

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和6年8月10日 |
| 記入者名 | 吉井 英昭 |
| 所属・職名 | 代表取締役 |

※ 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/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃすの一ふおれすと 株式会社スノーフォレスト | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒780-0942 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 088-825-0860 |
| | FAX番号 | 088-825-0860 |
| | ホームページアドレス | http://www.151.ecweb.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 吉井 英昭 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成・令和 26年1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

(住まいの概要)

| | | |
|----------|---|---|
| 名称 | (ふりがな) かいごつきほーむいこいのもりぶらす 介護付きホームいこいの森プラス | |
| 所在地 | 〒780-0935 高知県高知市旭町3丁目3番地 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ■とさでん交通（電車） 「旭駅前停留所」から徒歩西へ1分 ■とさでん交通（バス） 「旭駅前通り（東行）」から徒歩3分 「旭駅前（西行）」から徒歩5分 ■JR四国 |

| | | |
|---------------|------------|--------------------------|
| | | 「旭駅」から徒歩6分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 088-856-7012 |
| | FAX 番号 | 088-824-3322 |
| | ホームページアドレス | http://www.151.ecweb.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 手島 久美 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成・令和 28年10月21日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成・令和 28年11月21日 |

【類型】 【表示事項】

| | | |
|---|------------|--------------|
| <input checked="" 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 | 3970107680 |
| | 指定した自治体名 | 高知市 |
| | 事業所の指定日 | 平成・令和 5年1月1日 |
| | 指定の更新日（直近） | 平成・令和 5年1月1日 |

3. 建物概要

| | | | |
|---------|---|--|---|
| 土地 | 敷地面積 | 1,614.05 m ² | |
| | 所有関係 | 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 | |
| | | 抵当権の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 995.10 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 995.10 m ² |
| | 耐火構造 | <input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 () | |
| | 構造 | <input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 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 (普通賃貸・定期賃貸) | | | | |
| | | 抵当権の設定 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2016年10月21日～2046年10月20日) 2 なし | | | |
| | | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | |
| 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 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.45 m ² | 24 戸 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ3 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ4 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ5 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ6 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ7 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ8 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| タイプ9 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| タイプ10 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 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」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |
| 共有施設 | 共有便所における便房 | 2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 | 2ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 3ヶ所 | 個室 | 3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 () | | | 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） 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 2 なし | | |
| | 防火管理者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| | 防災計画 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 便所 | 浴室 | その他（ ） |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 1 あり |
| | 2 一部あり | 2 一部あり | 2 一部あり | 2 一部なし |
| | 3 なし | 3 なし | 3 なし | 3 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 | 特定施設入居者生活介護として24時間365日を通じて介護職員等による見守りのある生活にプラスして、地域の医療機関等と連携し入居者様の健康管理をサポートするとともに、近隣の公共施設の利用や住宅での生活を通じて生きがいを見出すことができるよう支援する。 | | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 月曜日から土曜日を通じて、居間兼機能訓練室にて機能訓練やレクリエーションを「住宅内デイサービス」として実施し、日々の健康状態の把握と同時にフレイル予防を図る。 | | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 食事の提供 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 | 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 個別機能訓練加算 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

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

(医療連携の内容)

| | | | |
|--------|---|------|---|
| 医療支援 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人高潮会 潮江高橋病院 |
| | | 住所 | 高知市土居町 9-18 |
| | | 診療科目 | 内科・外科・眼科・リハビリテーション科 放射線科・消化器内科・呼吸器内科・循環器内科 |
| | | 協力科目 | 同上 |
| | | 協力内容 | 在宅支援、日常の健康管理および緊急時の支援等 |
| | 2 | 名称 | 特定医療法人仁泉会 朝倉病院 |

| | | |
|----------|------|--|
| | 住所 | 高知市朝倉丙 1653-12 |
| | 診療科目 | 内科・神経科・神経内科・消化器科・循環器科 放射線科・リハビリテーション科 |
| | 協力科目 | 同上 |
| | 協力内容 | 在宅支援、日常の健康管理および緊急時の支援等 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人 Y・H・C 横田歯科クリニック |
| | 住所 | 高知市旭駅前町 42 |
| | 協力内容 | 入居者の歯科治療及び口腔ケアの協力 |

(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 | 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 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 留意事項 | 共同生活を送ることが可能な方に限ります。 | |
| 契約の解除の内容 | 契約書第 13 条に明記 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 契約書第 13 条 |
| | 解約予告期間 | 契約書第 13 条に明記 |

| | |
|--------------|-------------------------------------|
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 1 あり（内容：住宅での1カ月間の生活※利用料金通常） 2 なし |
| 入居定員 | 24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 | |
| | 21 | | | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | 0 | 1.1 |
| 直接処遇職員 | 14 | 5 | 9 | 8.1 |
| 介護職員 | 11 | 6 | 5 | 6.8 |
| 看護職員 | 2 | 1 | 1 | 1.4 |
| 機能訓練指導員 | 2 | 1 | 1 | 1.4 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 調理員 | 4 | 0 | 4 | 2.5 |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他職員 | 1 | 0 | 1 | 0.5 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40 |
| ※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 | | |
|-------|----|----|-----|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 |
| | 10 | | |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 11 | 8 | 3 |

| | | | |
|-----------|---|---|---|
| 実務者研修の修了者 | 2 | 0 | 2 |
| 初任者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 介護支援専門員 | 3 | 3 | 0 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | 2 | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | 2 | 1 | 1 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (19時～07時) | | |
|--------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0 | 0 |
| 介護職員 | 1 | 1 |

(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) | 2.9 : 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 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | | | | | | |
| | | | 資格等の名称 | | | | 実務者研修 | | | |
| | | | 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 | 1 | | 4 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | | 1 | 1 | | | | | | |
| 応じた業務に従事した職員の人数 経験年数に | 1年未満 | | 1 | 5 | | | | 1 | | |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | | 2 | | 1 | | 1 | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | 1 | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | 2 | | | | | | |
| | 10年以上 | | | 1 | | 1 | | | | 1 |
| | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 土地建物の租税の増減、維持管理費の増減、経済状況の変動等 |
| | 手続き | 事業者と入居契約者双方による協議 |

(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2 (1割負担) | 要介護2 (1割負担) | |
| | 年齢 | 65歳 | 70歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.45㎡ | 18.45㎡ | |
| | 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 (消費税込) | | 120,273円 | 130,074円 | |
| 家賃 | | 32,000円 | 32,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用 | 11,473円 | 21,274円 | |
| | 介護保険外※ ² | 食費 | 40,500円 | 40,500円 |
| | | 管理費 | 0円 | 0円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 16,500円 | 16,500円 |
| | | その他 | 19,800円 | 19,800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 | 近傍同種の建物の賃料を参考に設定 |
| 敷金 | 無 |
| 介護費用 | ※特定施設入居者生活介護費は次表に記載 |
| 管理費 | 無 |
| 食費 | 1日1,250円 (朝食138円 昼食556円 夕食556円) × 30日 = 37,500円 (税別) |
| 光熱水費 | 既往実績より |
| 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 | 共益費で共有部分保守管理、ごみ収集費、修繕費、ELV点検、保険料等 |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

| 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 | 介護保険公示上の額で本人の負担割合による |
| 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。

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 | 3人 |
| | 女性 | 21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 | 1人 |
| | 85歳以上 | 23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 | 14人 |
| | 要介護2 | 6人 |
| | 要介護3 | 1人 |
| | 要介護4 | 0人 |
| | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 7人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 3人 |
| | 1年以上5年未満 | 14人 |
| | 5年以上10年未満 | 0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 | 86.1歳 |
| 入居者数の合計 | 24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)

| | | |
|---------|---------|----|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 3人 |
| | 医療機関 | 3人 |
| | 死亡者 | 4人 |
| | その他 | 0人 |
| 生前解約の | 施設側の申し出 | 0人 |

| | | |
|----|----------|-------------------------|
| 状況 | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 10人 |
| | | (解約事由の例) 入院加療等が必要であるため等 |

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 | | 介護付きホームいこいの森プラスお客様苦情相談窓口 |
| 電話番号 | | 088-856-7012 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | 未対応 |
| | 日曜・祝日 | 未対応 |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝日・12月29日～1月3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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 一般社団法人 全国介護付きホーム協会 |
| | <input type="checkbox"/> 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) 保険約款による |
| | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 | 随時 |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | <input type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <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 checked="" type="checkbox"/> 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 <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 |
| | 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 【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 | 1 あり 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 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 | 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) <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 | |
| 不適合事項がある場合の内容 | |

添付書類：別添 1 (別を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

介護付きホームいこいの森プラス
説明者

私は、本書面（添付書類の全ての内容を含む）により事業者から「介護付きホームいこいの森プラス」の入居及びサービスの提供に係る重要事項の説明を受けましたが、その内容に異議はなく、入居およびサービスの提供開始に同意いたします。

(入居者) 住所

氏名

(入居者代理人) 住所

氏名

(身元引受人) 住所

氏名

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 | | 併設・隣接の状況 | | 事業所の名称 | 所在地 |
|--------------------------------|----|----------|-------|------------------------------------|------------------------------------|
| <居宅サービス> | | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | デイサービスいこいの森 | 高知市旭町2丁目38-5 |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <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 | 併設・隣接 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | 1. グループホームいこいの森 2. グループホームいこいの森福井町 | 1. 高知市旭町2丁目38-5 2. 高知市福井町1432-1 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <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 | 併設・隣接 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護医療院 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | デイサービスいこいの森 | 高知市旭町2丁目38-5 |
| その他の生活支援サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |

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) | | 包括※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 | | | | |
| 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(協力医療機関付添) | なし | あり | なし | あり | | | | 協力医療期間のみ対応、他受診はご家族等 |
| 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 | | ○ | 99 | 外注でリネンレンタルの場合。1日あたり |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 550 | 外注で1袋単位。週2回利用可 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | | 感染対策時等実施する場合あり |
| 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 | | ○ | 1,500 | 住宅への訪問 |
| 買い物代行(訪問販売利用) | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | 原則実施しないが少額の場合は要相談 |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | 協力医療機関による |
| 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 | | | | 緊急時は実施 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | 原則、付き添うことが出来ない |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | 緊急時は実施 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | 緊急時は実施 |

※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割又は3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、月額の利用料に包括される場合と、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。



SNOW FOREST

株式会社スノーフォレスト

〒780-0942 高知市南元町9番地

URL: <http://www.151.ecweb.jp/>

E-Mail: snowforest151@gmail.com

貸主割印

