

## 有料老人ホーム重要事項説明書

医療法人和同会

介護付有料老人ホーム 西広島あかり苑

## 重要事項説明書

|      |      |       |                 |
|------|------|-------|-----------------|
|      |      | 記入年月日 | 平 27 年 10 月 1 日 |
| 記入者名 | 中下 豊 | 所属・職名 | 西広島あかり苑 事務      |

## 1. 事業主体概要

|                                 |                  |                                     |                             |                                     |      |
|---------------------------------|------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------|
| 事業主体の名称，主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 |                  |                                     |                             |                                     |      |
| 事業主体の名称                         | 法人等の種類           | なし                                  | <input type="checkbox"/>    | <input checked="" type="checkbox"/> | 医療法人 |
|                                 | 名称               | (ふりがな) いりょうほうじんわどうかい<br>医療法人和同会     |                             |                                     |      |
| 事業主体の主たる<br>事務所の所在地             | 〒755-0151        | 山口県宇部市大字西岐波 229 番地の 3               |                             |                                     |      |
|                                 |                  |                                     |                             |                                     |      |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号             | (0836) 51-6222                      |                             |                                     |      |
|                                 | F A X 番号         | (0836) 51-4440                      |                             |                                     |      |
|                                 | ホームページ           | なし                                  |                             |                                     |      |
|                                 | アドレス             | <input checked="" type="checkbox"/> | : http://www.wadokai.or.jp/ |                                     |      |
| 事業主体の代表者の<br>氏名及び職名             | 氏名               | 高橋 幹治                               |                             |                                     |      |
|                                 | 職名               | 理事長                                 |                             |                                     |      |
| 事業主体の設立年月日                      | 昭和 39 年 6 月 24 日 |                                     |                             |                                     |      |

| 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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 |                  |                  |
| 訪問入浴介護                            | あり | なし |                  |                  |
| 訪問看護                              | あり | なし | ハローナース西広島        | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| 訪問リハビリテーション                       | あり | なし | 広島パークル病院         | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| 居宅療養管理指導                          | あり | なし |                  |                  |
| 通所介護                              | あり | なし | デイサービス元宇品        | 広島市南区元宇品町26番20号  |
| 通所リハビリテーション                       | あり | なし | 西広島幸楽苑           | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| 短期入所生活介護                          | あり | なし | 西広島短期入所生活介護      | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| 短期入所療養介護                          | あり | なし | 西広島幸楽苑           | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| 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 | 西広島グループホーム       | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| 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 |                  |                  |
| 複合型サービス                           | あり | なし |                  |                  |
| 居宅介護支援                            | あり | なし | 居宅介護支援事業所おまかせ西広島 | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| <居宅介護予防サービス>                      |    |    |                  |                  |
| 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 | ハローナース西広島        | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| 介護予防訪問リハビリテーション                   | あり | なし | 広島パークル病院         | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| 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 | デイサービス元宇品        | 広島市南区元宇品町26番20号  |
| 介護予防通所リハビリテーション                   | あり | なし | 西広島幸楽苑           | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| 介護予防短期入所生活介護                      | あり | なし | 西広島短期入所生活介護      | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| 介護予防短期入所療養介護                      | あり | なし | 西広島幸楽苑           | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| 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 | 西広島幸楽苑           | 広島市西区田方2丁目16番45号 |
| 介護療養型医療施設                         | あり | なし | 広島シタイト病院         | 広島市南区元宇品町26番20号  |

## 2. 施設概要

|                                                                      |                                                            |                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|
| 施設の名称，所在地及び電話番号その他の連絡先                                               |                                                            |                                                                            |  |
| 施設の名称                                                                | (ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む にしひろしまあかりえん<br>介護付有料老人ホーム 西広島あかり苑 |                                                                            |  |
| 施設の所在地                                                               | 〒733-0851                                                  | 広島市西区田方2丁目16番45号                                                           |  |
|                                                                      |                                                            |                                                                            |  |
| 施設の連絡先                                                               | 電話番号                                                       | 082-271-6511                                                               |  |
|                                                                      | FAX番号                                                      | 082-271-6566                                                               |  |
|                                                                      | ホームページ                                                     | なし                                                                         |  |
|                                                                      | アドレス                                                       | あり : <a href="http://www.nha.wadoukai.jp/">http://www.nha.wadoukai.jp/</a> |  |
| 施設の開設年月日                                                             |                                                            | 平成23年4月1日                                                                  |  |
| 施設の管理者の氏名<br>及び職名                                                    | 氏名                                                         | 早川 正                                                                       |  |
|                                                                      | 職名                                                         | 施設長                                                                        |  |
| 施設までの主な利用交通手段                                                        |                                                            |                                                                            |  |
| 広電バス : 山田団地・美鈴が丘高校行きバスに乗車し“広島高等技術専門学校前”バス停下車                         |                                                            |                                                                            |  |
| 施設の類型及び表示事項                                                          | 介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)                                |                                                                            |  |
| 介護保険事業所番号                                                            | 3470208905                                                 |                                                                            |  |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日，指定又は許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日) |                                                            |                                                                            |  |
| 事業の開始 (予定) 年月日                                                       | 平成23年4月1日                                                  |                                                                            |  |
| 指定の年月日                                                               | 平成23年4月1日                                                  |                                                                            |  |
| 指定の更新年月日                                                             |                                                            |                                                                            |  |

### 3. 従業者に関する事項

#### 職種別の従業者の人数及びその勤務形態

##### 有料老人ホームの人数及びその勤務形態

| 実人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計 | 常勤換算<br>人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|------------|
|         | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |            |
| 施設長     | 0  | 0   | 0   | 1   | 1  | 1          |
| 生活相談員   | 1  | 0   | 0   | 0   | 1  | 1          |
| 看護職員    | 5  | 0   | 1   | 0   | 6  | 5.6        |
| 介護職員    | 44 | 0   | 13  | 0   | 57 | 52.3       |
| 機能訓練指導員 | 1  | 0   | 0   | 0   | 1  | 1          |
| 計画作成担当者 | 1  | 0   | 0   | 0   | 1  | 1          |
| 栄養士     | 0  | 0   | 0   | 0   | 0  | 0          |
| 調理員     | 0  | 0   | 0   | 0   | 0  | 0          |
| 事務員     | 2  | 0   | 1   | 0   | 3  | 2.6        |
| その他従業者  | 0  | 0   | 3   | 0   | 3  | 1.7        |

1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40 時間

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

##### 従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数      | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|-----------|----|-----|-----|-----|
|           | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 社会福祉士     | 0  | 0   | 0   | 0   |
| 介護福祉士     | 28 | 0   | 7   | 0   |
| 介護職員基礎研修  | 0  | 0   | 0   | 0   |
| 訪問介護員 1 級 | 2  | 0   | 1   | 0   |
| 2 級       | 14 | 0   | 3   | 0   |
| 3 級       | 0  | 0   | 0   | 0   |
| 介護支援専門員   | 1  | 0   | 0   | 0   |

##### 従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数        | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|-------------|----|-----|-----|-----|
|             | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 理学療法士       | 1  | 0   | 0   | 0   |
| 作業療法士       | 0  | 0   | 0   | 0   |
| 言語聴覚士       | 0  | 0   | 0   | 0   |
| 看護師及び准看護師   | 0  | 0   | 0   | 0   |
| 柔道整復士       | 0  | 0   | 0   | 0   |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0  | 0   | 0   | 0   |

##### 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

| 人 数  | 夜間帯平均人数<br>(17 時～9 時) | 最少時人数<br>(休憩者等を除く) |
|------|-----------------------|--------------------|
| 看護職員 | 0                     | 0                  |
| 介護職員 | 6                     | 6                  |

| 特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態                                                                |    |     |     |        |      |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|-----|--------|------|--------|
| 実人数                                                                                             | 常勤 |     | 非常勤 |        | 合計   | 常勤換算人数 |
|                                                                                                 | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従    |      |        |
| 生活相談員                                                                                           | 1  | 0   | 0   | 0      | 1    | 1      |
| 看護職員                                                                                            | 5  | 0   | 1   | 0      | 6    | 5.6    |
| 介護職員                                                                                            | 44 | 0   | 13  | 0      | 54   | 52.3   |
| 機能訓練指導員                                                                                         | 1  | 0   | 0   | 0      | 1    | 1      |
| 計画作成担当者                                                                                         | 1  | 0   | 0   | 0      | 1    | 1      |
| その他従業者                                                                                          | 0  | 0   | 0   | 3      | 3    | 1.7    |
| 1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数                                                                          |    |     |     |        |      | 40時間   |
| ※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 |    |     |     |        |      |        |
| 従業者である介護職員が有している資格                                                                              |    |     |     |        |      |        |
| 延べ人数                                                                                            | 常勤 |     | 非常勤 |        |      |        |
|                                                                                                 | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従    |      |        |
| 社会福祉士                                                                                           | 0  | 0   | 0   | 0      |      |        |
| 介護福祉士                                                                                           | 28 | 0   | 7   | 0      |      |        |
| 介護職員基礎研修                                                                                        | 0  | 0   | 0   | 0      |      |        |
| 訪問介護員1級                                                                                         | 1  | 0   | 2   | 0      |      |        |
| 2級                                                                                              | 12 | 0   | 4   | 0      |      |        |
| 3級                                                                                              | 0  | 0   | 0   | 0      |      |        |
| 介護支援専門員                                                                                         | 1  | 0   | 0   | 0      |      |        |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格                                                                           |    |     |     |        |      |        |
| 延べ人数                                                                                            | 常勤 |     | 非常勤 |        |      |        |
|                                                                                                 | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従    |      |        |
| 理学療法士                                                                                           | 1  | 0   | 0   | 0      |      |        |
| 作業療法士                                                                                           | 0  | 0   | 0   | 0      |      |        |
| 言語聴覚士                                                                                           | 0  | 0   | 0   | 0      |      |        |
| 看護師及び准看護師                                                                                       | 0  | 0   | 0   | 0      |      |        |
| 柔道整復士                                                                                           | 0  | 0   | 0   | 0      |      |        |
| あん摩マッサージ指圧師                                                                                     | 0  | 0   | 0   | 0      |      |        |
| 管理者の他の職務との兼務の有無                                                                                 |    |     | あり  |        | なし   |        |
| 管理者が有している当該業務に係る資格等                                                                             |    | なし  | あり  | 資格等の名称 |      |        |
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合                                                    |    |     |     |        | 1.72 |        |

| 従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等 |         |     |         |     |       |     |
|-----------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
|                             | 看護職員    |     | 介護職員    |     | 生活相談員 |     |
|                             | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤    | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数                 | 2       | 0   | 13      | 3   | 0     | 0   |
| 前年度1年間の退職者数                 | 2       | 1   | 15      | 11  | 0     | 0   |
| 業務に従事した経験年数                 |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数                   | 1       | 0   | 12      | 1   | 0     | 0   |
| 1年以上3年未満の者の人数               | 1       | 0   | 15      | 3   | 1     | 0   |
| 3年以上5年未満の者の人数               | 3       | 0   | 21      | 3   | 0     | 0   |
| 5年以上10年未満の者の人数              | 0       | 0   | 0       | 0   | 0     | 0   |
| 10年以上の者の人数                  | 0       | 0   | 0       | 0   | 0     | 0   |
|                             | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |       |     |
|                             | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |       |     |
| 前年度1年間の採用者数                 | 0       | 0   | 0       | 0   |       |     |
| 前年度1年間の退職者数                 | 0       | 0   | 0       | 0   |       |     |
| 業務に従事した経験年数                 |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数                   | 0       | 0   | 0       | 0   |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数               | 0       | 0   | 1       | 0   |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数               | 1       | 0   | 0       | 0   |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数              | 0       | 0   | 0       | 0   |       |     |
| 10年以上の者の人数                  | 0       | 0   | 0       | 0   |       |     |
| 従業者の健康診断の実施状況               |         |     | なし      |     | あり    |     |

#### 4. サービスの内容

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |    |        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|--------|--|
| 施設の運営に関する方針                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |    |        |  |
| <p>(理念)</p> <p>常に入居者さんご家族の立場に立って考え行動し、よりよい介護を目指します。そして、医療・保健・福祉の分野で連携充実を図り、地域のニーズに応えます。</p> <p>(基本方針)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 常に入居者さんご家族の立場になって考え行動することを経営の根幹とします。</li> <li>2. 真心のこもったサポート、介護、家族のような温かさを持って接することができる心・資質を持った職員を育てます。</li> <li>3. より安全で質の高い介護サービスの向上を目指す為に、常に勉強・研修しようとする環境を整えます。</li> <li>4. 経営方針は常に明確にして、予算、実績は透明性を持ち、できるだけオープンにし、職員・入居者・ご家族と共に自由闊達に意見が言えるような明るい職場を目指します。</li> </ol> |           |    |        |  |
| 介護サービスの内容、利用定員等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |    |        |  |
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | なし        | あり |        |  |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | なし        | あり |        |  |
| 医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | なし        | あり |        |  |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | なし        | あり |        |  |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 別 紙       |    |        |  |
| 協力医療機関の名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 広島パークヒル病院 |    |        |  |
| <p>(協力の内容)</p> <p>・診療科目：内科、神経内科、放射線科、リハビリテーション科</p> <p>日常診療及び急変時の診療。急変時等専門医療機関への紹介。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |    |        |  |
| 協力歯科医療機関                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | なし        | あり | 力田歯科医院 |  |
| <p>(協力の内容)</p> <p>・歯科診療及び口腔ケアの実施。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |    |        |  |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |    |        |  |
| 要介護時に介護を行う場所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |    |        |  |
| 居室にて介護を行う。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |    |        |  |

|                                                                    |  |    |    |
|--------------------------------------------------------------------|--|----|----|
| 入居後に居室を住み替える場合                                                     |  |    |    |
| 一時介護室へ移る場合                                                         |  |    |    |
| 判断基準・手続について                                                        |  |    |    |
| (その内容)<br>医師の意見を聴き一時介護室での介護が必要な状態の時、本人及び身元引受人へ説明し了承を得て一時介護室で介護を提供。 |  |    |    |
| 追加的費用の有無                                                           |  | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い                                                          |  |    |    |
| (その内容)<br>共用施設の専用使用であることにより、専用居室の利用権に変更はありません。                     |  |    |    |
| 入居一時金償却の調整の有無                                                      |  | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無                                                   |  | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更                                                        |  |    |    |
| 便所の変更の有無                                                           |  | なし | あり |
| 浴室の変更の有無                                                           |  | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無                                                          |  | なし | あり |
| 台所の変更の有無                                                           |  | なし | あり |
| その他の変更の有無                                                          |  | なし | あり |
| (その内容)                                                             |  |    |    |
| 介護居室へ移る場合                                                          |  |    |    |
| 判断基準・手続について                                                        |  |    |    |
| (その内容)<br>入居者の状態が落ち着き、医師の意見を聴き介護居室へ戻れると判断された場合。                    |  |    |    |
| 追加的費用の有無                                                           |  | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い                                                          |  |    |    |
| (その内容)                                                             |  |    |    |
| 入居一時金償却の調整の有無                                                      |  | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無                                                   |  | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更                                                        |  |    |    |
| 便所の変更の有無                                                           |  | なし | あり |
| 浴室の変更の有無                                                           |  | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無                                                          |  | なし | あり |
| 台所の変更の有無                                                           |  | なし | あり |
| その他の変更の有無                                                          |  | なし | あり |
| (その内容)                                                             |  |    |    |

|             |  |                                                                                                                                                             |  |    |    |    |    |
|-------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|----|----|----|
|             |  | その他（                                                                                                                                                        |  | なし |    | あり |    |
|             |  | 判断基準・手続について                                                                                                                                                 |  |    |    |    |    |
|             |  | (その内容)                                                                                                                                                      |  |    |    |    |    |
|             |  | 追加的費用の有無                                                                                                                                                    |  |    |    | なし | あり |
|             |  | 居室利用権の取扱い                                                                                                                                                   |  |    |    |    |    |
|             |  | (その内容)                                                                                                                                                      |  |    |    |    |    |
|             |  | 入居一時金償却の調整の有無                                                                                                                                               |  |    |    | なし | あり |
|             |  | 従前の居室からの面積の増減の有無                                                                                                                                            |  |    |    | なし | あり |
|             |  | 従前居室との仕様の変更                                                                                                                                                 |  |    |    |    |    |
|             |  | 便所の変更の有無                                                                                                                                                    |  |    |    | なし | あり |
|             |  | 浴室の変更の有無                                                                                                                                                    |  |    |    | なし | あり |
|             |  | 洗面所の変更の有無                                                                                                                                                   |  |    |    | なし | あり |
|             |  | 台所の変更の有無                                                                                                                                                    |  |    |    | なし | あり |
|             |  | その他の変更の有無                                                                                                                                                   |  |    |    | なし | あり |
|             |  | (その内容)                                                                                                                                                      |  |    |    |    |    |
| 施設の入居に関する要件 |  |                                                                                                                                                             |  |    |    |    |    |
| 自立している者を対象  |  |                                                                                                                                                             |  | なし | あり |    |    |
| 要支援の者を対象    |  |                                                                                                                                                             |  | なし | あり |    |    |
| 要介護の者を対象    |  |                                                                                                                                                             |  | なし | あり |    |    |
| 留意事項        |  | 原則として65歳以上で、介護保険法による要支援、要介護の認定を受けた者とする。<br>伝染病疾患及び著しい精神的疾患等を有せず、かつ問題行動を伴わない者で、共同生活に適応できる者。<br>生活費当てることができる資産、所得、仕送り等があり、所定の利用料金を負担できる者。                     |  |    |    |    |    |
| 契約の解除の内容    |  | ・入居契約書に虚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遅滞するとき<br>・入居者の行動が、他の入居者又は従業員に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ではこれを防止することができないとき |  |    |    |    |    |
| 体験入居の内容     |  | 2泊3日以内で体験入居ができます（費用一泊2日5,400円）。                                                                                                                             |  |    |    |    |    |
| 入居定員        |  | 100人                                                                                                                                                        |  |    |    |    |    |
| その他         |  |                                                                                                                                                             |  |    |    |    |    |

| 入居者の状況                    |           |                 |                |                 |                  |        |
|---------------------------|-----------|-----------------|----------------|-----------------|------------------|--------|
| 入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日） |           |                 |                |                 |                  |        |
|                           | 要介護 1     | 要介護 2           | 要介護 3          | 要介護 4           | 要介護 5            | 合計     |
| 6 5 歳未満                   | 0         | 0               | 0              | 0               | 0                | 0      |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満           | 1         | 0               | 0              | 0               | 0                | 1      |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満           | 2         | 4               | 2              | 5               | 2                | 1 5    |
| 8 5 歳以上                   | 2 0       | 2 0             | 1 2            | 1 1             | 8                | 7 1    |
|                           | 自立        | 要支援 1           | 要支援 2          | 経過的要介護          |                  | 合計     |
| 6 5 歳未満                   | 0         | 0               | 0              | 0               |                  | 0      |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満           | 0         | 0               | 0              | 0               |                  | 0      |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満           | 0         | 1               | 0              | 0               |                  | 1      |
| 8 5 歳以上                   | 0         | 3               | 7              | 0               |                  | 1 0    |
| 入居者の平均年齢                  | 8 9 . 1 歳 |                 |                |                 |                  |        |
| 入居者の男女別人数                 | 男性        | 1 4             |                | 女性              | 8 4              |        |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む）     |           |                 |                |                 | 9 8 %            |        |
| 前年度の有料老人ホームを退去した者の人数      |           |                 |                |                 |                  |        |
|                           | 要介護 1     | 要介護 2           | 要介護 3          | 要介護 4           | 要介護 5            | 合計     |
| 自宅等                       | 0         | 0               | 0              | 0               | 0                | 0      |
| 社会福祉施設                    | 1         | 2               | 1              | 2               | 0                | 6      |
| 医療機関                      | 2         | 4               | 2              | 2               | 3                | 1 3    |
| 死亡者                       | 0         | 3               | 1              | 1               | 1                | 6      |
| その他                       | 0         | 0               | 0              | 0               | 0                | 0      |
|                           | 自立        | 要支援 1           | 要支援 2          | 経過的要介護          |                  | 合計     |
| 自宅等                       | 0         | 0               | 0              | 0               |                  | 0      |
| 社会福祉施設                    | 0         | 0               | 1              | 0               |                  | 1      |
| 医療機関                      | 0         | 0               | 0              | 0               |                  | 0      |
| 死亡者                       | 0         | 0               | 0              | 0               |                  | 0      |
| その他                       | 0         | 0               | 0              | 0               |                  | 0      |
| 入居者の入居期間                  |           |                 |                |                 |                  |        |
| 入居期間                      | 6 ヶ月未満    | 6 ヶ月以上<br>1 年未満 | 1 年以上<br>5 年未満 | 5 年以上 10<br>年未満 | 10 年以上<br>15 年未満 | 15 年以上 |
| 入居者数                      | 1 8       | 9               | 7 1            | 0               | 0                | 0      |

|                 |                                 |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
|-----------------|---------------------------------|----------------------------------|---------|------|----------------------|----------------------------|--|--|--|
| 施設、設備等の状況       |                                 |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| 建物の構造           | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物         |                                  |         |      | なし                   | あり                         |  |  |  |
|                 | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物        |                                  |         |      | なし                   | あり                         |  |  |  |
| 居室の状況           | 区分                              |                                  |         | 室数   | 人数                   | 1の居室の床面積                   |  |  |  |
|                 | 一般居室個室                          | あり                               | なし      | 100  |                      | m <sup>2</sup>             |  |  |  |
|                 | 一般居室相部屋                         | あり                               | なし      |      |                      | m <sup>2</sup>             |  |  |  |
|                 |                                 |                                  |         |      |                      | m <sup>2</sup>             |  |  |  |
|                 |                                 |                                  |         |      |                      | m <sup>2</sup>             |  |  |  |
|                 | 介護居室個室                          | あり                               | なし      |      |                      | 18.37～19.33 m <sup>2</sup> |  |  |  |
|                 | 介護居室相部屋                         | あり                               | なし      |      |                      | m <sup>2</sup>             |  |  |  |
|                 |                                 |                                  |         |      | m <sup>2</sup>       |                            |  |  |  |
|                 |                                 |                                  |         |      | m <sup>2</sup>       |                            |  |  |  |
| 一時介護室           | あり                              | なし                               |         |      | 18.37 m <sup>2</sup> |                            |  |  |  |
| 共用便所の設置数        | 11                              | うち男女別の対応が可能な数                    |         |      | 4                    |                            |  |  |  |
|                 |                                 | うち車いす等の対応が可能な数                   |         |      | 7                    |                            |  |  |  |
| 個室の便所の設置数       | 100                             | 個室における便所の設置割合                    |         |      | 100%                 |                            |  |  |  |
|                 |                                 | うち車いす等の対応が可能な数                   |         |      | 100                  |                            |  |  |  |
| 浴室の設備状況         | 浴室の数                            | 個浴                               | 大浴槽     | 特殊浴槽 | リフト浴                 |                            |  |  |  |
|                 |                                 | 5                                | 0       | 1    | 5                    |                            |  |  |  |
| その他、浴室の設備に関する事項 |                                 |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| 食堂の設備状況         | IHクッキングヒーター、グリル、オープンレンジ、食器洗い乾燥機 |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| 入居者等が調理を行う設備状況  |                                 |                                  |         | なし   | あり                   |                            |  |  |  |
| その他、共用施設の設備状況   |                                 |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| なし              | あり                              | (その内容)<br>地域交流・リハビリスペース、談話室、ラウンジ |         |      |                      |                            |  |  |  |
| バリアフリーの対応状況     |                                 |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| (その内容)          |                                 |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| 緊急通報装置の設置状況     | なし                              | 一部あり                             | 各居室内にあり |      |                      |                            |  |  |  |
| 外線電話回線の設置状況     | なし                              | 一部あり                             | 各居室内にあり |      |                      |                            |  |  |  |
| テレビ回線の設置状況      | なし                              | 一部あり                             | 各居室内にあり |      |                      |                            |  |  |  |
| 施設の敷地に関する事項     |                                 |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| 敷地の面積           |                                 |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| 事業所を運営する法人が所有   |                                 | なし                               | 一部あり    | あり   |                      |                            |  |  |  |
| 抵当権の設定          |                                 |                                  | なし      | あり   |                      |                            |  |  |  |
| 貸借（借地）          |                                 |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| なし              | あり                              | 契約期間                             | 始       | 終    |                      |                            |  |  |  |
| 契約の自動更新         |                                 |                                  |         | なし   | あり                   |                            |  |  |  |
| 施設の建物に関する事項     |                                 |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| 建物の構造           | 鉄骨鉄筋コンクリート造                     |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| 建物の延床面積         | 8,549.14 m <sup>2</sup>         |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| 事業所を運営する法人が所有   |                                 | なし                               | 一部あり    | あり   |                      |                            |  |  |  |
| 抵当権の設定          |                                 |                                  | なし      | あり   |                      |                            |  |  |  |
| 貸借（借家）          |                                 |                                  |         |      |                      |                            |  |  |  |
| なし              | あり                              | 契約期間                             | 始       | 終    |                      |                            |  |  |  |
| 契約の自動更新         |                                 |                                  |         | なし   | あり                   |                            |  |  |  |

|                                         |                                     |                             |                     |                                     |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況                     |                                     |                             |                     |                                     |
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口           |                                     |                             |                     |                                     |
| 窓口の名称                                   |                                     | 生活相談員                       |                     |                                     |
| 電話番号                                    |                                     | (082) 271-6511              |                     |                                     |
| 対応している時間                                |                                     | 平日                          | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0 |                                     |
|                                         |                                     | 土曜                          |                     |                                     |
|                                         |                                     | 日曜・祝日                       |                     |                                     |
| 定休日等                                    |                                     | 土曜日、日曜日、祝日、お盆、年末年始          |                     |                                     |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等                 |                                     |                             |                     |                                     |
| 窓口の名称                                   |                                     |                             |                     |                                     |
| 電話番号                                    |                                     |                             |                     |                                     |
| 対応している時間                                |                                     | 平日                          |                     |                                     |
|                                         |                                     | 土曜                          |                     |                                     |
|                                         |                                     | 日曜・祝日                       |                     |                                     |
| 定休日等                                    |                                     |                             |                     |                                     |
| サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応             |                                     |                             |                     |                                     |
| 損害賠償責任保険の加入状況                           |                                     |                             |                     |                                     |
| なし                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | (その内容)<br>居宅サービス事業者賠償事故補償制度 |                     |                                     |
| その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関すること |                                     |                             |                     |                                     |
| なし                                      | あり                                  | (その内容)                      |                     |                                     |
| サービスの提供内容に関する特色等                        |                                     |                             |                     |                                     |
| (その内容)                                  |                                     |                             |                     |                                     |
| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等           |                                     |                             |                     |                                     |
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況        |                                     |                             |                     |                                     |
| なし                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | 実施した年月日                     | 平成 24 年 2 月 20 日    |                                     |
|                                         |                                     | 当該結果の開示状況                   | なし                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 第三者による評価の実施状況                           |                                     |                             |                     |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>     | あり                                  | 実施した年月日                     |                     |                                     |
|                                         |                                     | 実施した評価機関の名称                 |                     |                                     |
|                                         |                                     | 当該結果の開示状況                   | なし                  | あり                                  |

## 5. 利用料金

|                          |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------|----------|------|----------|
| 月払い方式                    |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |
| 月単位で支払う利用料               |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |
| 年齢に応じた金額設定               |                                                                                                                                                                                                                | なし                                       |         | あり       |      |          |
| 要介護状態に応じた金額設定            |                                                                                                                                                                                                                | なし                                       |         | あり       |      |          |
| 料金プラン                    |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |
| プラン名称                    | 月額                                                                                                                                                                                                             | (内訳)                                     |         |          |      |          |
|                          | 計                                                                                                                                                                                                              | 家賃相当額                                    | 介護費用    | 食費       | 光熱水費 | 管理費      |
| —                        | 167,850 円                                                                                                                                                                                                      | 70,000 円                                 | 3,600 円 | 61,800 円 | 実費   | 36,050 円 |
|                          |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |
|                          |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。    |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |
| 算定根拠                     | 家賃相当額                                                                                                                                                                                                          | 実費                                       |         |          |      |          |
|                          | 介護費用                                                                                                                                                                                                           | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                    |         |          |      |          |
|                          | 食費                                                                                                                                                                                                             | 1 日 2,060 円 (朝食 433 円、昼食 824 円、夕食 803 円) |         |          |      |          |
|                          | 光熱水費                                                                                                                                                                                                           | 居室での電気使用量                                |         |          |      |          |
|                          | 管理費                                                                                                                                                                                                            | 共用部分の光熱水費・維持管理費・事務費・事務管理費                |         |          |      |          |
| 一時金・月払い方式共通              |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |
| 介護保険サービスの自己負担額           |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |
| 内容                       | ※要介護度に応じて介護費用の 1 割を徴収する。                                                                                                                                                                                       |                                          |         |          |      |          |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス (再掲)   |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         | なし       |      | あり       |
| 内容                       | 介護・看護職員の配置が 2 : 1                                                                                                                                                                                              |                                          |         |          |      |          |
| 利用料                      | 1 2 0      円 (    月額    ・    日額    )                                                                                                                                                                           |                                          |         |          |      |          |
| 算定根拠                     |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |
| 支払い方法                    | 月単位 (日割りの有無    あり    ・    なし    )                                                                                                                                                                              |                                          |         |          |      |          |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |
| 個別的な選択による生活支援サービス        |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         | なし       |      | あり       |
| 算定根拠                     | オムツ 1 枚 100 円～250 円、協力病院以外の通院介助 1,080 円/30 分<br>外出介助 1,080 円/30 分、洗濯 1,080 円/週、寝具リース 87 円/日、<br>タオルリース 62 円/日、エアマットリース 46 円/日、体圧分散マット 36 円/日、<br>介助バーリース 22 円/日、セキュリティ保管庫 540 円/月、クラブ活動費    実費、<br>衛生材料費    実費 |                                          |         |          |      |          |
| 料金改定の手続                  |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |
|                          |                                                                                                                                                                                                                |                                          |         |          |      |          |

## 6. その他

|                                |        |    |    |
|--------------------------------|--------|----|----|
| 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 |        | あり | なし |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項          |        |    |    |
| なし                             |        |    |    |
| あり                             | (その内容) |    |    |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日    平成    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

## 介護サービス等の一覧表

|                   |  | 特定施設入居者生活<br>介護費で、実施する<br>サービス |    | 特定施設入居者生活<br>介護費、各種一時金、<br>月額の利用料等で、<br>実施するサービス |    | 別途利用料を徴収し<br>た上で、実施するサ<br>ービス |    | 備 考                                                                                                                                      |
|-------------------|--|--------------------------------|----|--------------------------------------------------|----|-------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護サービス            |  |                                |    |                                                  |    |                               |    |                                                                                                                                          |
| 食事介助              |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり | 必要に応じて見守り又は介助<br>必要に応じて随時<br>オムツ代 1枚100円～250円<br>週2回<br>週2回<br>必要に応じて見守り又は介助<br>必要に応じて実施<br>随時実施<br>希望により実施1,080円/30分                    |
| 排泄介助・おむつ交換        |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| おむつ代              |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 入浴（一般浴）介助・清拭      |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 特浴介助              |  | なし                             | あり | 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 | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 機能訓練              |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 通院介助（協力医療機関）      |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 通院介助（協力医療機関以外）    |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 生活サービス            |  |                                |    |                                                  |    |                               |    |                                                                                                                                          |
| 居室清掃              |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり | 指定日に実施<br>週1回実施、寝具リース代87円/日<br>施設に依頼する場合1,080円/週<br>病気等により食堂で食事ができない場合<br><br>昼食代に含む<br>毎週木曜日に実施<br>指定日に週1回（近辺の店で生活用品の購入）<br><br>指定日に月2回 |
| リネン交換             |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 日常の洗濯             |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 居室配膳・下膳           |  | なし                             | あり | 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 | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| おやつ               |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 理美容師による理美容サービス    |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 買い物代行（通常の利用区域）    |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 買い物代行（上記以外の区域）    |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 役所手続き代行           |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 金銭・貯金管理           |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 健康管理サービス          |  |                                |    |                                                  |    |                               |    |                                                                                                                                          |
| 定期健康診断            |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり | 年2回入居者の任意にて実施（実費）<br>看護職員による健康相談随時<br>看護職員による生活指導随時<br>必要に応じて随時<br>毎日記録                                                                  |
| 健康相談              |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 生活指導・栄養指導         |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 服薬支援              |  | なし                             | あり | 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 | 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 | なし                            | あり | 必要に応じて随時<br>緊急に転院する場合のみ（退院時は含まない）                                                                                                        |
| 入退院時の同行（協力医療機関）   |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外） |  | なし                             | あり | なし                                               | あり | なし                            | あり |                                                                                                                                          |
| 入院中の洗濯物交換・買い物     |  | なし                             | あり | 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 | なし                            | あり |                                                                                                                                          |

## 重要事項説明書及び個人情報の共有の同意書

平成 年 月 日

介護付有料老人ホーム 西広島あかり苑  
理事長 高橋 幹治 殿

介護付有料老人ホーム 西広島あかり苑の重要事項説明書を受領し、内容に関して、担当者の説明を受け、十分に理解した上で同意します。

また、私及び私の家族の個人情報について、介護サービス計画の作成などのために限り、情報を用いることに同意します。

<特約>

<利用者>

住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ 印

<身元引受人 (1) > 私は利用者の契約意思を確認し署名代行を行うと  
(自署捺印) ともに身元引受をいたします。

住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ 印

<身元引受人 (2) >  
(自署捺印)

住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ 印