

## 重要事項説明書

|       |                  |
|-------|------------------|
| 記入年月日 | 令和 年 月 日         |
| 記入者名  | 清水 純             |
| 所属・職名 | アンサンブル豊田曙<br>施設長 |

## 1. 設置者概要

|            |   |   |
|------------|---|---|
| 種類         | 個人／法人   |   |
|            | ※法人の場合、その種類   | 営利法人（株式会社）  |
| 名称         | （ふりがな）（めでいかる・けあ・さーびすかぶしきかいしゃ）<br>メディカル・ケア・サービス株式会社<br>※以下「当社」といいます。 |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒330-6029 埼玉県さいたま市中央区新都心 11 番地 2<br>ランド・アクシス・タワー29 階                |   |
| 連絡先        | 電話番号  | 048-711-6760  |
|            | FAX番号   | 048-852-1727  |
|            | ホームページアドレス  | <a href="http://www.mcsg.co.jp">http://www.mcsg.co.jp</a> |
| 代表者        | 氏名  | 山本教雄  |
|            | 職名  | 代表取締役社長   |
| 設立年月日      | 平成11年 11月 24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) (あんさんぶるとよたあけぼの)<br>アンサンブル豊田曙<br>※以下「当施設」または「施設」といいます。 |   |
| 所在地           | 〒471-0835<br>愛知県豊田市曙町1丁目37番地1                                |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅  | 名鉄三河線 土橋駅   |
|               | 交通手段と所要時間  | ① 自動車利用の場合<br>・豊田インターより約10分                               |
| 連絡先           | 電話番号   | 0565-25-2270  |
|               | FAX番号  | 0565-26-7780  |
|               | ホームページアドレス   | <a href="http://www.mcsg.co.jp">http://www.mcsg.co.jp</a> |
| 管理者           | 氏名   | 清水 純  |
|               | 職名   | 施設長   |
| 建物の竣工日        |  | 平成 27年 5月 15日   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |  | 平成 27年 7月 1日  |

### (類型)【表示事項】

|                                     |             |                |
|-------------------------------------|-------------|----------------|
| ① 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)       |             |                |
| 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) |             |                |
| 3 住宅型                               |             |                |
| 4 健康型                               |             |                |
| 1又は2に<br>該当する場<br>合                 | 介護保険事業者番号   | 第 2373003421 号 |
|                                     | 指定した自治体名    | 愛知県豊田市         |
|                                     | 事業所の指定日     | 平成 27年 7月 1日   |
|                                     | 指定の更新日 (直近) | 令和 3年 7月 1日    |

### 3. 建物概要

|        |                |                                  |                                |      |        |     |
|--------|----------------|----------------------------------|--------------------------------|------|--------|-----|
| 土地     | 敷地面積           | 1,159.63 m <sup>2</sup>          |                                |      |        |     |
|        | 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                     |                                |      |        |     |
|        |                | 抵当権の有無                           | ① あり                           | 2 なし |        |     |
| 建物     | 延床面積           | 全体                               | 1,804.86 m <sup>2</sup>        |      |        |     |
|        |                | うち、老人ホーム部分                       | 638.40 m <sup>2</sup>          |      |        |     |
|        | 耐火構造           | ① 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( ) |                                |      |        |     |
| 居室の状況  | 居室区分<br>【表示事項】 | ① 全室個室                           |                                |      |        |     |
|        |                | 2 相部屋あり                          |                                |      |        |     |
|        |                | 最少                               | 人部屋                            |      |        |     |
|        |                | 最多                               | 人部屋                            |      |        |     |
|        |                | トイレ                              | 浴室                             | 面積   | 戸数・室数  | 区分* |
| 介護居室個室 | ① 有/無          | 有/② 無                            | 13.60~<br>14.50 m <sup>2</sup> | 40   | 介護居室個室 |     |
| タイプ2   | 有/無            | 有/無                              | m <sup>2</sup>                 |      |        |     |
| タイプ3   | 有/無            | 有/無                              | m <sup>2</sup>                 |      |        |     |
| タイプ4   | 有/無            | 有/無                              | m <sup>2</sup>                 |      |        |     |
| タイプ5   | 有/無            | 有/無                              | m <sup>2</sup>                 |      |        |     |

|                      | タイプ6   | 有/無  | 有/無             | m <sup>2</sup> |  |
|----------------------|--|------|-----------------|----------------|--|
| 共用施設                 | 共用便所における<br>便房   | 5ヶ所  | うち男女別の対応が可能な便房  | 0ヶ所            |  |
|                      |  |      | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 5ヶ所            |  |
|                      | 共用浴室   | 6ヶ所  | 個室              | 4ヶ所            |  |
|                      |  |      | 大浴場             | 0ヶ所            |  |
|                      | 共用浴室における<br>介護浴槽   | 2ヶ所  | チェアー浴           | 1ヶ所            |  |
|                      |  |      | リフト浴            | 0ヶ所            |  |
|                      |  |      | ストレッチャー浴        | 1ヶ所            |  |
|                      |  |      | その他 ( )         | 0ヶ所            |  |
| 食堂                   | ① あり   | 2 なし |                 |                |  |
| 入居者や家族が利<br>用できる調理設備 | 1 あり   | ② なし |                 |                |  |
| エレベーター               | 1 あり (車椅子対応)<br>② あり (ストレッチャー対応)<br>3 あり (上記1・2に該当しない)<br>4 なし |      |                 |                |  |
| 消防用設備<br>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        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. その人らしいシルバーライフを常にサポートします。</li> <li>2. 心をこめた親切なサービスに努め、その心と技術を磨き続けます。</li> <li>3. さまざまな機会を通じて、地域の人々へのふれあいを大切にします。</li> </ol> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>アクティビティ・ケアの充実。</p> <p>映画鑑賞会、フラワーアレンジメント、パッチワーク教室等、近隣の方の協力を得て、趣味の分野</p>  |

|                |   |
|----------------|---|
|                | でのアクティビティを多数ご用意し、大切な日々をお過ごし頂くアイデアがいっぱいのアンサンブル豊田曙です。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護  | ① 自ら実施 2 委託 3 なし                                    |
| 食事の提供          | 1 自ら実施 ② 委託 3 なし                                    |
| 洗濯、掃除等の家事の供与   | ① 自ら実施 2 委託 3 なし                                    |
| 健康管理の供与        | ① 自ら実施 2 委託 3 なし                                    |
| 安否確認又は状況把握サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし                                    |
| 生活相談サービス       | ① 自ら実施 2 委託 3 なし                                    |

(介護サービスの内容)

|                                |               |                    |           |
|--------------------------------|---------------|--------------------|-----------|
| 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 | 個別機能訓練加算      | ① あり 2 なし          |           |
|                                | 夜間看護体制加算      | ① あり 2 なし          |           |
|                                | 医療機関連携加算      | ① あり 2 なし          |           |
|                                | 看取り介護加算       | 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)イ               | 1 あり ② なし |
|                                |               | (I)ロ               | 1 あり ② なし |
|                                |               | (II)               | 1 あり ② なし |
|                                |               | (III)              | 1 あり ② なし |
|                                | 退院・退所時連携加算    | ① あり 2 なし          |           |
|                                | 入居継続支援加算      | 1 あり ② なし          |           |
|                                | 生活機能向上連携加算    | 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          |           |
|                                | 口腔衛生管理体制加算    | ① あり 2 なし          |           |
| 栄養スクリーニング加算                    | ① あり 2 なし     |                    |           |
| 介護職員処遇改善加算                     | 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)<br>: |           |
|                                | ② なし          |                    |           |

(医療連携の内容)

|          |   |   |                                  |
|----------|---|---|----------------------------------|
| 医療支援     |   | ① 救急車の手配<br>② 入退院の付き添い<br>③ 通院介助<br>4 その他 ( ) |                                  |
| 協力医療機関   | 1 | 名称  | トヨタ記念病院                          |
|          |   | 住所  | 愛知県豊田市平和町1丁目1番地                  |
|          |   | 診療科目  | 循環器科、呼吸器科、消化器科、神経内科等             |
|          |   | 協力内容  | 診療治療、定期健康診断、緊急時の対応、健康相談          |
|          | 2 | 名称  | 医療法人 三九会 三九朗病院                   |
|          |   | 住所  | 愛知県豊田市小坂町7丁目80番地                 |
|          |   | 診療科目  | 内科、糖尿病内科、整形外科、リハビリ科等             |
|          |   | 協力内容  | 診療治療、定期健康診断、緊急時の対応、健康相談          |
|          | 3 | 名称  | 医療法人 泉会 細野クリニック                  |
|          |   | 住所  | 豊田市曙町2丁目21-24                    |
|          |   | 診療科目  | 循環器科、内科、外科、整形外科                  |
|          |   | 協力内容  | 診療治療、定期健康診断、緊急時の対応、健康相談          |
|          | 4 | 名称  | ひなたクリニック                         |
|          |   | 住所  | 安城市日の出町7-1 2F-B                  |
|          |   | 診療科目  | 内科                               |
|          |   | 協力内容  | 診療治療、定期健康診断、緊急時の対応、健康相談          |
| 協力歯科医療機関 |   | 名称  | 中町歯科                             |
|          |   | 住所  | 愛知県豊田市中町中郷144-9                  |
|          |   | 協力内容  | 無料歯科健診、嚥下訓練、虫歯・歯周病治療、入れ歯作製・修理、抜歯 |

(入居後に居室を住み替える場合)

|                |  |
|----------------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合 | 1 一時介護室へ移る場合<br>② 介護居室へ移る場合<br>3 その他 ( )                                 |
| 判断基準の内容        | 当社は、お客様に対してより良い生活を提供していくために、お客様の介護度の変化、その他必要性を考慮して、お客様に居室の移動を求める場合があります。 |
| 手続きの内容         | 1 当社が指定する医師の意見を聴く。<br>2 ご家族および身元引受人等の意見を聴く。                              |

|                  |        |   |
|------------------|--------|---|
|                  |        | 3 移動後の居室及び介護等の内容等についてお客様、ご家族様および身元引受人等に説明を行う。<br>4 お客様の同意を得る。<br>なお、移動後は、一定の観察期間を設けることとします。 |
| 追加的費用の有無         |        | ① あり 2 なし   |
| 居室利用権の取扱い        |        | 移動にともない、移動前の居室にかかる利用権は消滅し、移動後の居室にかかる利用権が新たに発生します。   |
| 前払金償却の調整の有無      |        | 1 あり ② なし   |
| 従前の居室との<br>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<br>② なし  |

(入居に関する要件)

|                    |  |           |
|--------------------|--|-----------|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者  | 1 あり ② なし |
|                    | 要支援の者  | ① あり 2 なし |
|                    | 要介護の者  | ① あり 2 なし |
| 留意事項               |  |           |
| 契約の解除の内容           | <p>1 当社は、次の各号のいずれかに該当することとなった場合、何らかの催告なく、当施設に利用契約（以下「本契約」といいます。）を、契約締結時に遡って消滅させること（以下「解除」といいます。）ができます。</p> <p>① 入居時において要介護状態区分が要介護1から5までのいずれかに該当、または要支援状態区分が要支援1もしくは2に該当していなかったことが判明したとき。</p> <p>② 入居予定日を14日以上経過しても入居せず、または入居予定日から14日以内に入居する見込みが立たないことが判明したとき。</p> <p>2 当社が、上記1により本契約を解除することとなった場合、当社はおお客様に対し、当社が被った損害について、別途賠償を求めることができることとします。</p> |           |

|                       |             |   |
|-----------------------|-------------|---|
| <p>事業主体から解約を求める場合</p> | <p>解約条項</p> | <p>① お客様が、伝染性疾患等により他の入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがある等、著しい支障が認められる状況となったことにより、当施設での生活を継続することができなくなったとき。</p> <p>② お客様が医療機関に連続して2ヶ月以上入院する等により、当施設において生活することができおらず、当施設における生活を再開できる見込みが立たないとき。</p> <p>③ 本契約にもとづく金銭債務の中に、履行期限を2ヶ月以上経過しても履行されないものがあることから、入居者（連帯保証人が定められている場合には当該連帯保証人）に対し、相当期間を定めて当該金銭債務の履行を催告したにもかかわらず、当該相当期間内に当該金銭債務が履行されず、その後も履行される見込みが立たないとき。</p> <p>④ 本契約にもとづく金銭債務の中に、履行期限を2ヶ月以上経過しても履行されないものがあり、当社との間で、当該履行されない金銭債務について、これを分割して履行する旨の契約が締結されたにもかかわらず、当該契約に定めた期限の利益喪失事由に該当する事由が生じたとき。</p> <p>⑤ お客様の療養看護および財産管理について、ご家族間で意見の対立があったことから、ご家族に協議を求めたにもかかわらず、相当期間経過後もご家族間で協議が整わなかったとき。</p> <p>⑥ お客様のご家族間に争いがあり、当施設におけるお客様の生活や当施設の運営に著しい支障がもたらされたことから、ご家族に善処を求めたにもか</p> |
|-----------------------|-------------|---|

|              |  |   |
|--------------|--|---|
|              |  | <p>かわらず、相当期間経過後も善処されなかったとき。</p> <p>⑦ その他、お客様の医療行為依存度が著しく高まったことから、当施設においては生活が困難、または天災、災害、施設・設備の故障により当施設の利用が困難となる等、当施設において介護サービスの提供を受けることができない特別な事情または合理的な理由が存することとなったとき。</p> |
|              | 解約予告期間   | 2ヶ月   |
| 入居者からの解約予告期間 | 退去を希望する日の少なくとも30日前まで   |   |
| 体験入居の内容      | <p>① あり<br/>内容：1泊2日（食事付き）1人 15,000円（税込）<br/>※最大6泊7日までとします。</p> <p>2 なし</p>   |   |
| 入居定員         | 40人  |   |
| その他          | <p>（事業所内で発生する事故について）</p> <p>① 当社では、従業者が日々細心の注意を払って見守りを行うほか、マニュアルを整備する等により、事故の未然防止・抑止に努めているものの、お客様一人ひとりに常時付き添って見守り等を行うことが困難なことから、以下のような事故を未然に防ぐことができない場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ベッドやイスからの転倒・転落によるケガや骨折</li> <li>・ 飲食物の誤飲・誤嚥、あるいは窒息</li> <li>・ 単独外出による行方不明</li> </ul> <p>② 集団生活の場であることから、一般的な風邪のみならず、インフルエンザやノロウイルス、疥癬等といった感染症が広がる可能性があるほか、お客様同士の言い争いがケンカに発展し、そうしたケンカが原因で、お客様がケガをする場合があります。</p> <p>（面会について）</p> <p>① 面会時間は、9：00～20：00までとなっております。</p> <p>② 来訪された際は、施設職員にお声掛けいただくとともに、来訪者票に必要事項をご記入いただきます。</p> |   |

## 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  |     | 1              |
| 生活相談員  | 1         | 1  | 0   | 1              |
| 直接処遇職員   |           |    |     |                |
| 介護職員   | 17        | 8  | 9   | 14.3           |
| 看護職員   | 4         | 2  | 2   | 3.2            |
| 機能訓練指導員  | 1         | 1  | 0   | 1              |
| 計画作成担当者  | 1         | 1  |     | 1              |
| 栄養士  |           |    |     | 外部委託           |
| 調理員  |           |    |     | 外部委託           |
| 事務員  | 1         |    | 1   | 0.47           |
| その他職員  | 2         |    | 2   | 0.6            |
| 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  |           |    |     |                |
| ※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     | 0  | 0   | 0 |
| 介護福祉士     | 5  | 2   | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 6  | 3   | 3 |
| 初任者研修の修了者 | 2  | 0   | 2 |
| 介護支援専門員   | 1  | 1   | 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 | 4  | 2   | 2 |
| 理学療法士     |    |     |   |
| 作業療法士     | 1  | 1   |   |

|             |  |  |  |
|-------------|--|--|--|
| 言語聴覚士       |  |  |  |
| 柔道整復士       |  |  |  |
| あん摩マッサージ指圧師 |  |  |  |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

|                             |      |                 |
|-----------------------------|------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 ( 16:30 ~ 翌 9:30 ) |      |                 |
|                             | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                        | 0人   | 0人              |
| 介護職員                        | 2人   | 2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) | 1.8 : 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    | 0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   | 社会福祉士主事<br>ヘルパー2級 |

|                          |               | 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              |               | 0    | 0         | 1    | 2   | 1     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 前年度1年間の退職者数              |               | 0    | 0         | 4    | 2   | 1     | 0   | 0       | 1   | 0       | 0   |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満          | 0    | 0         | 2    | 4   | 1     | 0   | 1       | 0   | 0       | 0   |
|                          | 1年以上<br>3年未満  | 2    | 3         | 3    | 3   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                          | 3年以上<br>5年未満  | 0    | 0         | 1    | 2   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                          | 5年以上<br>10年未満 |      |           | 1    | 1   |       |     |         |     | 1       |     |
|                          | 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式<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<br>利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額なし ② 日割り計算で減額<br>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  | 経済状況の変化や物価の変動等を考慮し、見直す場合があります。          |
|                                | 手続き   | 理由を付して事前にご連絡させていただきます。                  |

(利用料金のプラン)

|   |                               | 0円プラン                      | 504万円プラン                   | 1008万円プラン                  |         |
|---|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------|
| 入居者の状況  | 要介護度                          | 要支援または要介護                  | 要支援または要介護                  | 要支援または要介護                  |         |
|   | 年齢                            | 原則 65 歳以上                  | 原則 65 歳以上                  | 原則 65 歳以上                  |         |
| 居室の状況   | 床面積                           | 13.60～14.50 m <sup>2</sup> | 13.60～14.50 m <sup>2</sup> | 13.60～14.50 m <sup>2</sup> |         |
|   | 便所                            | ① 有 2 無                    | ① 有 2 無                    | ① 有 2 無                    |         |
|   | 浴室                            | ① 有 2 無                    | ① 有 2 無                    | ① 有 2 無                    |         |
|   | 台所                            | ① 有 2 無                    | ① 有 2 無                    | ① 有 2 無                    |         |
| 入居時点で必要な費用  | 前払金                           | 0円                         | 5,040,000円                 | 10,080,000円                |         |
|   | 敷金                            | 0円                         | 0円                         | 0円                         |         |
| 月額費用の合計   |                               | 236,000円                   | 209,000円                   | 188,000円                   |         |
| 家賃  |                               | 89,600円                    | 68,600円                    | 47,600円                    |         |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 |                            | -                          | -                          |         |
|   | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費                         | 64,800円                    | 64,800円                    | 64,800円 |
|   |                               | 管理費                        | 81,600円                    | 75,600円                    | 75,600円 |
|   |                               | 介護費用                       | -                          | -                          | -       |
|   |                               | 光熱水費                       | -                          | -                          | -       |
|   | その他                           | -                          | -                          | -                          |         |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p> |                               |                            |                            |                            |         |

(利用料金の算定根拠)

| 費目   | 算定根拠   |
|------|--|
| 家賃   | 近隣相場や世間相場等をベースに決定しています。<br>※経済状況の変化や物価の変動等を考慮し、見直す場合があります。 |
| 敷金   | なし   |
| 介護費用 | なし   |
| 管理費  | 共用施設等の維持管理費・水光熱費・事務所経費です。                                  |
| 食費   | 1日当たりの食費を2,160円としていますので、1ヶ月＝30日として計算する                     |

|                      |  |
|----------------------|--|
|                      | <p>と、1ヶ月当たりの食費は、2,160円/日×30日＝64,800円となります。また、その内訳として、食材料費（25,920円/月）と厨房維持費（38,880円/月）を想定しています。</p> <p>※ 1日の食費の内訳として、朝食：432円・昼食：756円・夕食：756円・おやつ：216円程度を想定していますが、食費の計算は1食あたりではなく、1日単位で計算されます。</p> <p>※ 厨房維持費は、調理部門の人員や厨房設備/備品の維持にかかる費用ですので、欠食された場合や、胃ろう等によりお食事を召し上がらない場合も、厨房維持費についてはご負担いただきます（ただし、食材料費についてはいただきません。）。</p> <p>※ 欠食される場合は、欠食される日の3日前までにその旨をお知らせください。この場合、1日あたりの食材料費864円×欠食日数分が返金されます。</p> <p>※ 医師の指示による治療食や、特別な食材を用いる等により提供される特別食については、別途費用がかかる場合があります。</p> |
| 光熱水費                 | 管理費に含まれているため、光熱水費としてはいただきません。  |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 個別的な選択による生活支援サービスの対価および当該サービスを提供する人員確保に要する人件費相当分を算定根拠としています。   |
| その他のサービス利用料          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴介助(週3回以上の場合、3回目の入浴から)：2,160円/回</li> <li>・協力医療機関以外への通院介助：介助者1人につき2,160円/時</li> <li>・個別的な外出介助：介助者1人につき2,160円/時</li> <li>・買物代行(通常想定している範囲の店舗での実施日以外の買い物)：1,080円/回</li> <li>・買物代行(通常想定している範囲の店舗以外の店舗での買い物)：2,160円/時</li> <li>・行政等に提出する書類の作成代行：3,240円/回</li> <li>・行政手続きの代行：3,240円/回</li> <li>・外部業者による洗濯(週3回)：4,320円/月</li> <li>・居室清掃(入居者の依頼にもとづく実施日以外の清掃)：2,160円/回</li> <li>・外部業者による理美容：実費</li> <li>・健康診断(年2回)：実費</li> </ul>        |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

| 費目                                    | 算定根拠  |
|---------------------------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護 <sup>※</sup> に対する自己負担     | 厚生労働省が定める居宅サービスおよび介護予防サービスに要する費用の額に関する基準（告示）に基づく。 |
| 特定施設入居者生活介護 <sup>※</sup> における人員配置が手厚い | なし  |

|                     |  |
|---------------------|--|
| 場合の介護サービス（上乗せサービス）  |  |
| ※ 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                                 | (1ヶ月分の家賃相当額の一部) × (契約期間 (月数))<br>「504万円プラン」の場合、21,000円 × 12ヶ月 × 20年間 = 5,040,000円<br>「1008万円プラン」の場合、42,000円 × 12ヶ月 × 20年間 = 10,080,000円   |
| 想定居住期間 (償却年月数)                       | 12ヶ月 × 20年間 = 240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) | なし  |
| 初期償却率                                | -%  |
| 返還金の算定方法                             | <p>「1008万円プラン」の場合：入居一時金として受領した1008万円から、当該入居一時金のうち、入居期間に対応する分として、以下のイおよびロにより計算される金額の合計を控除した金額を返還金として返金させていただきます。</p> <p>イ 入居期間のうち、一月に満たない部分にかかる分42,000円を30で除した金額（1400円）に、一月に満たない部分の日数を乗じた金額。</p> <p>ロ 入居期間のうち、上記イ以外の期間にかかる分一月に満たない部分を除いた期間の月数に、42,000円を乗じた金額。</p> <p>「504万円プラン」の場合：入居一時金として受領した504万円から、当該入居一時金のうち、入居期間に対応する分として、以下のイおよびロにより計算される金額の合計を控除した金額を返還金として返金させていただきます。</p> <p>イ 入居期間のうち、一月に満たない部分にか</p> |

|             |                   |   |
|-------------|-------------------|---|
|             |                   | <p>かる分 21,000 円を 30 で除した金額 (700 円) に、一月に満たない部分の日数を乗じた金額。</p> <p>ロ 入居期間のうち、上記イ以外の期間にかかる分一月に満たない部分を除いた期間の月数に、21,000 円を乗じた金額。</p>  |
|             | 入居後 3 月を超えた契約終了   | <p>「1008 万円プラン」の場合：入居一時金として受領した 1008 万円のうち、未経過期間に対応する分として、以下のイおよびロにより計算される金額の合計を返還金として返金させていただきます。</p> <p>イ 未経過期間のうち、一月に満たない部分にかかる利用分 42,000 円を 30 で除した金額 (1,400 円) に、一月に満たない部分の日数を乗じた金額。</p> <p>ロ 未経過期間のうち、上記イ以外の期間にかかる利用分一月に満たない部分を除いた期間の月数に、42,000 円を乗じた金額。</p> <p>「504 万円プラン」の場合：入居一時金として受領した 504 万円のうち、未経過期間に対応する分として、以下のイおよびロにより計算される金額の合計を返還金として返金させていただきます。</p> <p>イ 未経過期間のうち、一月に満たない部分にかかる利用分 21,000 円を 30 で除した金額 (700 円) に、一月に満たない部分の日数を乗じた金額。</p> <p>ロ 未経過期間のうち、上記イ以外の期間にかかる利用分一月に満たない部分を除いた期間の月数に、21,000 円を乗じた金額。</p> |
| 前払金の<br>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 | 日立キャピタル信託株式会社   |
|             | 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          | 17人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 0人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 1人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 8人  |
|       | 85歳以上       | 22人 |
| 要介護度別 | 自立          | -   |
|       | 要支援 1       | 2人  |
|       | 要支援 2       | 1人  |
|       | 要介護 1       | 13人 |
|       | 要介護 2       | 6人  |
|       | 要介護 3       | 2人  |
|       | 要介護 4       | 4人  |
|       | 要介護 5       | 3人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 7人  |
|       | 6ヶ月以上 1年未満  | 4人  |
|       | 1年以上 5年未満   | 18人 |
|       | 5年以上 10年未満  | 2人  |
|       | 10年以上 15年未満 | 0人  |
|       | 15年以上       | 0人  |

**(入居者の属性)**

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| 平均年齢                          | 87.6歳 |
| 入居者数 <sup>※</sup> の合計         | 31    |
| 入居率 <sup>※※</sup>             | 77.5% |
| 豊田市外からの転入者数<br>(豊田市外住民登録者を含む) | 8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      | 0人                                     |
|         | 社会福祉施設   | 3人                                     |
|         | 医療機関     | 0人                                     |
|         | 死亡者      | 6人                                     |
|         | その他      | 0人                                     |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 0人                                     |
|         |          | (解約事由の例)                               |
|         | 入居者側の申し出 | 9人                                     |
|         |          | (解約事由の例) 長期入院<br>特別養護老人ホームへ入居<br>家族と同居 |

## 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

|          |       |                      |
|----------|-------|----------------------|
| 窓口の名称    |       | アンサンブル豊田曙 お客様相談・苦情窓口 |
| 電話番号     |       | 0565-25-2270         |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00～18:00           |
|          | 土曜    | 9:00～18:00           |
|          | 日曜・祝日 | 9:00～18:00           |
| 定休日      |       | なし                   |

|          |       |                           |
|----------|-------|---------------------------|
| 窓口の名称    |       | メディカル・ケア・サービス株式会社 相談・苦情窓口 |
| 電話番号     |       | 0120-3765-820 (フリーダイヤル)   |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00～18:00                |
|          | 土曜    | 9:00～18:00                |
|          | 日曜・祝日 | 9:00～18:00                |
| 定休日      |       | なし                        |

(外部の苦情処理機関)

|          |       |              |
|----------|-------|--------------|
| 窓口の名称    |       | 豊田市役所 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    | 定休日          |
|          | 日曜・祝日 | 定休日          |
| 定休日      |       | 土曜・日曜・祝日     |

|          |                |            |
|----------|----------------|------------|
| 窓口の名称    | 愛知県国民健康保険団体連合会 |            |
| 電話番号     | 052-971-4165   |            |
| 対応している時間 | 平日             | 9:00～17:00 |
|          | 土曜             | 定休日        |
|          | 日曜・祝日          | 定休日        |
| 定休日      | 土曜・日曜・祝日       |            |

(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>三井住友海上火災保険株式会社の「福祉事業者総合賠償責任保険」に加入しています。   |
|                               | 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>入居中に事故が発生した場合は、市町村・ご家族様等へ連絡いたします。また、サービス提供にあたって、万一事故が発生し、お客様の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き、速やかにお客様に対して損害の賠償を行います。ただし、お客様側に重大に過失がある場合には、その賠償額が減額されるこ |
|                               | 2 なし | とがあります。<br>※ 損害賠償責任保険の保険金は、当社に過失が認められる場合に限り支払われるものであるため、発生したすべての損害に対して保険金が支払われるわけではありません。   |
| 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 | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>③ 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>③ 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>③ 公開していない |

### 10. その他

|                     |                         |             |
|---------------------|-------------------------|-------------|
| 運営懇談会               | 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<br>【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名: )<br>② なし |             |
| 有料老人ホーム設置時の老人       | ① あり 2 なし               |             |

|  |  |
|--|--|
| 福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出                            | 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）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない               |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                            | 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 令和 年 月 日

説明者署名

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業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                    |    |    | 事業所の名称             | 所在地               |
|------------------------------|----|----|--------------------|-------------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |    |                    |                   |
| 訪問介護                         | あり | なし |                    |                   |
| 訪問入浴介護                       | 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 |                    |                   |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |    |                    |                   |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護             | あり | なし |                    |                   |
| 夜間対応型訪問介護                    | あり | なし |                    |                   |
| 認知症対応型通所介護                   | あり | なし |                    |                   |
| 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 | 愛の家グループホーム<br>中川新家 | 名古屋市中川区新家三丁目301番地 |
|                              |    |    | 愛の家グループホーム<br>弥富   | 弥富市綱浦町用水上115      |
| 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 |                    |                   |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |    |                    |                   |
| 介護予防訪問介護                     | あり | なし |                    |                   |
| 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 |                    |                   |
| 介護予防通所介護                     | 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 |                    |                   |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |    |                    |                   |
| 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 | 愛の家グループホーム<br>中川新家 | 名古屋市中川区新家三丁目301番地 |
|                              |    |    | 愛の家グループホーム<br>弥富   | 弥富市綱浦町用水上115      |

|           |    |    |  |  |
|-----------|----|----|--|--|
| 介護予防支援    | あり | なし |  |  |
| <介護保険施設>  |    |    |  |  |
| 介護老人福祉施設  | あり | なし |  |  |
| 介護老人保健施設  | あり | なし |  |  |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし |  |  |

別添2 有料老人ホーム・サ－ビス付き高齢者向け住宅が提供するサ－ビスの指定の有無

| 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 |    | 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 | 備考                                    |
|----------------------------------|----|------------------------------|----|-------------|----------|------|---------------------------------------|
| 介護サービス                           |    |                              |    |             |          |      |                                       |
| 食事介助                             | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| 排泄介助・おむつ交換                       | あり | なし                           | あり | ○           |          |      | 実費徴収                                  |
| おむつ代                             |    | なし                           |    | ○           |          |      |                                       |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| 特浴介助                             | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| 機能訓練                             | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| 通院介助                             | あり | なし                           | あり | ○           |          |      | 協力病院以外は2,160円/時間                      |
| 生活サービス                           |    |                              |    |             |          |      |                                       |
| 居室清掃                             | あり | なし                           | あり | ○           |          |      | 週2回                                   |
| リネン交換                            | あり | なし                           | あり | ○           |          |      | 週1回                                   |
| 日常の洗濯                            | あり | なし                           | あり | ○           |          |      | 週3回<br>※外部業者との個別契約となります。<br>1ヶ月4,320円 |
| 居室配膳・下膳                          | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| おやつ                              | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| 理美容師による理美容サービス                   | あり | なし                           | あり | ○           |          |      | 実費徴収                                  |
| 買い物代行                            | あり | なし                           | あり | ○           |          |      | 週1回指定（実施以外は2,160円/時間）                 |
| 役所手続き代行                          | あり | なし                           | あり | ○           |          |      | 3,240円                                |
| 金銭・貯金管理                          | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| 健康管理サービス                         |    |                              |    |             |          |      |                                       |
| 定期健康診断                           | あり | なし                           | あり | ○           |          |      | 入居者実費負担（年に2回実施）                       |
| 健康相談                             | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| 生活指導・栄養指導                        | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| 服薬支援                             | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | あり | なし                           | あり | ○           |          |      |                                       |
| 入退院時・入院中のサービス                    |    |                              |    |             |          |      |                                       |
| 移送サービス                           | あり | なし                           | あり | ○           |          |      | 協力病院以外は2,160円/時間                      |
| 入退院時の同行                          | あり | なし                           | あり | ○           |          |      | 協力病院以外は2,160円/時間                      |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | あり | なし                           | あり |             |          |      |                                       |
| 入院中の見舞い訪問                        | あり | なし                           | あり |             |          |      |                                       |

|                |    |    |    |    |   |  |  |  |         |
|----------------|----|----|----|----|---|--|--|--|---------|
| その他            |    |    |    |    |   |  |  |  |         |
| 巡回             | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  |  | 2時間毎に巡回 |
| 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利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。
- ※ 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。

