

(別表 7)

重 要 事 項 説 明 書

|      |       |       |              |
|------|-------|-------|--------------|
|      |       | 記入年月日 | R6 年 8 月 1 日 |
| 記入者名 | 安浪 俊郎 | 所属・職名 | 西日本テクノ 総務職   |

1. 事業主体概要

|                                 |                           |                             |    |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------|----|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 |                           |                             |    |
| 事業主体の名称                         | 法人等の種類                    | なし                          | あり |
|                                 | 名称                        | かぶしきがいしゃにしにほんてくの株式会社 西日本テクノ |    |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒660-0892                 |                             |    |
|                                 | 兵庫県尼崎市東難波町 5 丁目 28 番 30 号 |                             |    |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号                      | 06-6483-4722                |    |
|                                 | FAX 番号                    | 06-6483-4723                |    |
|                                 | ホームページアドレス                | なし                          |    |
|                                 |                           | あり : http://                |    |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名                 | 氏名                        | 井 上 啓 子                     |    |
|                                 | 職名                        | 代表取締役                       |    |
| 事業主体の設立年月日                      | 平成 13 年 3 月 15 日          |                             |    |

| 事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス |    |    |               |                      |
|------------------------|----|----|---------------|----------------------|
| 介護サービスの種類              |    |    | 事業所の名称        | 所在地                  |
| ＜居宅サービス＞               |    |    |               |                      |
| 訪問介護                   | あり | なし | 介護センター<br>さくら | 尼崎市東難波町<br>5丁目28番30号 |
| 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＞            |    |    |               |                      |
| 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 |               |                      |
| 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 |               |                      |
| 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 |               |                      |
| 介護予防・日常生活支援総合事業        |    |    |               |                      |
| ＜指定第一号訪問事業＞            |    |    |               |                      |
| 標準型訪問サービス              | あり | なし | 介護センター<br>さくら | 尼崎市東難波町<br>5丁目28番30号 |
| 専門型訪問サービス              | あり | なし | 介護センター<br>さくら | 尼崎市東難波町<br>5丁目28番30号 |

## 2. 施設概要

|                        |                                                                                                                                                                                                      |                 |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 |                                                                                                                                                                                                      |                 |
| 施設の名称                  | (ふりがな) しるばーはうすにしがす<br>シルバーハウス西長洲                                                                                                                                                                     |                 |
| 施設の所在地                 | 〒660-0805                                                                                                                                                                                            | 尼崎市西長洲町1丁目1番36号 |
| 施設の連絡先                 | 電話番号                                                                                                                                                                                                 | 06-4868-3823    |
|                        | FAX 番号                                                                                                                                                                                               | 06-4868-5478    |
|                        | ホームページ                                                                                                                                                                                               | なし              |
|                        | メールアドレス                                                                                                                                                                                              | あり : http://    |
| 施設の開設年月日               |                                                                                                                                                                                                      | 平成15年3月19日      |
| 施設の管理者の氏名<br>及び職名      | 氏名                                                                                                                                                                                                   | 井上 啓子           |
|                        | 職名                                                                                                                                                                                                   | 代表取締役           |
| 施設までの主な利用交通手段          |                                                                                                                                                                                                      |                 |
| JR神戸線 尼崎駅下車 徒歩15分      |                                                                                                                                                                                                      |                 |
| 施設の類型及び表示事項            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 類型：住宅型有料老人ホーム</li> <li>・ 居住の権利形態：利用権方式</li> <li>・ 利用料の支払い方式：月払い方式</li> <li>・ 入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護</li> <li>・ 介護保険：在宅サービス利用可</li> <li>・ 居室区分：全室個室</li> </ul> |                 |

### 3. 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態                                                                              |                      |     |     |     |    |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----|-----|-----|----|--------|
| 有料老人ホームの人数及びその勤務形態                                                                              |                      |     |     |     |    |        |
| 実人数                                                                                             | 常勤                   |     | 非常勤 |     | 合計 | 常勤換算人数 |
|                                                                                                 | 専従                   | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |        |
| 施設長                                                                                             |                      | 1   |     |     | 1  | 0.4    |
| 生活相談員                                                                                           |                      |     |     |     |    |        |
| 看護職員                                                                                            |                      |     |     |     |    |        |
| 介護職員                                                                                            |                      |     |     |     |    |        |
| 機能訓練指導員                                                                                         |                      |     |     |     |    |        |
| 計画作成担当者                                                                                         |                      |     |     |     |    |        |
| 栄養士                                                                                             |                      | 1   |     |     | 1  | 0.1    |
| 調理員                                                                                             |                      | 1   |     |     | 1  | 0.5    |
| 事務員                                                                                             |                      |     |     |     |    |        |
| その他従業者                                                                                          |                      |     |     |     |    |        |
| 1 週間のうち、施設長が勤務すべき時間数                                                                            |                      |     |     |     |    | 16     |
| 1 週間のうち、調理員が勤務すべき時間数                                                                            |                      |     |     |     |    | 20     |
| ※ 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。 |                      |     |     |     |    |        |
| 従業者である介護職員が有している資格                                                                              |                      |     |     |     |    |        |
| 延べ人数                                                                                            | 常勤                   |     | 非常勤 |     | 合計 | 常勤換算人数 |
|                                                                                                 | 専従                   | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |        |
| 社会福祉士                                                                                           |                      |     |     |     |    |        |
| 介護福祉士                                                                                           |                      |     |     |     |    |        |
| 介護職員基礎研修                                                                                        |                      |     |     |     |    |        |
| 実務者研修                                                                                           |                      |     |     |     |    |        |
| 訪問介護員 1 級                                                                                       |                      |     |     |     |    |        |
| 2 級                                                                                             |                      |     |     |     |    |        |
| 介護支援専門員                                                                                         |                      |     |     |     |    |        |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格                                                                           |                      |     |     |     |    |        |
| 延べ人数                                                                                            | 常勤                   |     | 非常勤 |     | 合計 | 常勤換算人数 |
|                                                                                                 | 専従                   | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |        |
| 理学療法士                                                                                           |                      |     |     |     |    |        |
| 作業療法士                                                                                           |                      |     |     |     |    |        |
| 言語聴覚士                                                                                           |                      |     |     |     |    |        |
| 看護師及び准看護師                                                                                       |                      |     |     |     |    |        |
| 柔道整復士                                                                                           |                      |     |     |     |    |        |
| あん摩マッサージ指圧師                                                                                     |                      |     |     |     |    |        |
| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数                                                                              | 最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数） |     |     |     |    |        |
|                                                                                                 | 平均時の人数               |     |     |     |    |        |

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

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

#### 4. サービスの内容

|                                                                              |               |    |              |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|----|--------------|
| 施設の運営に関する方針                                                                  |               |    |              |
| 当施設は、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようになることをめざします。 |               |    |              |
| 介護サービスの内容、利用定員等                                                              |               |    |              |
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無                                                        |               | なし | あり           |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無                                                         |               | なし | あり           |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無                                                         |               | なし | あり           |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況                                                     |               | 別紙 |              |
| 協力医療機関の名称                                                                    | 医療法人兼誠会つかぐち病院 |    |              |
|                                                                              | 医療法人社団智聖会安藤病院 |    |              |
|                                                                              | 明倫ファミリークリニック  |    |              |
| （協力の内容）<br>入居者の健康福祉の維持及び増進を図るため必要な治療を行うこととする。                                |               |    |              |
| 協力歯科医療機関                                                                     | なし            | あり | その名称 アオキ歯科医院 |
| （協力の内容）<br>入居者の健康福祉の維持及び増進を図るため必要な治療を行うこととする。                                |               |    |              |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項                                                        |               |    |              |
| 要介護時に介護を行う場所                                                                 |               |    |              |
| 居室                                                                           |               |    |              |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| その他              | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり |
| 判断基準・手続について      | (その内容)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |
| 追加的費用の有無         | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり |
| 居室利用権の取扱い        | (その内容)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |
| 入居一時金償却の調整の有無    | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり |
| 従前居室との仕様の変更      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |
| 便所の変更の有無         | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり |
| 浴室の変更の有無         | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり |
| 洗面所の変更の有無        | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり |
| 台所の有無            | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり |
| その他の変更の有無        | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり |
| (その内容)           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |
| 施設の入居に関する要件      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |
| 自立している者を対象       | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり |
| 要支援の者を対象         | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり |
| 要介護の者を対象         | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | あり |
| 留意事項             | 管理者が本人及び身元引受人と面談の上、当施設への入居が適正と判断された方                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |
| 契約の解除の内容         | <p>&lt;利用者からの申し出による契約の解除&gt;</p> <p>① 1 ヶ月以上前から退所したい旨を管理者に申し出ることによって契約は終了する(退所希望日に退所)</p> <p>② 1 ヶ月分の利用料を支払い、退所したい旨を管理者に申し出ることによって、即日契約は終了する</p> <p>&lt;ホームからの申し出による契約の解除&gt;</p> <p>① 利用者が正当な理由なく、利用料等を 2 ヶ月以上滞納したとき</p> <p>② 利用者が契約書条項に違反したとき</p> <p>③ 利用者が法令違反または施設サービスの提供を阻害する行為をなし、事業主の再三の申し入れにもかかわらず改善が認められない場合</p> <p>ホームからの申し入れ後、1 ヶ月経過後に契約は終了する</p> <p>&lt;契約の終了事由&gt;</p> <p>① 利用者が医療施設等へ入院し、3 ヶ月以上経過したとき</p> <p>② 利用者と事業主の間で利用契約が終了したとき</p> <p>③ ホームが天災・火災その他やむを得ない事情により施設サービスが提供できなくなったとき</p> <p>④ 甲が死亡したとき</p> |    |
| 体験入居の内容          | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |
| 入居定員             | 30 名(2 人部屋込みで 33 名)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |
| その他              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |

## 入居者の状況

令和6年8月1日現在

## 入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

|            | 要介護<br>1 | 要介護<br>2 | 要介護<br>3 | 要介護<br>4 | 要介護<br>5 | 合計 |
|------------|----------|----------|----------|----------|----------|----|
| 65歳未満      |          |          |          | 1        |          | 1  |
| 65歳以上75歳未満 | 1        |          | 2        |          |          | 3  |
| 75歳以上85歳未満 |          |          | 7        |          | 2        | 9  |
| 85歳以上      | 1        | 5        | 7        | 3        | 1        | 17 |
|            | 自立       | 要支援<br>1 | 要支援<br>2 | 経過的要介護   |          | 合計 |
| 65歳未満      |          |          |          |          |          |    |
| 65歳以上75歳未満 |          |          |          |          |          |    |
| 75歳以上85歳未満 |          |          | 1        |          |          | 1  |
| 85歳以上      |          |          |          |          |          |    |

入居者の平均年齢 83歳

入居者の男女別人数 男性 13 女性 18

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 100%

## 前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

|        | 要介護<br>1 | 要介護<br>2 | 要介護<br>3 | 要介護<br>4 | 要介護<br>5 | 合計 |
|--------|----------|----------|----------|----------|----------|----|
| 自宅等    |          |          |          |          |          | 0  |
| 社会福祉施設 |          |          |          |          |          | 0  |
| 医療機関   |          |          |          |          |          | 0  |
| 死亡者    |          | 1        |          | 2        | 3        | 6  |
| その他    |          |          |          |          |          | 0  |
|        | 自立       | 要支援<br>1 | 要支援<br>2 | 経過的要介護   |          | 合計 |
| 自宅等    |          |          |          |          |          | 0  |
| 社会福祉施設 |          |          |          |          |          | 0  |
| 医療機関   |          |          |          |          |          | 0  |
| 死亡者    |          |          |          |          |          | 0  |
| その他    |          |          |          |          |          | 0  |

## 入居者の入居期間

| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満 | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上 |
|------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| 入居者数 | 5     | 9             | 9            | 7             | 1              | 0     |

| 施設、設備等の状況       |                          |                |      |                       |         |                            |    |  |  |
|-----------------|--------------------------|----------------|------|-----------------------|---------|----------------------------|----|--|--|
| 建物の構造           | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物  |                |      |                       |         | なし                         | あり |  |  |
|                 | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 |                |      |                       |         | なし                         | あり |  |  |
| 居室の状況           | 区分                       |                |      | 室数                    | 人数      | 1の居室の床面積                   |    |  |  |
|                 | 一般居室個室                   | あり             | なし   | 30室                   |         | 12.33～17.82 m <sup>2</sup> |    |  |  |
|                 | 一般居室相部屋                  | あり             | なし   |                       |         | m <sup>2</sup>             |    |  |  |
|                 |                          |                |      |                       |         | m <sup>2</sup>             |    |  |  |
|                 |                          |                |      |                       |         | m <sup>2</sup>             |    |  |  |
|                 | 介護居室個室                   | あり             | なし   |                       |         | m <sup>2</sup>             |    |  |  |
|                 | 介護居室相部屋                  | あり             | なし   |                       |         | m <sup>2</sup>             |    |  |  |
|                 |                          |                |      |                       |         | m <sup>2</sup>             |    |  |  |
|                 |                          |                |      |                       |         | m <sup>2</sup>             |    |  |  |
|                 | 一時介護室                    | あり             | なし   |                       |         | m <sup>2</sup>             |    |  |  |
| 共用便所の設置数        | 8                        | うち男女別の対応が可能な数  |      |                       |         | 各階1                        |    |  |  |
|                 |                          | うち車椅子等の対応が可能な数 |      |                       |         | 8                          |    |  |  |
| 個室の便所の設置数       |                          | 個室における便所の設置割合  |      |                       |         |                            |    |  |  |
|                 |                          | うち車椅子等の対応が可能な数 |      |                       |         |                            |    |  |  |
| 浴室の設備状況         | 浴室の数                     | 個浴             | 大浴槽  |                       | 特殊浴槽    | リフト浴                       |    |  |  |
|                 |                          | 2              |      |                       |         |                            |    |  |  |
| その他、浴室の設備に関する事項 |                          |                |      |                       |         |                            |    |  |  |
| 食堂の設備状況         | 冷蔵庫、食洗機                  |                |      |                       |         |                            |    |  |  |
| 入居者等が調理を行う設備状況  |                          |                |      |                       | なし      | あり                         |    |  |  |
| その他、共用施設の設備状況   |                          |                |      |                       |         |                            |    |  |  |
| なし              |                          | あり             |      | (その内容)                |         |                            |    |  |  |
| バリアフリーの対応状況     |                          |                |      |                       |         |                            |    |  |  |
| (その内容)          |                          |                |      |                       |         |                            |    |  |  |
| 緊急通報装置の設置状況     | なし                       |                | 一部あり |                       | 各居室内にあり |                            |    |  |  |
| 外線電話回線の設置状況     | なし                       |                | 一部あり |                       | 各居室内にあり |                            |    |  |  |
| テレビ回線の設置状況      | なし                       |                | 一部あり |                       | 各居室内にあり |                            |    |  |  |
| 施設の敷地に関する事項     |                          |                |      |                       |         |                            |    |  |  |
| 敷地の面積           |                          |                |      | 495.88 m <sup>2</sup> |         |                            |    |  |  |
| 事業所を運営する法人が所有   |                          |                | なし   | 一部あり                  |         | あり                         |    |  |  |
| 抵当権の設定          |                          |                | なし   |                       | あり      |                            |    |  |  |
| 貸借（借地）          |                          |                |      |                       |         |                            |    |  |  |
| なし              |                          | あり             |      | 契約期間                  | 始       |                            | 終  |  |  |
| 契約の自動更新         |                          |                |      |                       |         | なし                         | あり |  |  |
| 施設の建物に関する事項     |                          |                |      |                       |         |                            |    |  |  |
| 建物の延床面積         |                          |                |      | 823.65 m <sup>2</sup> |         |                            |    |  |  |
| 事業所を運営する法人が所有   |                          |                | なし   | 一部あり                  |         | あり                         |    |  |  |
| 抵当権の設定          |                          |                | なし   |                       | あり      |                            |    |  |  |
| 貸借（借家）          |                          |                |      |                       |         |                            |    |  |  |
| なし              |                          | あり             |      | 契約期間                  | 始       |                            | 終  |  |  |
| 契約の自動更新         |                          |                |      |                       |         | なし                         | あり |  |  |

|                                         |  |                   |             |    |
|-----------------------------------------|--|-------------------|-------------|----|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況                     |  |                   |             |    |
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口           |  |                   |             |    |
| 窓口の名称                                   |  | シルバーハウス西長洲 苦情相談窓口 |             |    |
| 電話番号                                    |  | 06-4868-3823      |             |    |
| 対応している時間                                |  | 平日                | 10:00~16:00 |    |
|                                         |  | 土曜                |             |    |
|                                         |  | 日曜・祝日             |             |    |
| 定休日等                                    |  | 12月30日~1月3日, 祝日   |             |    |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等                 |  |                   |             |    |
| 窓口の名称                                   |  |                   |             |    |
| 電話番号                                    |  |                   |             |    |
| 対応している時間                                |  | 平日                |             |    |
|                                         |  | 土曜                |             |    |
|                                         |  | 日曜・祝日             |             |    |
| 定休日等                                    |  |                   |             |    |
| 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                           |  |                   |             |    |
| なし                                      |  | あり                | (その内容)      |    |
| その他、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に関すること |  |                   |             |    |
| なし                                      |  | あり                | (その内容)      |    |
| サービスの提供内容に関する特色等                        |  |                   |             |    |
| (その内容)                                  |  |                   |             |    |
| 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        |  |                   |             |    |
| なし                                      |  | あり                | 実施した年月日     |    |
|                                         |  |                   | 当該結果の開示状況   |    |
|                                         |  |                   | なし          | あり |
| 第三者による評価の実施状況                           |  |                   |             |    |
| なし                                      |  | あり                | 実施した年月日     |    |
|                                         |  |                   | 実施した評価機関の名称 |    |
|                                         |  |                   | 当該結果の開示状況   |    |
|                                         |  |                   | なし          | あり |

## 5. 利用料金

|                                                         |         |              |      |        |    |
|---------------------------------------------------------|---------|--------------|------|--------|----|
| 年齢により一時金の料金が異なる場合                                       |         | なし           |      | あり     |    |
| 一時金に関する費用                                               |         |              |      |        |    |
| ①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの）          |         | なし           |      | あり     |    |
| 名称                                                      |         |              |      |        |    |
|                                                         |         | 最低の額         | 最高の額 | 最多価格帯  |    |
|                                                         | 人の入居の場合 | 円            | 円    | 円      | 戸  |
|                                                         |         | 最低の額         | 最高の額 | 最多価格帯  |    |
|                                                         | 人の入居の場合 | 円            | 円    | 円      | 戸  |
|                                                         |         | 最低の額         | 最高の額 | 最多価格帯  |    |
|                                                         | 人の入居の場合 | 円            | 円    | 円      | 戸  |
| 一時金の償却に関する事項                                            |         |              |      |        |    |
| 償却開始                                                    |         | 入居をした月       |      | なし     | あり |
|                                                         |         | 上記以外         |      | (その内容) |    |
| 初期償却率（％）                                                |         |              |      |        |    |
| 償却年月数                                                   |         |              |      |        |    |
| 解約時返還金の算定方法                                             |         |              |      |        |    |
| 保全措置の実施状況                                               |         | なし           | あり   | (その内容) |    |
| ②利用者の選定による介護サービス利用料（人員配置が手厚い場合の介護サービス）                  |         | なし           |      | あり     |    |
| 「あり」の場合、その内容及び利用料）                                      |         |              |      |        |    |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 |         |              |      |        |    |
|                                                         |         | なし           |      | あり     |    |
| 名称                                                      |         |              |      |        |    |
| 一時金の償却に関する事項                                            |         |              |      |        |    |
| 償却開始                                                    |         | 入居をした月       |      | なし     | あり |
|                                                         |         | サービス提供を開始した月 |      | なし     | あり |
|                                                         |         | 上記以外         |      | (その内容) |    |
| 初期償却率（％）                                                |         |              |      |        |    |
| 償却年月数                                                   |         |              |      |        |    |
| 解約時返還金の算定方法                                             |         |              |      |        |    |
| 保全措置の実施状況                                               |         | なし           | あり   | (その内容) |    |

|                         |              |                |    |
|-------------------------|--------------|----------------|----|
| ③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 |              | なし             | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)     |              |                |    |
| 名 称                     |              |                |    |
| 一時金の償却に関する事項            |              |                |    |
| 償却開始                    | 入居をした月       | なし             | あり |
|                         | サービス提供を開始した月 | なし             | あり |
|                         | 上記以外         | (その内容)         |    |
| 初期償却 (%)                |              |                |    |
| 償却年月数                   |              |                |    |
| 解約時返還金の算定方法             |              |                |    |
| 保全措置の実施状況               |              |                |    |
| なし                      | あり           | (「あり」の場合、その内容) |    |
| ④その他に要する一時金             |              | なし             | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)     |              |                |    |
| 退去時の壁張替え、掃除費            |              |                |    |
| 名 称                     |              |                |    |
| 解約時返還金の算定方法             |              |                |    |
| 保全措置の実施状況               |              |                |    |
| なし                      | あり           | (「あり」の場合、その内容) |    |
| 一時金に対する留意事項等            |              |                |    |
| なし                      | あり           | (「あり」の場合、その内容) |    |

|                                                             |    |    |                   |    |
|-------------------------------------------------------------|----|----|-------------------|----|
| 介護保険給付以外のサービスに要する費用                                         |    |    |                   |    |
| 月額の場合の利用料の額                                                 |    |    |                   |    |
| 管理費                                                         | なし | あり | 22,000 円～25,000 円 |    |
| (「あり」の場合、その使途)<br>水道・光熱費含む、エレベーター保守点検費、共用部分電球、外回り掃除費他       |    |    |                   |    |
| 食費                                                          | なし | あり | 28,000 円～31,000 円 |    |
| (「あり」の場合、その内容)<br>朝食 200 円 昼食 400 円 夕食 400 円にて 1 日 1,000 円  |    |    |                   |    |
| 共益費                                                         | なし | あり | 12,000 円          |    |
| 共用部トイレトイレットペーパー、清掃用具備品代等、消毒液、シャボンネット、マスク、手袋<br>ティッシュ他       |    |    |                   |    |
| 利用者の個別的な選択による介護サービス利用料                                      |    |    |                   |    |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス                                           |    | なし | あり                |    |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                         |    |    |                   |    |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない<br>額に充当するものとしての合理的な積算根拠 |    |    | なし                | あり |
| 個別的な選択による介護サービス                                             |    | なし | あり                |    |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                         |    |    |                   |    |
| 家賃相当額                                                       | なし | あり | 42,000 円～45,000 円 |    |
| その他に必要な月額利用料                                                |    |    | なし                | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                         |    |    |                   |    |
| その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料                                       |    |    | なし                | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                         |    |    |                   |    |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

\_\_\_\_\_様

説 明 年 月 日 令和 年 月 日

説 明 者 署 名 \_\_\_\_\_

被説明者署名※ \_\_\_\_\_

※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