

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | R6. 1. 24 |
| 記入者名 | 青山 嘉子 |
| 所属・職名 | 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『登録事項等についての説明』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、記載を省略して差し支えありません。

1. 設置者概要

| | | |
|------------|---------------------------------|---|
| 種類 | 個人／法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 有限 |
| 名称 | (ふりがな) ゆうげんがいしゃういんぐ 有限会社ウイング | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒471-0878 豊田市下林町3丁目29番地11 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0565-47-1808 |
| | FAX番号 | 0565-47-1809 |
| | ホームページアドレス | http://tsubasa13613.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 杉村 樹美明 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成・令和13年6月13日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1（別の実施する介護サービス一覧表） | |

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | |
|---------------|--|---|
| 名称 | かいごつきゆうりょうろうじんほーむつばさいままち 介護付き有料老人ホームつばさ今町 | |
| 所在地 | 〒471-0823 豊田市今町7丁目9番地1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 名鉄バス今町駅から徒歩15分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0565-47-2201 |
| | FAX番号 | 0565-47-2202 |
| | ホームページアドレス | http://tsubasa13613.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 宮瀬 梨奈 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 令和6年3月1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 令和6年4月1日 |

(類型)【表示事項】※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

| | | |
|--|------------|------------|
| <input type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型 | | |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | 2373004924 |
| | 指定した自治体名 | 豊田市 |
| | 事業所の指定日 | 2024年4月1日 |
| | 指定の更新日（直近） | 年 月 日 |

3. 建物概要 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 2418 m ² | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借） | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | 2 なし | | |
| 契約期間 | 1 あり （令和6年3月1日～令和56年3月31日） | | | | | |
| | 2 なし | | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1038.08 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1038.08 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他（ ） | | | | |
| | | 4 その他（ ） | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| 2 鉄骨造 | | | | | | |
| 3 木造 | | | | | | |
| 4 その他（ ） | | | | | | |
| 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | | |
| | 2 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| | 抵当権の設定 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 契約期間 | 1 あり （ 年 月 日～ 年 月 日） | | | | |
| | 2 なし | | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | 人部屋 | | | |
| | 最多 | 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
| | タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 18.22 m ² | 29 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 9.94 m ² | 1 | 一時介護室 |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ6 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| タイプ7 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| ※「一般居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」「一時介護室相部屋」 | | | | | | |

| の別を記入。 | | | | | |
|------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 2ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 2ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 2ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | 1ヶ所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | 1ヶ所 | |
| | | | その他（ ） | ヶ所 | |
| 食堂 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| エレベーター | <input type="checkbox"/> 1 | あり（車椅子対応） | <input type="checkbox"/> 2 | あり（ストレッチャー対応） | |
| | <input type="checkbox"/> 3 | あり（上記1・2に該当しない） | <input type="checkbox"/> 4 | なし | |
| 消防用設備等 | 消火器 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 自動火災報知設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 火災通報設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | スプリンクラー | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 防火管理者 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 防災計画 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 日常生活そのものをケアとして組立て、「今日を精一杯生きる」「明日を楽しみに思う」事を「いきいきわくわく」の理念と考え、介護サービスを提供する。 2. ご本人の意思、人格、ご家族の要望に応じ、常に利用者の立場に立ったサービスを提供します。 3. 加齢とともに重度化していき、介護と共に医療行為の必要性が高くなってきた利用者が、安心、安全に暮らす事が出来る施設を営みます。 |
|----------|---|

| | |
|-----------------|--|
| | 4. その他、「指定居宅サービス等の事業の人員・設備及び運営に関する基準」(1999年3月31日厚生労働省令第37号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 認知症を患った方が、最後まで安心して暮らす事が出来るよう、心を込めてサービスを提供します。 24時間看護師常駐、生体センサーを全居室に設置し、異変時にはすぐに対応できるよう、体制を整えています。 |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 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、記入不要

| | | | | | |
|--------------------------------|---------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----|
| 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 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 なし | |
| | 医療機関連携加算 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 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) | 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 |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (I) | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
| (II) | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 なし | |
| (III) | | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし | |

| | | | | | | | |
|----------------------|---|-------------------|----------------------|----|----|----|----|
| | | (IV) | 1 | あり | 2 | なし | |
| | | (V) | 1 | あり | 2 | なし | |
| | | 介護職員等特定 処遇改善加算 | (I) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | | (II) | 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 | | | | |
| | 2 | なし | | | | | |

(医療連携の内容)

| | | | | |
|----------|--------|----------------------------|-----------------------------|----------|
| 医療支援 | ※複数選択可 | | 1 | 救急車の手配 |
| | | | 2 | 入退院の付き添い |
| | | | 3 | 通院介助 |
| | | | 4 | その他 () |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | あさひが丘クリニック | |
| | | 住所 | 豊田市小川町4丁目49-2 | |
| | | 診療科目 | 外科・消化器内科・内科・リハビリテーション科 | |
| | | 協力内容 | 月2回の往診・利用者の急変・病状の悪化等の緊急時の対応 | |
| | 2 | 名称 | トヨタ記念病院 | |
| | | 住所 | 豊田市平和町1丁目1 | |
| | | 診療科目 | 医療機関の診療科目に準ずる | |
| | | 協力内容 | 緊急時の対応(夜間含む)について、連携・支援 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 中町歯科 | | |
| | 住所 | 豊田市中町中郷144-9 | | |
| | 協力内容 | 月1回の往診・指導、口腔内の衛生管理、歯科検診・治療 | | |

(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 | 1について：看取り期になり、看護室に近い部屋が望ましい状況になった場合（医師の意見を聞く） 2の場合：特に見守りが必要となった場合、カメラ付き居室への住替えあり | | | |
| 手続きの内容 | 重要事項説明書に記載、入居契約時に口頭説明。 住替えの際は、双方に事前説明し、了承のもと住替えをする。居室番号変更の同意書をもって説明。 | | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし | | | |
| 居室利用権の取扱い | 住替え後の居室に移動 | | | |

| | | |
|--------------|--------|-------------|
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり | 2 なし |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり (変更内容) |
| | 2 なし | |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|---------------------------------|-------------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 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 | | |
| 契約の解除の内容 | 契約書第15条による | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 契約書第15条2による |
| | 解約予告期間 | 2ヶ月 |
| 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: 2泊3日 14,600円) 2 なし | |
| 入居定員 | 29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と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること)。

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|---------|-----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 0.5 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 11 | 7 | 2 | 8.2 |
| 介護職員 | 6 | 4 | 2 | 4.6 |
| 看護職員 | 5 | 1 | 4 | 3.6 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | 0 | 0.2 |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 1 | 0.8 |

| | | | | |
|---|---|---|---|------|
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 調理員 | 1 | 0 | 5 | 1.5 |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2} | | | | 40時間 |
| <p>※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。</p> <p>※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。</p> | | | | |

(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 | 0 | | |
| 介護福祉士 | 2 | 1 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | | |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 1 | |
| 認知症基礎研修 | 5 | 5 | |
| 介護支援専門員 | 0 | | |

(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 | 1 | 1 | |
| 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 (22 時～ 7 時) | | | |
|------------------------|------|----|-----------------|
| | 平均人数 | | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| | 看護職員 | 1人 | |
| 介護職員 | 1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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率* 【表示事項】 | a 1.5:1以上 b 2:1以上 c 2.5:1以上 d 3:1以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数:常勤換算職員数) | :1 |

※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 | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | | |
| じた業務に従事した経験年数に 職員の人数 | 1年未満 | 1 | 1 | 4 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| | 1年以上 3年未満 | | | 1 | 1 | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | 1 | | | | | | | |
| | 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり 2 なし | | | | | | | | |

6. 利用料金 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

(利用料金の支払い方法)

| | | | | |
|--------------------------------|--|--|-----------|-----------------|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr> <td>1 全額前払い方式</td> </tr> <tr> <td>2 一部前払い・一部月払い方式</td> </tr> <tr> <td>3 月払い方式</td> </tr> </table> | | 1 全額前払い方式 | 2 一部前払い・一部月払い方式 |
| 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 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 | 運営規程に基づき、運営懇談会の議題にて協議する | | |
| | 手続き | 運営懇談会を開催する | | |

(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 | 4 | | |
| | 年齢 | 歳 | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | m ² | | |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 2 無 | |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 0円 | 円 | |
| | 敷金 | 261,000円 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 203,992円 | 円 | |
| サービス費用 | 家賃 | 87,000円 | 円 | |
| | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | | 26,992円 | 円 |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 52,500円 | 円 |
| | | 管理費 | 30,000円 | 円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 7,500円 | 円 |
| | | その他 | 0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 | 土地賃貸料、建築費、近隣相場を鑑みて算定 |
| 敷金 | 家賃の3ヶ月分 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 管理費 | 施設維持に関する費用 |
| 食費 | 1日1,750円 |
| 光熱水費 | 月額7,500円 |
| 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 | 消耗品等による |

(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、記入不要

| 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 | 基本報酬、利用者負担分 |
| 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) ※前払金を受領していない場合は、省略可能

| | |
|-------------------------------------|-------------------|
| 算定根拠 | |
| 想定居住期間(償却年月数) | ヶ月 |
| 償却の開始日 | 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 | 人 |
| | 女性 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 人 |
| | 85歳以上 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援 1 | 人 |
| | 要支援 2 | 人 |
| | 要介護 1 | 人 |
| | 要介護 2 | 人 |
| | 要介護 3 | 人 |
| | 要介護 4 | 人 |
| | 要介護 5 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 人 |
| | 1年以上 5年未満 | 人 |
| | 5年以上 10年未満 | 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 | 歳 |
| 入居者数 [※] の合計 | 人 |
| 入居率 ^{※※} | % |
| 豊田市外からの転入者数 (豊田市外住民登録者を含む) | 人 |
| ※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |
| ※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|-------------|----------|---|
| 退去先別の 人数 | 自宅等 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 人 |
| | 死亡者 | 人 |
| | その他 | 人 |
| 生前解約の 状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| | (解約事由の例) | |
| | 入居者側の申し出 | 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 | | 介護付き有料老人ホームつばさ今町 |
| 電話番号 | | 0565-47-2201 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 夏季休暇・年末年始 |

(外部の苦情処理機関)

| | | |
|----------|-------|--------------|
| 窓口の名称 | | 豊田市 介護保険課 |
| 電話番号 | | 0565-34-6634 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:15 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 年末年始等 |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|------|---|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 あり | 業務上利用者に損害を与えた場合に損害賠償を負担（東京海上日動） |
| | 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 | 当サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故により、利用者に損害が発生した場合、誠意をもって対応いたします。但し、施設に故意または過失がない場合はこの限りではありません。また、事故発生につき、利用者に故意、又は過失がある場合は、損害賠償責任が免除、又は減額する事があります。 |
| | 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 | |
| | | 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 | <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 | <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 |
| 財務諸表の原本 | <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 |

10. その他

| | | |
|-------|----------|--------------|
| 運営懇談会 | 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： ） 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 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり 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 2 なし |
| 合致しない事項がある場合の内容 | |
| 「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | なし |
| 不適合事項がある場合の内容 | |

添付書類：別添 1（事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業）

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）

※

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 事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業

| 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 | 介護支援センターつばさ デイサービス事業部 | 豊田市下林町4-111 |
| 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 | 定期巡回ステーションつばさ | 豊田市下林町3-29-11 |
| 夜間対応型訪問介護 | 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 | グループホーム つばさ吉原 | 豊田市吉原町前田59 |
| 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 | 介護支援センターつばさ グループホーム事業部 | 豊田市下林町4-111 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | グループホームつばさ今町 | 豊田市今町6-38-1 |
| 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＞ | | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 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 | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | 介護支援センターつばさ デイサービス事業部 | 豊田市下林町4-111 |
| 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 | グループホーム つばさ吉原 | 豊田市吉原町前田59 |
| 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 | 介護支援センターつばさ グループホーム事業部 | 豊田市下林町4-111 |
| | | | | グループホームつばさ今町 | 豊田市今町6-38-1 |
| 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 | | |

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※1

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | なし | あり | 備考 | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|------------------------------|----|-------------|----------|--------------------|------|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※2） | | 有料老人ホームが実施するサービス（介護保険外のサービス） | | 月額利用料等を含む※3 | その都度徴収※3 | | 料金※4 |
| | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | 週2回 | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | 週2回 | |
| 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 | | | ※付添いができる範囲を明確化すること | |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | | 週2回 | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | 週1回 | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 外部委託 550円/2キロ | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | 実費 | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | | ※利用できる範囲を明確化すること | |
| 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 | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | | ※回数（年〇回など）を明記すること | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | ※付添いができる範囲を明確化すること | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| その他 | | | | | | | | |
| 巡回 | なし | あり | なし | あり | | | ※具体的な頻度を記載 | |
| 緊急時対応（ナースコール等） | なし | あり | なし | あり | | | | |

※1：併設する介護保険事業所等により提供するサービスは記載しない。自立、要支援、要介護で提供するサービスが異なる場合は、それぞれについてサービスの一覧表を作成する。
 ※2：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）。住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームについては「なし」と記載する（項目自体を削除することも可）。

※3：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは月額の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。

※4：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。