

(別表7)

### 有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

#### 1. 事業主体概要

種類	個人/ <b>法人</b>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) 株式会社 太陽と月	
主たる事務所の所在地	〒673-0541 兵庫県三木市志染町広野 1-106	
連絡先	電話番号	0794-84-1868
	FAX番号	0794-84-1917
	メールアドレス	office@taiyototsiki.com
	ホームページアドレス	http://www.taiyototsuki.com
代表者	氏名	永畑 秀樹
	職名	代表取締役
設立年月日	平成21年 7月27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) たいようとつきのいえ 太陽と月の家	
所在地	〒673-0541 兵庫県三木市志染町広野 1-142	
主な利用交通手段	最寄駅	神戸電鉄 粟生線 志染駅
	交通手段と所要時間	自動車利用の場合 山陽自動車道 三木小野IC 17分 三木東IC 15分
連絡先	電話番号	0794-84-1868
	FAX番号	0794-84-1917
	メールアドレス	office@taiyototsiki.com
	ホームページアドレス	http://www.taiyototsuki.com
管理者	氏名	永畑 秀樹
	職名	管理者
建物の竣工日	平成21年 9月21日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成21年10月 1日	

(類型)

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 に該当する場合	介護保険事業者番号
	指定した自治体名
	事業所の指定日
	指定の更新日（直近）

3. 建物概要

土地	敷地面積	670.75㎡		
	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
		契約期間	1 あり (年 月 日～年 月 日) ② なし	
契約の自動更新	1 あり	② なし		
建物	延床面積	全体	587.48㎡	
		うち、老人ホーム	587.48㎡	
	耐火構造	1 耐火建築物		
		② 準耐火建築物		
		3 その他 ( )		
	構造	1 鉄筋コンクリート造		
		② 鉄骨造		
		3 木造		
		4 その他 ( )		
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物		
② 事業者が賃借する建物				
抵当権の設定		1 あり	② なし	
契約期間		1 あり (年 月 日～年 月 日) ② なし		
契約の自動更新		1 あり	② なし	
居室の状況	居室区分	① 全室個室		
		2 相部屋あり		

		最小		1人部屋			
		最大		2人部屋			
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※		
タイプ1	有/無	有/無	12.55m <sup>2</sup>	4	一般居室個室		
タイプ2	有/無	有/無	12.55m <sup>2</sup>	4	一般居室個室		
タイプ3	有/無	有/無	16.74m <sup>2</sup>	1	一般居室個室		
タイプ4	有/無	有/無	25.11m <sup>2</sup>	6	一般居室個室		
タイプ5	有/無	有/無	31.86m <sup>2</sup>	1	一般居室個室		
タイプ6	有/無	有/無					
タイプ7	有/無	有/無					
共用施設	共用便所における便房	1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		1ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室		2ヶ所		
			大浴場		0ヶ所		
	共用浴室における介護浴室	0ヶ所	チェアー浴		0ヶ所		
			リフト浴		0ヶ所		
			ストレッチャー浴		0ヶ所		
その他 ( )			0ヶ所				
食堂	①	あり	2	なし			
入居者や家族が利用できる調理施設	1	あり	②	なし			
エレベーター	①	あり (車椅子対応)	2	あり (ストレッチャー対応)	3	あり (上記1・2に該当しない)	
	4	なし					
消防用設備等	消火器	①	あり	2	なし		
	自動火災報知設備	1	あり	②	なし		
	火災報知設備	①	あり	2	なし		
	スプリンクラー	①	あり	2	なし	1階のみ	
	防火管理者	①	あり	2	なし		
	防災計画	1	あり	②	なし		
緊急通報装置等	居室	1	全室にあり	2	一部あり	③	なし
	便所	1	全室にあり	②	一部あり	3	なし
	浴室	1	全室にあり	2	一部あり	③	なし
	その他						
	1	あり	2	一部あり	3	なし	
その他							

#### 4. サービスの内容

運営に関する方針	入居者の方が安全で安心できる、バリアフリーの住まいを提供します。		
サービスの提供内容に関する特色			
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、掃除等の家事の提供	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

#### (医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	① 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	栗田医院
		住所	兵庫県三木市志染町広野1丁目89-1
		診療科目	外科・胃腸内科・皮膚科・整形外科
		協力科目	
		協力内容	
	2	名称	
		名称	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

#### (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

入居時に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 ③ その他 (介護状況によりトイレの有無へ移る)
判断基準の内容	
手続きの内容	
追加的費用の有無	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	1 あり ② なし

従前の居室 との仕様の 変更	面積の増減	① あり	2 なし
	便所の変更	① あり	2 なし
	浴室の変更	① あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	② なし
	台所の変更	① あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
	2 なし		

(入居に関する要件)

入居対象となる者	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			
事業主体から解約を求める 場合	解約条項		
	解約予告期間	1ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	① あり (内容：宿泊及び食事 ) 2 なし		
入居定員			
その他			

## 5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要）。

（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	
	3名			
管理者	1名	1名	0名	
生活相談員	0名	0名	0名	
直接処遇職員	0名	0名	0名	
介護職員	0名	0名	0名	
看護職員	0名	0名	0名	
機能訓練指導員	0名	0名	0名	
計画作成担当者	0名	0名	0名	
栄養士	0名	0名	0名	
調理員	2名	0名	2名	
事務員	1名	0名	1名	
その他職員	0名	0名	0名	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0名	0名	0名
介護福祉士	0名	0名	0名
実務者研修の修了者	0名	0名	0名
初任者研修の修了者	0名	0名	0名
介護支援専門員	0名	0名	0名

（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	0名	0名	0名
理学療法士	0名	0名	0名
作業療法士	0名	0名	0名
言語療法士	0名	0名	0名

柔道整復士	0名	0名	0名
あん摩マッサージ指圧師	0名	0名	0名
はり師	0名	0名	0名
きゅう師	0名	0名	0名

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜間帯の設定時間 ( 時～ 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	0人	0人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり ② なし			
	業務にかかる資格等	1 あり				
		資格等の名称				
	② なし					
区分	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	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数	0	0	0	0	0	0
1年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	0	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	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数	0	0	0	0	0	0
1年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	0	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
従業者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	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	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	
利用料金の支払い方式	4 選択方式	1 全額前払い方式
	※該当する方式を全て選択	2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり	② なし
要介護度に応じた金額設定	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	
	手続き	

### (利用料金のプラン (代表的なプラン))

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護4	
	年齢	80歳	85歳	
居室の状況	床面積	25.11㎡	12.55㎡	
	便所	① あり 2 なし	1 あり ② なし	
	浴室	① あり 2 なし	1 あり ② なし	
	台所	① あり 2 なし	1 あり ② なし	
入居時点で必要な費用	前払金	133,500円	125,000円	
	敷金	0円	0円	
	預かり保証金(3年償却)	360,000円	360,000円	
月額費用の合計		133,500円	125,000円	
家賃		65,000円	55,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1	0円	0円	
	介護保険外※2	食費	45,000円	45,000円
		管理費	6,000円	6,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	2,500円	4,000円
その他	15,000円	15,000円		



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

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	55,000～80,000
敷金	家賃のヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費	6,000
食費	45,000
光熱水費等	自室のテレビに係るNHK受信料負担は自己負担。 一部の部屋は電気料自己負担
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	なし

## 7. 入居者の状況（記入日現在）

### （入居者の人数）

性別	男性	6人
	女性	11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	2人
	85歳以上	14人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	3人
	要介護2	8人
	要介護3	1人
	要介護4	4人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	7人
	5年以上10年未満	3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	88歳
入居者数の合計	17人
入居率※	87.5%
※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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	4人
	死亡者	2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	0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する窓口等の状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入。

窓口の名称		苦情相談窓口
電話番号		0794-84-1868
対応している 時間	平日	9:00~18:00
	土曜日	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土、日、年末年始

(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) 超ビジネス保険 老人福祉・介護事業、不動産賃貸業 他(事業活動包括保険普通保険約款)
	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)
	② なし	
事故対応及び予防のための指針	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 2 入居希望者に配布 ③ 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 ③ 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 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 入居希望者に配布 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 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	1 あり (提携ホーム名: )	
	② なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	1 あり	② なし
兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針第4章「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		
第5章「既存建物等の活用の特例」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	
兵庫県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：事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

別添2：入居者の個別選択によるサービス一覧表

※ \_\_\_\_\_ 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

## 事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

介護サービスの種類			事業所名称	所在地
<b>&lt; 居宅サービス &gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	太陽と月の家	三木市志染町広野 1-106
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		
地域密着型通所介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能居宅介護	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>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<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		
介護予防支援	あり	なし		
<b>&lt; 介護保険施設 &gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		

## 別添2

## 入居者の個別選択によるサービス一覧表

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		
区分	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1)		個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)		包含※2	都度※2	料金※3	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり				

健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			
服薬支援	なし	あり	なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠）	なし	あり	なし	あり			
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	なし	あり			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときには、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に〇を記入する。

※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

(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省略可能

特定施設入居者生活介護の 加算の対象となるサービスの 体制の有無	入居継続支援 加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし	
	生活機能向上 連携加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし	
	個別機能訓練 加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし	
	ADL維持等 加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算			1	あり	2	なし
	若年性認知症入居者受入 加算			1	あり	2	なし
	医療機関連携加算			1	あり	2	なし
	口腔衛生管理体制加算			1	あり	2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算			1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算			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)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅲ)	1	あり	2	なし	
介護職員処遇 改善加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし		
	(Ⅱ)	1	あり	2	なし		
	(Ⅲ)	1	あり	2	なし		
	(Ⅳ)	1	あり	2	なし		
	(Ⅴ)	1	あり	2	なし		
介護職員等特定 処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし		
	(Ⅱ)	1	あり	2	なし		
人員配置が手厚い介護サー ビスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1				
	2	なし					



**(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※	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	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	

**(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) ※前払金を受領しない場合は省略可能**

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