

## 有料老人ホーム重要事項説明書

|       |            |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 令和5年7月1日   |
| 記入者名  | 成田智広       |
| 所属・職名 | 副施設長・生活相談員 |

## 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) かぶしきかいしゃ あくとりー<br>株式会社 アクトリー |                        |
| 主たる事務所の所在地 | 〒030-0957<br>青森市蛍沢一丁目8番10号          |                        |
| 連絡先        | 電話番号                                | 017-744-3171           |
|            | FAX 番号                              | 017-744-3171           |
|            | ホームページアドレス                          | http://actry-live.com/ |
| 代表者        | 氏名                                  | 齋藤慶吾                   |
|            | 職名                                  | 代表取締役                  |
| 設立年月日      | 平成27年10月6日                          |                        |
| 主な実施事業     | ※別添1（別を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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ あくとりー・りぶ<br>住宅型有料老人ホーム アクトリー・リヴ |  |
| 所在地           | 〒038-0042 青森市大字新城字山田425-1                                  |  |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅  | 駅  |
|               | 交通手段と所要時間  | ① 電車利用の場合<br>奥羽本線津軽新城駅より徒歩10分<br>② 自動車利用の場合 乗車2分 |
| 連絡先           | 電話番号   | 017-752-0536                                     |
|               | FAX 番号   | 017-752-0537                                     |
|               | ホームページアドレス   | http://actry-live.com/                           |
| 管理者           | 氏名   | 齋藤恵美子  |
|               | 職名   | 専務取締役・施設長  |
| 建物の竣工日        |  | 平成28年3月1日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |  | 平成28年9月30日                                       |



|                  |              | トイレ       | 浴室              | 面積                   | 戸数・室数 | 区分 ※            |   |    |
|------------------|--------------|-----------|-----------------|----------------------|-------|-----------------|---|----|
|                  | タイプ1         | 有/無       | 有/無             | 15.93 m <sup>2</sup> | 4     | 一般居室<br>個室      |   |    |
|                  | タイプ2         | 有/無       | 有/無             | 15.93 m <sup>2</sup> | 1     | 一般居室<br>個室      |   |    |
|                  | タイプ3         | 有/無       | 有/無             | 15.31 m <sup>2</sup> | 1     | 一般居室<br>個室      |   |    |
|                  | タイプ4         | 有/無       | 有/無             | 14.69 m <sup>2</sup> | 8     | 一般居室<br>個室      |   |    |
|                  | タイプ5         | 有/無       | 有/無             | 17.00 m <sup>2</sup> | 1     | 一般居室<br>個室      |   |    |
|                  | タイプ6         | 有/無       | 有/無             | 15.94 m <sup>2</sup> | 2 3   | 一般居室<br>個室      |   |    |
|                  | タイプ7         | 有/無       | 有/無             | 17.08 m <sup>2</sup> | 2     | 一般居室<br>個室      |   |    |
|                  | タイプ8         | 有/無       | 有/無             | 16.56 m <sup>2</sup> | 1     | 一般居室<br>個室      |   |    |
| 共用施設             | 共用便所における便房   | 8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 |                      | 3ヶ所   |                 |   |    |
|                  | 共用浴室         | 1ヶ所       | 個室              |                      | 1ヶ所   |                 |   |    |
|                  |              |           | 大浴場             |                      |       |                 |   |    |
|                  | 共用浴室における介護浴槽 | 2ヶ所       | チェアー浴           |                      | 1ヶ所   |                 |   |    |
|                  |              |           | リフト浴            |                      |       |                 |   |    |
|                  |              |           | ストレッチャー浴        |                      | 1ヶ所   |                 |   |    |
|                  |              |           | その他（ ）          |                      |       |                 |   |    |
| 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） | 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          | 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              |              |           |                 |                      |       |                 |   |    |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |   |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針        | <p>当社は企業理念である『<b>皆さまの生きがいを見つけ、記憶に残る幸せをお届けします</b>』</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・私たちは、上質なサービスとケアを通して、お客様の生きがいの創造に貢献します。</li> <li>・全社員の豊かで幸せな人生の実現と思いやりに満ちた利他の心を育みます。</li> <li>・人権尊重を大切に、地域社会の発展と繁栄に寄与することを目的とします。</li> </ul> <p>を体現していきます。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>看護・介護・栄養調理職員等の配置のみならず、外部訪問系・通所系サービスの提供、インフォーマルケアの提供により介護予防と自立支援を目指していきます。</p> <p>また、中重度者や医療ニーズ対象者の受け入れにも配慮していきます。</p>  |
| 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  |

##### (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       | (Ⅰ)           | 1 あり | 2 なし |      |
|                                |                | (Ⅱ)           | 1 あり | 2 なし |      |
|                                | 生活機能向上連携加算     | (Ⅰ)           | 1 あり | 2 なし |      |
|                                |                | (Ⅱ)           | 1 あり | 2 なし |      |
|                                | 個別機能訓練加算       | (Ⅰ)           | 1 あり | 2 なし |      |
|                                |                | (Ⅱ)           | 1 あり | 2 なし |      |
|                                | ADL維持等加算       | (Ⅰ)           | 1 あり | 2 なし |      |
|                                |                | (Ⅱ)           | 1 あり | 2 なし |      |
|                                | 夜間看護体制加算       |               |      | 1 あり | 2 なし |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算  |               |      | 1 あり | 2 なし |
|                                | 医療機関連携加算       |               |      | 1 あり | 2 なし |
|                                | 口腔衛生管理体制加算     |               |      | 1 あり | 2 なし |
|                                | 口腔・栄養スクリーニング加算 |               |      | 1 あり | 2 なし |
|                                | 科学的介護推進体制加算    |               |      | 1 あり | 2 なし |
|                                | 退院・退所時連携加算     |               |      | 1 あり | 2 なし |
|                                | 看取り介護加算        | (Ⅰ)           | 1 あり | 2 なし |      |
|                                |                | (Ⅱ)           | 1 あり | 2 なし |      |
|                                | 認知症専門ケア加算      | (Ⅰ)           | 1 あり | 2 なし |      |
|                                |                | (Ⅱ)           | 1 あり | 2 なし |      |
|                                | サービス提供体制強化加算   | (Ⅰ)           | 1 あり | 2 なし |      |
| (Ⅱ)                            |                | 1 あり          | 2 なし |      |      |
| (Ⅲ)                            |                | 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) |      |      |      |
|                                | 2 なし           |               | : 1  |      |      |

(医療連携の内容)

|                |      |  |  |
|----------------|------|--|--|
| 医療支援<br>※複数選択可 |      | <input checked="" 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 ( ) |  |
| 協力医療機関         | 1    | 名称   | 医療法人 芙蓉会 村上病院  |
|                |      | 住所   | 青森市浜田 3 丁目 3-14  |
|                |      | 診療科目   | 内科、腸活外来、消化器内科、飲みこみ外来、糖尿病内科、循環器内科、脳神経内科、精神科、心療内科、整形外科、血管外科、泌尿器科、皮膚科 |
|                |      | 協力内容   | 訪問診療、外来受診、入院   |
|                | 2    | 名称   | 一般社団法人 双仁会 青森厚生病院  |
|                |      | 住所   | 青森市新城山田 488 番地 1   |
|                |      | 診療科目   | 外科、循環器内科、呼吸器内科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科                                 |
|                |      | 協力内容   | 訪問診療、外来受診、入院   |
|                | 3    | 名称   | 医療法人 雄心会 青森新都市病院   |
| 住所             |      | 青森市石江 3 丁目 1 番地  |  |
| 診療科目           |      | 脳神経外科、消化器内科、循環器内科、内科、リハビリテーション科、整形外科、脳神経内科、放射線腫瘍科、形成外科、総合診療科、放射線科、消化器外科、外科、麻酔科、乳腺外科、甲状腺外科、歯科口腔科  |  |
| 協力内容           |      | 外来受診、入院  |  |
| 協力歯科医療機関       | 名称   | 桜川歯科医院   |  |
|                | 住所   | 青森市桜川 3 丁目 14-17   |  |
|                | 協力内容 | 訪問歯科   |  |

(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<br>※複数選択可 |  | <input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合<br><input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (2階居室から1階居室へ移る場合) |  |
| 判断基準の内容                  | 要介護状態の変化により、常時介護が必要となった場合に住み替えていただく場合がある。  |  |  |
| 手続きの内容                   | <input type="checkbox"/> ① ホームが指定する医師の意見を聴く。<br><input type="checkbox"/> ② 3か月間の経過観察期間を置く。<br><input type="checkbox"/> ③ 本人・身元引受人の同意を得る。 |  |  |
| 追加的費用の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 あり  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |  |
| 居室利用権の取扱い                |  |  |  |
| 前払金償却の調整の有無              | <input type="checkbox"/> 1 あり  | <input type="checkbox"/> 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   | <input type="checkbox"/> 2 なし            |
|                          | 便所の変更  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり   | <input type="checkbox"/> 2 なし            |
|                          | 浴室の変更  | <input type="checkbox"/> 1 あり  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                          | 洗面所の変更   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり   | <input type="checkbox"/> 2 なし            |
|                          | 台所の変更  | <input type="checkbox"/> 1 あり  | <input type="checkbox"/> 2 なし            |
|                          | その他の変更   | <input type="checkbox"/> 1 あり  | (変更内容)                                   |
|                          | <input checked="" type="checkbox"/> 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               | いずれも 60 歳以上(2 人入居の場合はどちらか一方が 60 歳以上)  |      |      |
| 契約の解除の内容           | ① 入居者が逝去した場合<br>(2 名の場合はどちらとも逝去した場合)<br>② 入居者が解約した場合 (30 日の予告期間が必要)<br>③ 事業者が解約した場合 (90 日の予告期間が必要)<br>主な解除事由<br>・入居申込書に嘘偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき<br>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき<br>・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき、等 (その他は入居契約書参照)。 |      |      |
| 事業主体から解除を求める場合     | 解約条項  | 上記参照 |      |
|                    | 解約予告期間  | 3 ヶ月 |      |
| 入居者からの解除予告期間       | 1 ヶ月  |      |      |
| 体験入居の内容            | 1 あり (内容: 1泊二日2食付き3,000円)<br>2 なし   |      |      |
| 入居定員               | 41人   |      |      |
| その他                |   |      |      |

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  | 1         | 1  |     |                |
| 直接処遇職員   |           |    |     |                |
| 介護職員   | 15        |    | 15  |                |
| 看護職員   | 3         |    | 3   |                |
| 機能訓練指導員  |           |    |     |                |
| 計画作成担当者  |           |    |     |                |
| 栄養士  |           |    |     |                |
| 調理員  | 6         | 3  | 3   |                |
| 事務員  | 1         |    | 1   |                |
| その他職員  |           |    |     |                |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2  |           |    |     |                |
| ※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     | 11 | 11  |
| 実務者研修の修了者 | 4  | 4   |
| 初任者研修の修了者 | 2  | 2   |
| 介護支援専門員   | 1  | 1   |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 |     |
|-------------|----|-----|
|             | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   |    |     |
| 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 (16:30時~9時) |      |                 |
|----------------------|------|-----------------|
|                      | 平均人数 | 最小时人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                 | 人    | 人               |
| 介護職員                 | 2人   | 1人              |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

|   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5:1 以上<br>b 2 :1 以上<br>c 2.5:1 以上<br>d 3 :1 以上 |
|   | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | : 1  |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

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

(職員の状況)

|                          |          |      |        |      |                |           |     |         |     |         |     |
|--------------------------|----------|------|--------|------|----------------|-----------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者                      | 他の職務との兼務 |      |        |      |                | 1 あり 2 なし |     |         |     |         |     |
|                          | 業務に係る資格等 |      | 1 あり   |      |                |           |     |         |     |         |     |
|                          |          |      | 資格等の名称 |      | 看護師<br>介護支援専門員 |           |     |         |     |         |     |
| 2 なし                     |          |      |        |      |                |           |     |         |     |         |     |
|                          |          | 看護職員 |        | 介護職員 |                | 生活相談員     |     | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |
|                          |          | 常勤   | 非常勤    | 常勤   | 非常勤            | 常勤        | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数              |          |      | 2      |      | 3              |           |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数              |          |      | 2      |      | 5              |           |     |         |     |         |     |
| 職員の人数<br>業務に従事した経験年数に応じた | 1年未満     |      | 1      |      | 4              |           |     |         |     |         |     |
|                          | 1年以上     |      | 1      |      | 3              |           |     |         |     |         |     |
|                          | 3年未満     |      |        |      |                |           |     |         |     |         |     |
|                          | 3年以上     |      |        |      | 2              |           |     |         |     |         |     |
|                          | 5年未満     |      |        |      |                |           |     |         |     |         |     |
|                          | 5年以上     |      | 2      |      | 8              |           |     |         |     |         |     |
|                          | 10年未満    |      |        |      |                |           |     |         |     |         |     |
|                          | 10年以上    |      |        |      |                |           |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況            |          |      |        |      | 1 あり 2 なし      |           |     |         |     |         |     |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

|                            |   |   |
|----------------------------|---|---|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】          | 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                 |   |
| 利用料金の支払い方法<br>【表示事項】       | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式             |   |
|                            | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                              | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                 | 1 あり  | 2 なし                                    |
| 要介護状態に応じた金額設定              | 1 あり  | 2 なし                                    |
| 入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い | 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>3 不在期間が30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  |   |
|                            | 手続き   |   |



(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                        | 3       | 3       |         |
|  | 年 齢                         | 80歳     | 78歳     |         |
| 居室の状況  | 床面積                         | 15.94㎡  | 15.94㎡  |         |
|  | 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<br>必要な費用   | 前払金                         | 円       | 円       |         |
|  | 敷 金                         | 30,000円 | 30,000円 |         |
| 月額費用の合計  |                             | 95,980円 | 98,480円 |         |
| 家 賃  |                             | 30,000円 | 31,000円 |         |
| サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>費<br>用   | 特定施設入居者生活介護の費用<br>※1        | 円       | 円       |         |
|  | 介<br>護<br>保<br>険<br>外<br>※2 | 食 費     | 46,980円 | 46,980円 |
|  |                             | 管理費     | 7,000円  | 7,000円  |
|  |                             | 介護費用    | 円       | 円       |
|  |                             | 光熱水費    | 12,000円 | 13,500円 |
|  | その他                         | 円       | 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                   | 居室ごと付属設備等に応じて、2類型とした。<br>面積は14.69㎡～17.08㎡(8タイプあり)<br>設備は洗面所・クローゼット付が14室、洗面所・クローゼット・<br>トイレ(洋式の水洗トイレ)付が27室  |
| 敷金                   | 一律30,000円とする。  |
|                      | 解約時の対応<br>(徴収金額) <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居日から1年未満 ～10,000円</li> <li>・1年以上2年未満 ～20,000円</li> <li>・2年以上 ～30,000円</li> </ul> ※クリーニング・清掃・修繕代  |
| 介護費用                 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。  |
| 管理費                  | 一律7,000円とする。用途は以下の通り。<br>(1) 敷地及び共用部門・共用施設の維持、補修、管理、清掃、消毒<br>及びゴミ処理等に関する業務<br>(2) 入居者が使用する居室及びその備付け設備についての定期点検、<br>補修並びに取替え等に関する業務<br>(3) 入居者に対する各種サービスの提供業務<br>(4) 防犯・防災に関する業務<br>(5) 連絡及び渉外に関する業務<br>(6) その他の関する業務 |
| 食費                   | 食事は地元の食材をふんだんに使用し、施設内手作りです。<br>入居者様の状態に応じて食事提供します。<br>朝食432円・昼食540円・夕食594円   |
| 胃ろう・経管栄養管理料          | 必要物品の管理・準備・消毒・片付けなど 各1回440円  |
| 光熱水費                 | 水道、電気料金について、<br>トイレなし12,000円、トイレ有13,500円とする。   |
| 冬季暖房費                | 11～3月6,000円<br>4～5月4,500円(5月分は気候の状況で徴収しない場合もある)  |
| 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          |  |
| その他のサービス利用料          |  |

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

| 費 目  | 算 定 根 拠 |
|--|---------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担                       |         |
| 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) |         |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |         |

**(前払金の受領)**

|                                     |                   |     |
|-------------------------------------|-------------------|-----|
| 算定根拠                                |                   |     |
| 想定居住期間（償却年月数）                       |                   | ヶ月  |
| 償却の開始日                              |                   | 入居日 |
| 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） |                   | 円   |
| 初期償却率                               |                   | %   |
| 返還金の算定方法                            | 入居後3月以内の契約終了      |     |
|                                     | 入居後3月を超えた契約終了     |     |
| 前払金の保全先                             | 1 連帯保証を行う銀行等の名称   |     |
|                                     | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 |     |
|                                     | 3 保証保険を行う保険会社の名称  |     |
|                                     | 4 全国有料老人ホーム協会     |     |
|                                     | 5 その他（名称：_____）   |     |

**7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】****(入居者の人数)**

|       |            |     |
|-------|------------|-----|
| 性別    | 男性         | 14人 |
|       | 女性         | 27人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 11人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 8人  |
|       | 75歳以上85歳未満 | 6人  |
|       | 85歳以上      | 16人 |
| 要介護度別 | 自立         | 人   |
|       | 要支援 1      | 人   |
|       | 要支援 2      | 人   |
|       | 要介護 1      | 2人  |
|       | 要介護 2      | 11人 |
|       | 要介護 3      | 7人  |
|       | 要介護 4      | 8人  |
|       | 要介護 5      | 12人 |
| 障害    | 1人         |     |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 8人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 4人  |
|       | 1年以上5年未満   | 25人 |
|       | 5年以上10年未満  | 4人  |
|       | 10年以上15年未満 | 人   |
|       | 15年以上      | 人   |

**(入居者の属性)**

|         |        |
|---------|--------|
| 平均年齢    | 75.78歳 |
| 入居者数の合計 | 41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<br>人数 | 自宅等      | 1人       |
|             | 社会福祉施設   | 人        |
|             | 医療機関     | 3人       |
|             | 死亡者      | 10人      |
|             | その他      | 1人       |
| 生前解約の<br>状況 | 施設側の申し出  | 人        |
|             |          | (解約事由の例) |
|             | 入居者側の申し出 | 人        |
|             |          | (解約事由の例) |

8. 苦情・事故等に関する体制

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

|              |       |                            |
|--------------|-------|----------------------------|
| 窓口の名称        |       | 住宅型有料老人ホーム アクトリー・リヴ 苦情相談窓口 |
| 電話番号         |       | 017-752-0536               |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 8:30~17:30                 |
|              | 土曜    | 8:30~12:30                 |
|              | 日曜・祝日 |                            |
| 定休日          |       |                            |
| 窓口の名称        |       | 青森市福祉部 介護保険課               |
| 電話番号         |       | 017-734-5257               |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 8:30~18:00                 |
|              | 土曜    |                            |
|              | 日曜・祝日 |                            |
| 定休日          |       |                            |

(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                 | 1 あり      | (その内容)<br>三井住友海上あいおい生命保険 |
|                               | 2 なし      |                          |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり      | (その内容)<br>三井住友海上あいおい生命保険 |
|                               | 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    | 年1回  |      |
|                                  |      | 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    |      |      |
|                                  |      | 評価機関名称 |      |      |
|                                  |      | 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 | 1 入居希望者に公開<br>3 公開していない | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開<br>3 公開していない | 2 入居希望者に交付 |
| 事業収支報告書  | 1 入居希望者に公開<br>3 公開していない | 2 入居希望者に交付 |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>3 公開していない | 2 入居希望者に交付 |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>3 公開していない | 2 入居希望者に交付 |

## 10. その他

|  |   |              |
|--|---|--------------|
| 運営懇談会  | <input type="checkbox"/> 1 あり   | (開催頻度) 年 1 回 |
|  | <input type="checkbox"/> 2 なし   |              |
|  | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり   | (内 容)        |
|  | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし   |              |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | <input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: _____)   |              |
|  | <input type="checkbox"/> 2 なし   |              |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出               | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし                             |              |
|  | <input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 |              |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし                             |              |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針<br>「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項         | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし                             |              |
| 合致しない事項がある場合の内容                                  |   |              |
| 「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性                       | <input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)  |              |
|  | <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)   |              |
|  | <input type="checkbox"/> 3 適合していない  |              |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                            |   |              |
| 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                      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 事業主体が青森市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類            |    | 事業所の名称 |                     | 所在地          |
|----------------------|----|--------|---------------------|--------------|
| ＜居宅サービス＞             |    |        |                     |              |
| 訪問介護                 | あり | なし     | 訪問介護事業所<br>アクトリー・ケア | 青森市浜館 4-8-13 |
| 訪問入浴介護               | あり | なし     |                     |              |
| 訪問看護                 | あり | なし     |                     |              |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし     |                     |              |
| 居宅療養管理指導             | あり | なし     |                     |              |
| 通所介護                 | あり | なし     |                     |              |
| 通所リハビリテーション          | あり | なし     |                     |              |
| 短期入所生活介護             | あり | なし     |                     |              |
| 短期入所療養介護             | あり | なし     |                     |              |
| 特定施設入居者生活介護          | あり | なし     |                     |              |
| 福祉用具貸与               | あり | なし     |                     |              |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし     |                     |              |
| ＜地域密着型サービス＞          |    |        |                     |              |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | あり | なし     |                     |              |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし     |                     |              |
| 地域密着型通所介護            | あり | なし     |                     |              |
| 認知症対応型通所介護           | あり | なし     |                     |              |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり | なし     |                     |              |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なし     |                     |              |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり | なし     |                     |              |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし     |                     |              |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり | なし     |                     |              |
| 居宅介護支援               | あり | なし     | 居宅介護支援事業所<br>アクトリー  | 青森市浜館 4-8-13 |
| ＜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     |                     |              |
| 介護医療院                | 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

| 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） |    | 備考       |   |          |
|                                  |                                   |    |                            |    | ※2<br>包含 | ※2<br>都度  | ※3<br>料金 |
| 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 |          | 別紙 実費   |          |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり | なし                         | あり |          |   |          |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |          |   |          |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                                | あり | なし                         | あり |          |   |          |
| 機能訓練                             | なし                                | あり | なし                         | あり |          |   |          |
| 通院介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |          | 緊急時のみ提供（無料）   |          |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |          |   |          |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |          |   |          |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり |          |   |          |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり |          |   |          |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり | なし                         | あり |          |   |          |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   |    | なし                         | あり |          | 実費  |          |
| おやつ                              |                                   |    | なし                         | あり |          | 無料  |          |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |    | なし                         | あり |          | 3,200円～<br>カット(3,200円)・カット顔そり(3,500円)・<br>髪染め(6,100円) |          |



|                      |    |    |    |    |  |  |                  |                                       |
|----------------------|----|----|----|----|--|--|------------------|---------------------------------------|
| 買い物代行                | 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 |  |  | 700円又は<br>1,200円 | 小口現金5万円まで(700円)<br>上記+通帳預かり含む(1,200円) |
| 健康管理サービス             |    |    |    |    |  |  |                  |                                       |
| 定期健康診断               |    |    | なし | あり |  |  |                  |                                       |
| 健康相談                 | なし | あり | なし | あり |  |  | 無料               |                                       |
| 生活指導・栄養指導            | なし | あり | なし | あり |  |  | 無料               |                                       |
| 服薬支援                 | なし | あり | なし | あり |  |  | 無料               |                                       |
| 生活リズムの記録<br>(排便・睡眠等) | なし | あり | なし | あり |  |  | 無料               |                                       |
| 入退院・入院中のサービス         |    |    |    |    |  |  |                  |                                       |
| 移送サービス               | なし | あり | なし | あり |  |  |                  | 一般タクシー(10分単位820円)での対応                 |
| 入退院中の同行              | なし | あり | なし | あり |  |  |                  |                                       |
| 入院中の洗濯物交換・<br>買い物    | なし | あり | なし | あり |  |  | 無料               |                                       |
| 入院中の見舞い訪問            | なし | あり | なし | あり |  |  | 無料               |                                       |

※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含まれる場合と、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。