | 診療科目                             | 内科、外科、循環器科、等。                          |
|          |      | 協力内容                             | 同上                                     |
|          | 7    | 名称                               | かたの医院                                  |
|          |      | 住所                               | 浜松市北区細江町気賀 480 (ホームから 8km)             |
|          |      | 診療科目                             | 内科、消化器内科、等。                            |
|          |      | 協力内容                             | 同上                                     |
| 協力歯科医療機関 | 名称   | 三ヶ日歯科クリニック                       |  |
|          | 住所   | 浜松市北区三ヶ日町岡本 821-1 (ホームから 4.2 km) |  |
|          | 協力内容 | 同上                               |  |

(入居後に居室を住み替える場合)

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ( ) |   |
| 判断基準の内容                  | BタイプもしくはCタイプご入居の同居者が亡くなった場合や長期施設入所の場合にのみ、ご入居者の希望でAタイプに居室を変更することができます。        |   |
| 手続きの内容                   | 住替えに際しては事業者とご入居者双方とも納得した形で行うようにします。  |   |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                |   |
| 居室利用権の取扱い                | 住み替え後の居室に移行  |   |
| 前払金償却の調整の有無              | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                                |   |
| 従前の居室との<br>仕様の変更         | 面積の増減  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                               |
|                          | 便所の変更  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                               |
|                          | 浴室の変更  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                               |
|                          | 洗面所の変更   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                               |
|                          | 台所の変更  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                               |
|                          | その他の変更   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (変更内容)<br>集合物置の利用が可能となります。<br>2 なし |

(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   | 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>○ご入居者の条件</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として満 60 歳以上の方。(夫婦部屋入居希望で、お二人で自立生活が可能の場合、一方が要支援・要介護状態でもご入居を認める場合がございます)</li> <li>・夫婦部屋ご入居の場合、原則としてご夫婦でのご入居とさせていただきます。ご夫婦でご入居の場合は、どちらかが満 60 歳以上でもう一方が満 50 歳以上の方。ご夫婦以外の場合は、三親等以内の血族または一親等以内の姻族で、二人共満 60 歳以上。</li> <li>・健康保険に加入の方(扶養家族でも可)。</li> <li>・ウェルネス浜名湖の理念を、ご理解ご同意いただける方で、(株)ウェルネスパートナーが認めた方。</li> </ul> <p>○連帯保証人・身元引受人の条件、義務等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・連帯保証人及び身元引受人をお一人定めていただきます。(身元引受人がいない場合は任意後見制度等の利用による入居についてご相談下さい。)</li> </ul> <p>連帯保証人はご入居の費用のお支払い等について、ご入居者と連帯して責任を負うものとします。身元引受人は入居契約が解約された時には、ご入居者を引き取ることとなります。</p> |  |      |
| 契約の解除の内容           | <p>①ご入居者が逝去された場合(2名の場合は両者とも逝去された場合)</p> <p>②ご入居者から契約解除が行われた場合</p>   |  |      |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居に際し虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき</li> <li>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月以上遅滞したとき</li> <li>・契約書第3条第4項の規定に違反したとき</li> <li>・契約書第20条第1項又は同第2項の規定に違反したとき</li> <li>・入居者の行動が、他の入居者又は設置者の役職員の生命・身体・健康・財産(設置者の財産を含む)に危害を及ぼし、ないしは、その危害の切迫したおそれがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の</li> </ul> |      |

|              |   |                              |
|--------------|---|------------------------------|
|              |   | 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とき |
|              | 解約予告期間  | 3ヶ月                          |
| 入居者からの解約予告期間 |   | 1ヶ月                          |
| 体験入居の内容      | <b>1</b> あり（内容： 日程：原則、平日の宿泊 期間は1泊2日<br>費用：宿泊・1泊1名 5,000円<br>食事3食付き（朝・昼・夕）<br>（税込価格）<br><b>2</b> なし                        |                              |
| 入居定員         |   | 72人                          |
| その他          | <b>【短期解約特例】</b><br>入居一時金の償却起算日後三月以内に解除される場合（死亡による契約終了の場合を含む）は、契約書第32条に基づき、入居一時金及び月額利用料等、受領済み総額の契約期間に係る日割り分を除き、全額を返還いたします。 |                              |

## 5. 職員体制

### （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  |     |                |
| 生活相談員  |          |    |     |                |
| 直接処遇職員   | 16       |    |     |                |
| 介護職員   | 12       | 4  | 8   |                |
| 看護職員   | 4        | 2  | 2   |                |
| 機能訓練指導員  |          |    |     |                |
| 計画作成担当者  |          |    |     |                |
| 栄養士  | 1        | 1  |     |                |
| 調理員  | 11       | 3  | 8   |                |
| 事務員  | 6        | 6  |     |                |
| その他職員  | 3        |    | 3   |                |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2   |          |    |     |                |
| ※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     | 3人 | 2人 | 1人  |
| 実務者研修の修了者 |    |    |     |
| 初任者研修の修了者 | 8人 | 2人 | 6人  |
| 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 ( 時～ 時) |      |                 |
|------------------|------|-----------------|
|                  | 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   | 0人              |

(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    | 精神保健福祉士 |       |         |    |         |    |     |
|             |          | 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              |                        |   |   |   |   |  |                                       |    |                            |    |  |  |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満                   |   |   |   |   |  |                                       |    |                            |    |  |  |
|                          | 1年以上<br>3年未満           |   |   |   | 2 |  |                                       |    |                            |    |  |  |
|                          | 3年以上<br>5年未満           |   |   |   | 2 |  |                                       |    |                            |    |  |  |
|                          | 5年以上<br>10年未満          | 1 |   | 4 | 2 |  |                                       |    |                            |    |  |  |
|                          | 10年以上                  | 1 | 2 |   | 2 |  |                                       |    |                            |    |  |  |
|                          | 従業者の健康診断の実施状況          |   |   |   |   |  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |  |  |
|                          | 従業者の研修、資質向上のための取組の実施状況 |   |   |   |   |  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <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<br>【表示事項】              | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式<br><input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式                 |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input type="checkbox"/> 3 月払い方式                        |  |
|                                | <input checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input 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<br>利用料金（月払い）の取扱い | <input type="checkbox"/> 1 減額なし<br><input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が1ヶ月以上の場合に限り、日割り計算で減額 |  |
| 利用料金の改定                        | 条件  | ホーム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職員の人件費等を勘案する。  |
|                                | 手続き   | 運営懇談会の意見を聞く。   |

(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                          | 自立                  | 自立                  |          |
|   | 年齢                            | 60歳以上               | 60歳以上               |          |
| 居室の状況   | 床面積                           | 36.0 m <sup>2</sup> | 18.0 m <sup>2</sup> |          |
|   | 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                           | 20,800,000 円        | 10,800,000 円        |          |
|   | 敷金                            | 円                   | 円                   |          |
| 月額費用の合計   |                               | 155,210 円           | 134,310 円           |          |
| 家賃  |                               | 円                   | 円                   |          |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 円                   | 円                   |          |
|   | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費                  | ご注文制                | ご注文制     |
|   |                               | 施設管理費               | 120,010 円           | 99,110 円 |
|   |                               | 健康管理費               | 35,200 円            | 35,200 円 |
|   |                               | 光熱水費                | 施設管理費に含む            | 施設管理費に含む |
| その他   | 円                             | 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                   | —   |
| 敷金                   | —   |
| 介護費用                 | — ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。   |
| 施設管理費                | 事務費、建物・設備・車両・備品全体の維持管理費、厨房設備費、一般居室・共用部分の水道光熱費、入居者の日常生活の支援サービスを行うスタッフの人件費。                         |
| 食費                   | 朝食 583 円/1 食 昼食 691 円/1 食 夕食 792 円/1 食  |
| 光熱水費                 | 施設管理費に含まれる。   |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2  |
| 健康管理費                | 認知症予防のためのいきいき生活支援システムに携わるインストラクター・スタッフの人件費、プログラムを実施するためのコンピューター運用費、機材・備品等の使用に要する費用、健康相談、健康管理にかかる費 |

|  |    |
|--|----|
|  | 用。 |
|--|----|

**(前払金の受領)**

|                                     |                          |  |
|-------------------------------------|--------------------------|--|
| 算定根拠                                |                          | 別紙参照   |
| 想定居住期間（償却年月数）                       |                          | 通常プラン：15年（180ヶ月）<br>85歳プラン：8年（96ヶ月）<br>90歳プラン：5年（60ヶ月）   |
| 償却の開始日                              |                          | 入居日の翌日   |
| 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） |                          | 部屋タイプにより異なる。   |
| 初期償却率                               |                          | 通常プラン：15%<br>85歳プラン：20%<br>90歳プラン：30%  |
| 返還金の算定方法                            | 入居後3月以内の契約終了             | ・入居一時金－（入居一時金－初期償却額）<br>÷想定居住期間÷30×（入居日から契約終了日までの日数）<br>・初期償却費用については無利息で全額返還する。＊月額利用料について日割計算で受領します。 |
|                                     | 入居後3月を超えた契約終了            | （入居一時金－初期償却額）÷（償却期間の日数）×（契約終了日から償却期間満了日までの日数）  |
| 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（入居者生活保証制度） |  |
|                                     | 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          | 17人 |
|     | 女性          | 47人 |
| 年齢別 | 65歳未満       | 0人  |
|     | 65歳以上 75歳未満 | 4人  |
|     | 75歳以上 85歳未満 | 15人 |
|     | 85歳以上       | 45人 |

|       |            |     |
|-------|------------|-----|
| 要介護度別 | 自立         | 33人 |
|       | 要支援1       | 6人  |
|       | 要支援2       | 3人  |
|       | 要介護1       | 11人 |
|       | 要介護2       | 6人  |
|       | 要介護3       | 2人  |
|       | 要介護4       | 2人  |
|       | 要介護5       | 1人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 3人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 4人  |
|       | 1年以上5年未満   | 18人 |
|       | 5年以上10年未満  | 27人 |
|       | 10年以上15年未満 | 12人 |
|       | 15年以上      | 0人  |

#### (入居者の属性)

|   |       |
|---|-------|
| 平均年齢  | 85.9歳 |
| 入居者数の合計   | 64人   |
| 入居率※  | 88.9% |
| ※ 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   | 1人                                 |
|         | 医療機関     | 0人                                 |
|         | 死亡者      | 2人                                 |
|         | その他      | 0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 | 2人                                 |
|         |          | (解約事由の例)<br>・ 自宅での生活に戻るため ・ 他施設に転居 |

## 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)

|          |       |   |
|----------|-------|---|
| 窓口の名称    |       | ①ウェルネス浜名湖 苦情処理窓口<br>②浜松市北区 北区役所 長寿保険課<br>③浜松市 健康福祉部 高齢者福祉課<br>④公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 |
| 電話番号     |       | ①053-526-1165 ②053-523-1144 ③053-457-2789<br>④03-3272-3781                        |
| 対応している時間 | 平日    | ①9:00～17:00 ②8:30～17:15 ③8:30～17:15<br>④10:00～17:00                               |
|          | 土曜    | ①9:00～17:00   |
|          | 日曜・祝日 | ①9:00～17:00   |
| 定休日      |       | ①なし ②③④土・日・祝日・年末年始等   |

### (サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

|                               |      |  |
|-------------------------------|------|--|
| 損害賠償責任保険の加入状況                 | 1 あり | (その内容) あいおい損害保険株式会社：介護保険・社会福祉事業者総合保険サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。 |
|                               | 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) 同上  |
|                               | 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する取組の状況 | 1 あり | 実施日    | ①平成 23 年 12 月 1 日<br>②平成 24 年 7 月 1 日<br>③平成 27 年 6 月 20 |
|                                  |      | 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    | 平成 23 年 12 月 8 日   |
|                                  |      | 評価機関名称 | 特定非営利活動法人 福祉経営ネットワーク                                     |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし  |
|                                  | 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<br>2 入居希望者に交付<br>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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |

### 10. その他

|  |  |               |
|--|--|---------------|
| 運営懇談会  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり   | (開催頻度) 年 12 回 |
|  | 2 なし   |               |
|  | 1 代替措置あり   | (内容)          |
|  | 2 代替措置なし   |               |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名: )<br><input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし<br>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="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」                      | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |               |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| に合致しない事項                       |  |
| 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<br>の場合等の特例」への適合性 | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針の不適合事項      | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし    |
| 不適合事項がある場合の内容                  |  |

添付書類：別添1（別の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 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               |
|---------------------------|----|----|------------------------|-------------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>     |    |    |                        |                   |
| 訪問介護                      | あり | なし | 訪問介護事業所 ウェルネス浜名湖       | 浜松市北区三ヶ日町 都筑541-1 |
| 訪問入浴介護                    | あり | なし |                        |                   |
| 訪問看護                      | あり | なし | ウェルネス浜名湖訪問看護ステーション つづき | 浜松市北区三ヶ日町 都筑541-1 |
| 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 |                        |                   |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>  |    |    |                        |                   |
| 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 |                        |                   |
| 地域密着型通所介護                 | あり | なし | 通所介護事業所 ウェルネス浜名湖       | 浜松市北区三ヶ日町 都筑541-1 |
| 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 | 居宅介護支援事業所 ウェルネス浜名湖     | 浜松市北区三ヶ日町 都筑541-1 |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b> |    |    |                        |                   |
| 介護予防訪問介護                  | あり | なし | 訪問介護事業所 ウェルネス浜名湖       | 浜松市北区三ヶ日町 都筑541-1 |
| 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 | ウェルネス浜名湖訪問看護ステーション つづき | 浜松市北区三ヶ日町 都筑541-1 |
| 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 | 通所介護事業所 ウェルネス浜名湖       | 浜松市北区三ヶ日町 都筑541-1 |
| 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 |  |  |

別添 2

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

| 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           |                  |
|----------------------------------|---|----|--------------------------------|----|------|------|--------------|------------------|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費<br>で、実施するサービス（利用<br>者一部負担*1) |    | 個別の利用料で、実施するサービス<br>（利用者が全額負担） |    | 包含*2 | 都度*2 | 料金*3         | 備 考              |
|                                  |   |    |                                |    |      |      |              |                  |
| 介護サービス                           |   |    |                                |    |      |      |              |                  |
| 食事介助                             | なし  | あり | なし                             | あり |      | ○    | 2,200 円/30 分 |                  |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし  | あり | なし                             | あり |      | ○    | 2,200 円/30 分 |                  |
| おむつ代                             |   |    | なし                             | あり |      | ○    | 実費           | 自己負担。            |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし  | あり | なし                             | あり |      | ○    | 2,200 円/30 分 |                  |
| 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 |      | ○    | 2,200 円/30 分 |                  |
| 機能訓練                             | なし  | あり | なし                             | あり | ○    |      |              | インストラクターによる体操あり  |
| 通院介助                             | なし  | あり | なし                             | あり |      | ○    | 1,540 円/30 分 |                  |
| 生活サービス                           |   |    |                                |    |      |      |              |                  |
| 居室清掃                             | なし  | あり | なし                             | あり |      | ○    | 1,540 円/30 分 |                  |
| リネン交換                            | なし  | あり | なし                             | あり |      | ○    | 1,540 円/30 分 |                  |
| 日常の洗濯                            | なし  | あり | なし                             | あり |      | ○    | 1,540 円/30 分 |                  |
| 居室配膳・下膳                          | なし  | あり | なし                             | あり |      | ○    | 220 円/1 回    |                  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |   |    | なし                             | あり |      |      |              | 治療食・アレルギー対応食はあり。 |
| 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 |      |      |              |                  |
| 買い物代行                            | なし  | あり | なし                             | あり |      | ○    | 1,540 円/30 分 | 通常の利用区域に限る。      |
| 役所手続き代行                          | なし  | あり | なし                             | あり |      | ○    | 1,540 円/30 分 |                  |
| 金銭・貯金管理                          |   |    | なし                             | あり |      | ○    | 3,300 円/月    | 原則、本人管理とする。      |
| 健康管理サービス                         |   |    |                                |    |      |      |              |                  |
| 定期健康診断                           |   |    | なし                             | あり |      | ○    | 実費           | 年 1 回。費用は自己負担。   |
| 健康相談                             | なし  | あり | なし                             | あり | ○    |      |              | 随時受付。            |
| 生活指導・栄養指導                        | なし  | あり | なし                             | あり | ○    |      |              | 随時受付。            |
| 服薬支援                             | なし  | あり | なし                             | あり | ○    |      |              | 必要に応じ実施。         |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし  | あり | なし                             | あり | ○    |      |              | 必要に応じ実施。         |
| 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適宜実施。  |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし  | あり | なし                             | あり |      | ○    | 1,540 円/30 分 |                  |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし  | あり | なし                             | あり | ○    |      |              | 市内の医療機関の場合適宜実施。  |

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※ 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。