

重要事項説明書

記入年月日	平成 年 月 日
記入者名	久保 知子
所属・職名	応援家族石和温泉リゾート ・施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃきのしたのかいご 株式会社 木下の介護	
主たる事務所の所在地	〒163-1308 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号	
連絡先	電話番号	03-5908-1310
	FAX番号	03-5908-2382
	ホームページアドレス	http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/
代表者	氏名	代表取締役
	職名	佐久間 大介
設立年月日	昭和・平成 7年 10月 26日	
主な実施事業	※別添1 (別に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) おうえんかぞく いさわおんせんりぞーと 応援家族 石和温泉リゾート	
所在地	〒406-0024 山梨県笛吹市石和町川中島467番地1号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR中央本線「石和温泉」駅
	交通手段と所要時間	JR中央本線「石和温泉」駅 南口より1,200m (徒歩15分)
連絡先	電話番号	055-261-8870
	FAX番号	055-261-2988
	ホームページアドレス	http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/housing_types/support-family_isawa-spa-resort.html

管理者	氏名	久保 知子		
	職名	施設長		
建物の竣工日		昭和・平成	19年	10月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	29年	4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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,571.94 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成18年11月7日～平成38年11月6日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	2,448.59 m ²
		うち、老人ホーム部分	2,219.09 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他（ ）	
4 その他（ ）			
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	2 鉄骨造		
	3 木造		
	4 その他（ ）		
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物		
	2 事業者が賃借する建物		
	抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成 18 年 11 月 7 日～平成 38 年 10 月 6 日) <input type="checkbox"/> なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
			最大	人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ 1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.12 m ²	32室	一般居室個室
	タイプ 2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.42 m ²	9室	一般居室個室
	タイプ 3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	23.59 m ²	1室	一般居室個室
	タイプ 4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	24.22 m ²	1室	一般居室個室
	タイプ 5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	25.64 m ²	1室	一般居室個室
	タイプ 6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	25.73 m ²	2室	一般居室個室
	タイプ 7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	36.19 m ²	2室	一般居室個室
	タイプ 8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ 9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ 10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		2ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴		1ヶ所	
			リフト浴		1ヶ所	
			ストレッチャー浴		ヶ所	
			その他 ()		ヶ所	
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> あり (上記 1・2 に該当しない) <input type="checkbox"/> なし					
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	ラウンジ、応接室、サロン、リビング、食堂兼機能訓練コーナー、理美容室（外部サービスにより有料）、健康管理室、ランドリー（有料）、洗面設備、エレベーター、多目的ホール（シネマ・カラオケ・レクリエーションルームとして使用）				

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<p>より良いサービスを提供できるように常に施設職員のレベルアップをします。</p> <p>【新規採用職員研修】 新規職員に対して行うものであり、新規職員採用時に随時行います。</p> <p>【次段階研修】 採用後2～3ヶ月の勤務経験を経たものを対象として、2ヶ月に1度の割合にて開催します。ビデオ及び介護映像により研修を行うとともに初歩的な介護事例を用いてのケーススタディーを行います。</p> <p>【定期研修】 毎月定期的に行うものであり、全職種を通じて原則参加するものです。ここでは、施設内の介護事例の把握・研究や困難事例の研究等を通じて、職員全体のレベルアップを図ることを目的としています。</p> <p>【主要職研修】 サービスとしてのより良い介護が提供できるかや、今後どのようなサービスを行っていくのかなど、サービスの根幹にかかわる問題について、研修等を行っていくものです。</p> <p>【管理者研修】 管理者を対象として行うもので、施設の経営・運営についての研修を行います。内容としては、財務・人事等についてより健全で効率的な運営を行うための研修を行います。また、場合によっては外部セミナー等の参加も予定しています。</p>
サービスの提供内容に関する特色	季節ごとのレクリエーション・介護度に応じたレクの企画をして入居者の皆様と一緒に楽しんでいます。
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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	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	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
		4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人 桃花会 一宮温泉病院
		住所	山梨県笛吹市一宮町坪井 1745
		診療科目	内科、リハビリテーション科、循環器科、整形外科、神経内科、消化器科、歯科
		協力内容	緊急時対応(医療費その他の費用は入居者の自己負担) 年2回の健康診断の機会の提供
	2	名称	石和共立病院
		住所	山梨県笛吹市石和町広瀬 623
		診療科目	内科、リハビリテーション科、循環器科、整形外科、神経内科、消化器科、放射線科
		協力内容	緊急時対応のアドバイス、健康診断、健康相談

協力歯科医療機関	名称	富士デンタルクリニック
	住所	山梨県中巨摩郡昭和町清水新居 292
	協力内容	歯科医師による訪問歯科診療及び口腔ケア等の実施 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (他の施設へ住み替えをする場合)	
判断基準の内容	要介護状態等により契約居室で生活に復することが難しいと判断された場合には、より適切な介護サービス提供のため、居室を変更する場合があります。	
手続きの内容	一 事業者の指定する医師の意見を聴く 二 入居者の意思を確認する 三 身元引受人等の意見を聴く 四 一定期間の観察期間をもうける 五 入居者又は身元引受人等の同意を得る それぞれの手続きは書面で確認し、同意を得た上で居室の住み替えを致します。	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし (変更内容) 移動先の施設によっては、他に変更事項がある場合がございます。

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として 65 歳以上の方 (ご夫婦の場合は一方が 65 歳以上) ・身元引受人を定められる方 	

	<ul style="list-style-type: none"> ・身元引受人は契約者と連帯して契約を履行し、契約終了時において契約者の身元を引き受ける方です。 ・共同生活に支障をきたすような感染症でない方 ・当施設の利用契約書・管理規程等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方
契約の解除の内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居者等は、事業者に対して、少なくとも30日前に契約解除の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができます。解除の申し入れは事業者の定める退居届出書を事業者に届出るものとします。 2 入居者等が前項の退居届出書を提出しないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解除されたものと推定します。
事業主体から解約を求める場合	<p>解約条項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。 <ul style="list-style-type: none"> 一 入居申込書等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 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき 三 第20条の規定に違反したとき 四 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ入居者に対す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 五 入居者の身体の状態が常時医療行為を伴うとき 2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。 <ul style="list-style-type: none"> 一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく 二 前号の通告に先立ち、入居者等に弁明の機会を設ける 三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。 3 本条第1項第4号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。 <ul style="list-style-type: none"> 一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく
	解約予告期間
入居者からの解約予告期間	30日

体験入居の内容	1 あり（内容：利用の上限：3泊4日 利用料金：1泊2日 8,500 円 *食事(3食)介助代込） 2 なし
入居定員	50人
その他	・ 契約締結日から14日以内であれば書面によって事業者へ通知することにより、本契約を解除することができます。この場合、受領済みの前払金を無利息で返還いたします。但し、入居者等において発生した費用の実費は徴収いたします。 ・ 前払金の償却起算日後3月以内に解約される場合は契約書第49条に基づき、前払金及び月額利用料等の受領済総額の契約期間に係る日割り分を除き、全額を返還します。但し、入居者等において発生した費用の実費は徴収いたします。

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者				
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員			2	
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		
介護福祉士		
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者		
介護支援専門員		

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師		
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20時～翌8時)		
	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	3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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

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

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務						1 あり		2 なし		
	業務に係る資格等						1 あり				
							資格等の名称		介護福祉士		
						2 なし					
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数											
前年度1年間の退職者数											
応じた業務に従事した経年数に 業務に従事した職員 の人数	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
10年以上											
従業者の健康診断の実施状況				1 あり		2 なし					

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし
入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 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	公租公課の増加、その他著しい経済事情の変動、並びに介護保険制度等の見直しが生じた場合
	手続き	契約期間内であっても、運営懇談会の意見を聞くなどして、月額利用料の各費用及び入居者の希望等により提供する個別的なサービス費等の費用の額を改定することができます。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 前払金0円プラン A・Bタイプ	プラン2 前払金プラン① A・Bタイプ	
入居者の状況	要介護度	①要支援・要介護者 ②自立	①要支援・要介護 ②自立	
	年齢	86歳	86歳	
居室の状況	床面積	18.12～18.42㎡	18.12～18.42㎡	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	2,400,000円	
	敷金	-円	-円	
月額費用の合計		①要支援・要介護 197,720円 ②自立 284,120円	①要支援・要介護 157,720円 ②自立 244,120円	
家賃		80,000円	40,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		-円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	58,320円	58,320円
		管理費	59,400円	59,400円
		介護費用	①要支援・要介護者：0円 ②自立者：86,400円	①要支援・要介護者：0円 ②自立者：86,400円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
その他	都度払いサービスあり	都度払いサービスあり		

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室及び共用部の家賃相当額
敷金	なし
介護費用	(自立のみ) 自立生活サポート費 86,400 円/月 自立の入居者対応の人員費を基礎に算定 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理共益費	厨房管理費、建物維持・管理費、リース費、事務・消耗品費、通信費、車両維持費、水道光熱費、管理部門経費を根拠に算定
食費	外部委託厨房業者への支払い等により算定しています。 1日 1,944 円 朝食:540 円(食材費 216 円)・昼食:648 円(食材費 259 円)・夕食:756 円(食材費 324 円)
光熱水費	施設全体の水道代、電気代、ガス代(管理共益費に含まれます。)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	都度払いサービスあり

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

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	<p>前払金は居室及び共用施設の家賃相当額の一部です。 *面積や設備・眺望等により施設利用費(家賃相当額)が異なる居室があります。</p> <p>〈前払金の算定方法〉 前払金 = (一ヶ月分の家賃額の全部又は一部) × (想定居住期間*1) *1(想定居住期間) 当社既存ホームの実績等を元に第三者機関である公益社団法人全国有料老人ホーム協会のデータにより算定し、60</p>
------	--

		ヶ月と設定しております。
想定居住期間（償却年月数）		A～Fタイプ 60ヶ月 Gタイプ 72ヶ月
償却の開始日		入居日の翌日
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		なし
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居日から三月以内に契約を終了する場合（死亡の場合も含みます）は、既受領額の前払金を入居契約書第42条に定める返還金受取人に契約終了日から三月以内に全額返還するものとします。ただし、原状回復費や入居期間に発生した実費分として入居していた日数に応じて前払金の日割額を徴収します。月額利用料についても実費分として日割り分を徴収します。
	入居後3月を超えた契約終了	契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例（前払金）／（償却期間）×（償却期間－経過月数） ・償却年月数を経過すると返還金はなくなります。 ・居室の原状回復及び支払債務等がある場合には返還金から差し引かれることがあります。
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	りそな銀行
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称： _____）	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

（入居者の人数）

性別	男性	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人

	85 歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6 ヶ月未満	人
	6 ヶ月以上 1 年未満	人
	1 年以上 5 年未満	人
	5 年以上 10 年未満	人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率*	%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

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

窓口の名称		①応援家族 石和温泉リゾート ②株式会社 木下の介護
電話番号		①055-225-5399 ②03-5908-1310
対応している時間	平日	10時00分～18時00分
	土曜	10時00分～18時00分
	日曜・祝日	10時00分～18時00分
定休日		①年中無休 ②土日祭日

窓口の名称		①山梨県福祉保健部健康長寿推進課 ②山梨県国保連介護保険課相談窓口
電話番号		①055-223-1451 ②055-233-9201
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜、日曜、祝日は定休日となります。

(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) 総合賠償責任保険 損害保険ジャパン日本興亜：ウォームハート
	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) 担当窓口である「笛吹市」に報告。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	平成27年8月
		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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名 :) <input type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		

「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※_____様

説明年月日 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 1

事業者が運営する介護サービス事業一覧表

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	応援家族石和温泉リゾート	山梨県笛吹市石和町川中島467番地1号
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
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		
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	応援家族石和温泉リゾート	山梨県笛吹市石和町川中島467番地1号
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	応援家族石和温泉リゾート	山梨県笛吹市石和町中島467番地1号
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		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添 2

入居者の個別選択によるサービスの一覧表

(施設名：応援家族 石和温泉リゾート)

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無	なし		あり		備考			
	なし	あり	なし	あり	包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス								
巡回	なし	あり	なし	あり	◆			自立：日中2回、夜間4回
食事介助	なし	あり	なし	あり	◆	○	①2,160円/1食 ②540円/1食	①移動、配膳、下膳、見守り、介助を含む ②配膳、下膳
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	540円/1回	
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	◆	○	①2,160円/15分 ②1,080円/30分 ③2,160円/30分	①清拭（着替えを含む） ②見守り入浴（移動・着替含む） ③介助浴（移動・着替・洗身含む）
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	2,160円/30分	移動・着替・洗身含む
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	①1,080円/15分 ②760円/15分	①着替え ②体位交換、居室内移動、足浴、手浴、 口腔ケア、爪切り、洗顔、身だしなみ等
機能訓練	なし	あり	なし	あり	◆			
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	①2,160円/60分 ②4,320円/60分	①協力医療機関 ②協力医療機関外（別途交通費） ホーム車両利用時別途1,080円/時間
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	◆	○	1,620円/回 (1回30分) ※380円/15分	自立：週2回 上記回数を超えて希望により行った場合実費 要支援・要介護：実費 ※居室内外軽作業
ゴミ捨て	なし	あり	なし	あり	◆	○	220円/回	自立：必要時適宜 要支援・要介護：実費 ※粗大ゴミ等は実費
リネン交換	なし	あり	なし	あり	◆	○	1,080円/回 ※760円/回	要支援・要介護：実費 自立：必要時適宜 ※布団乾燥
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	◆	○	1,080円/回	自立：週3回 上記回数を超えて希望により行った場合実費 要支援・要介護：実費 ※クリーニング代は実費
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり				イベント時等一部実費
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	
外出付添い			なし	あり		○	2,160円/60分	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,080円/30分	別途交通費

役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,080円/60分	別途交通費
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年2回の機会提供
健康相談	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
服薬支援	なし	あり	なし	あり	◆	○	360円/10分	必要時適宜 座薬挿入、スワブ交換、点眼、薬塗布、湿布貼り、その他別途協議（体調不良時は無料）
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
緊急時対応	なし	あり	なし	あり	◆			24時間対応
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○		実費	週2回
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○		実費	必要時適宜（交通費実費）
その他サービス								
レクリエーション・イベント等	なし	あり	なし	あり			実費	材料費等

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、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。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

◆：自立生活サポート費として月額サービス費用に包含（自立者のみ）