

重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 記入年月日 | 2025年4月1日現在 |
| 記入者名 | 小嶋小百合 |
| 所属・職名 | 代表取締役 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ ぎんのおうぎ 株式会社 銀乃扇 | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 有り |
| | 法人番号 | 6100001025278 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒381-0031 長野市大字西尾張部 1089 番地 8 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 026-225-9811 |
| | FAX番号 | 026-225-9815 |
| | メールアドレス | ginno-ougi@live.jp |
| | ホームページアドレス | http://www.ginno-ougi.jp |
| 代表者 | 氏名 | 小嶋 小百合 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 2012年 3月 14日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別の実施する介護サービス一覧表) | |

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | |
|----------|--|-----|
| 名称 | (ふりがな) けあびれっじ ぎんのおうぎ ゆうりょうろうじんほーむ ケアビレッジ 銀乃扇 有料老人ホーム | |
| 所在地 | 〒381-0031 長野市大字西尾張部 1089 番地 8 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 長野駅 |

| | | |
|---------------|------------|--|
| | 交通手段と所要時間 | ①バス利用の場合 ・川中島バスで乗車 15 分、西尾張部停留所 所で下車、徒歩 5 分 ②自動車利用の場合 ・乗車 15 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 026-225-9811 |
| | FAX番号 | 026-225-9815 |
| | 介護携帯 | 070-2238-4331 |
| | メールアドレス | ginno-ougi@live.jp |
| | ホームページアドレス | http://www.ginno-ougi.jp |
| 管理者 | 氏名 | 小嶋 健太 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 2012年 4月 1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2012年 10月 1日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
| 1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1 又は 2 に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 2070106477 |
| | 指定した自治体名 | 長野市 |
| | 事業所の指定日 | 2015年 8月 1日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 2021年 8月 1日 |

3. 建物概要

| | | | |
|----|---------|----------------------------|---|
| 土地 | 敷地面積 | 1271.40 m ² | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 (普通賃借 ・ 定期賃借) | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり (2012年 10月 1日～2037年 9月 30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 | 857.49 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 620.17 m ² |

| | | | | | | |
|--|------------------|---|----------------------|----------------------|---------|--------|
| | 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 軽量鉄骨 2階建て 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 (普通賃借 ・ 定期賃借) | | | | |
| 抵当権の設定 | | 1 あり 2 なし | | | | |
| 契約期間 | | 1 あり (2012年10月1日～2037年9月30日) 2 なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 個室 | | 18室 | | |
| | | 2 相部屋あり | | 2室 | | |
| | | 最少 | 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 | 13.47 m ² | 7 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 13.49 m ² | 8 | 介護居室個室 |
| タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 14.11 m ² | 1 | 介護居室個室 | |
| タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 16.01 m ² | 2 | 介護居室相部屋 | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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 | 4ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 4ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 3ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 2ヶ所 | | |
| | 面会室 | | | 1ヶ所 | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 2ヶ所 | チェアー浴 | 0ヶ所 | | |
| リフト浴 | | | 1ヶ所 | | | |
| ストレッチャー浴 | | | 1ヶ所 | | | |
| その他 () | | | 0ヶ所 | | | |
| 食堂 | 1 あり 2 なし | | | | | |

| | | | | | |
|---------|------------------|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり | 2 なし | | |
| | エレベーター | 1 あり (車椅子対応) 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 | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 あり 2 一部あり 3 なし | 便所 1 あり 2 一部あり 3 なし | 浴室 1 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 | <p>・お一人お一人にナースコールをお持ち頂いております。居室に居ても枕元にナースコール置きいつでも(緊急時) スタッフを呼んで頂けるようにしています。</p> | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | <ul style="list-style-type: none"> ・「和の心」「おもてなしの心」を理念に、24時間365日、安心安全に生活して頂けるよう常に行き届いたサービスをめざします。 ・お一人お一人の明日への喜びや笑顔に繋がるような夢や希望のある暮らしとなる様に尽力します。 ・医療機関や地域・各事業所・市町村等とも連携を密に取り、終の棲家としても安心して生活いただけるような施設としていきます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設2階に保育所を併設した老若男女一緒の施設です。日常的にお子さんたちと触れ合える、お子さんの声が響く明るい施設です。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

| | | | |
|----------------|--------|------|------|
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護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 | 入居継続支援加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 個別機能訓練加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 I | 1 あり | 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 II | 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 | |
| | 協力医療機関連携加算 (1) | 1 あり | 2 なし | |
| | 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 | |
| | 退去時情報提供加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 看取り介護加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 科学的介護推進体制加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 I | 1 あり | 2 なし | |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 II | 1 あり | 2 なし | |
| | 新興感染症等施設療養費 | 1 あり | 2 なし | |
| | 生産性向上推進体制加算 | (I) | 1 あり | 2 なし |
| | | (II) | 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 | |
| 介護職員処遇改善加算 | (I) | 1 あり | 2 なし | |
| | (II) | 1 あり | 2 なし | |
| | (II) | 1 あり | 2 なし | |
| | (III) | 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 | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) | | |

| | | |
|-------------|------|-----|
| 護サービスの実施の有無 | | : 1 |
| | 2 なし | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|--------|--|---------------------------------------|
| 医療支援 | ※複数選択可 | 1 救急車の手配 | |
| | | 2 入退院の付き添い | |
| | | 3 通院介助 | |
| | | 4 その他 (連携時の情報提供等、一部別途利用料の場合有り、別紙自費料金表参照) | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人愛和会 愛和病院 |
| | | 住所 | 長野市大字鶴賀 1044 番地 2 |
| | | 診療科目 | 内科、緩和ケア |
| | | 協力科目 | 内科、緩和ケア |
| | | 協力内容 | 希望者への訪問診療、内服薬管理等の指示 緊急時の指示含めた連絡体制等 |
| | 2 | 名称 | MAMORU 内科クリニック |
| | | 住所 | 長野市三輪 1 丁目 5-19-201 |
| | | 診療科目 | 一般内科・外科 |
| | | 協力科目 | 一般内科・外科 |
| | | 協力内容 | 希望者への訪問診療、内服薬管理等の指示 緊急時の指示含めた連絡体制等 |
| | 3 | 名称 | 医療法人あい友会 あい長野クリニック |
| | | 住所 | 長野市 |
| | | 診療科目 | 一般内科・外科 |
| | | 協力科目 | 一般内科・外科 |
| | | 協力内容 | 希望者への訪問診療、内服薬管理等の指示 緊急時の指示含めた連絡体制等 |
| | 4 | 名称 | 長野市民病院 |
| 住所 | | 長野市大字富竹 1333 番地 1 | |
| 診療科目 | | 総合病院 | |
| 協力科目 | | 救急外来 | |
| 協力内容 | | 救急対応、急変時の緊急診療体制 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 山田歯科医院 | |
| | 住所 | 長野市西尾張部 1120 | |
| | 協力内容 | 歯科診療の対応、必要な指導等 | |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 (二人部屋利用から個室へ移動の場合有り) | |
| 判断基準の内容 | 二人部屋に入居後に利用者が一人になった際。 | |
| 手続きの内容 | 必要時に相談にて決定。 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | 二人部屋を一度清算となり利用権が個室に変わります。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 従前の居室との 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) 居室利用料が二人部屋から個室家賃相当額に変更 2 なし |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 1 あり 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | <p>・入居にあたっては当ホームの運営規程の概要、利用契約書、重要事項の内容等の、文書を交付してご説明させていただき、充分ご理解・ご承諾いただき、円滑に共同生活が営めるようお願い致します。</p> <p>・入居の前に介護保険の認定結果が出ていない場合等は、要支援、要介護度の認定の結果が出るかどうか慎重に判断させていただきます。</p> <p>・入居後に身体状況等が改善し自立等になってしまった場合等、当ホームでの利用継続が困難になってしまった場合等もご利用者の生活に支障がきたすことの無いように他事業所等の御紹介等させていただきます、利用者に必要な処置を適切に講じます。</p> <p>・継続的に医療的な治療が必要になってしまったような場合や入居申込者に対して当ホームが自らサービスの提供が困難と認</p> | |

| | | |
|----------------|--|-----------------------------------|
| | めた場合は、病院、診療所等の紹介等、ご利用者に適切な処置を講じます。 | |
| 契約の解除の内容 | 契約書 第 28 条項の記載の通り | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 契約書第 29 条 「事業所からの解除」 第 1 ～ 3 項 |
| | 解約予告期間 | 3 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：1 日、5000 円の利用料金(食事料別途)により、 体験入居ができます。) 2 なし | |
| 入居定員 | 20 人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所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 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 生活相談員 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 直接処遇職員 | 12 | 5 | 7 | 7.0 |
| 介護職員 | 8 | 4 | 4 | 5.8 |
| 看護職員 | 3 | 1 | 2 | 1.2 |
| 機能訓練指導員 | 2 | 0 | 2 | 0.1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 0.4 |
| 栄養士 | 1 | 0 | 1 | 0.2 |
| 調理員 | 6 | 0 | 6 | 2.0 |
| 事務員 | 1 | 0 | 1 | 0.5 |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40 |

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

※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 6 | 3 | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 0 | 1 |
| 介護支援専門員 | 1 | 1 | 0 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | 4 | 1 | 3 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (16時30分 ~ 9時30分) | | |
|-----------------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 1人 | 0人 |
| 介護職員 | 2人 | 1人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|-------------------------------|-----------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 | 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 |
|-------------------------------|-----------------------|---|

| | | |
|--|------------------------------------|-----------|
| (一般型特定施設以外の場 合、本欄は省略可能) | | 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) | 2.9 : 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 | | | | | | | | | |
| | 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 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 前年度1年間の 退職者数 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 応じた 業務に 従事 した 職員の 人数 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 3 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり | | 2 なし | | 採用時に | | 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 |
| 【表示事項】 | 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 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり | 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・月額施設利用料及び有料サービスの単価と上乗せ介護費用については、消費者物価指数及び人件費、また、諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。 ・介護保険給付費については、介護保険の介護基準が変更される場合には、それに応じて変動致します。 ・敷金、家賃相当額、介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定の内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。 ・おむつ等の日用品等販売品については、仕入れ価格の変動があった場合には、価格を改定させていただきます。 |
| | 手続き | <ul style="list-style-type: none"> ・運営懇談会にて、充分なご説明させていただきます。その上で、ご利用者の皆様からご意見、ご要望等をお受けいたします。 ・上記、費用の改定時には、文書を交付しご同意をいただきます。 ・おむつ代等の日用品等の販売品については、随時改定をさせていただきます、改定前に料金表を送付させていただきます。 |

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

| | | プラン1 | プラン2 |
|--------|------|----------------------|----------------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要支援2 | 要介護2 |
| | 年齢 | 78歳 | 85歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 13.49 m ² | 13.49 m ² |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|----------|
| | 浴室 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | 台所 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 0 円 | 0 円 | |
| | 敷金 | 200,000 円 | 200,000 円 | |
| 月額費用の合計 | | 216,748 円 | 234,214 円 | |
| 家賃相当額 | | 100,000 円 | 100,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | (一割の場合)11,518 円 | (一割の場合)21,984 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 62,400 円 | 62,400 円 |
| | | 管理費 | 39,830 円 | 39,830 円 |
| | | 介護費用 | 0 円 | 0 円 |
| | | 光熱水費 | 0 円 | 0 円 |
| | | その他 | 3,000 円 | 10,000 円 |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p> | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|------|---|
| 家賃 | <ul style="list-style-type: none"> ・居室の家賃相当額（居室利用料）です。1月単位です。 ・家賃算定額の基礎となる部分は国が定めた特養・短期入所・老健等基準費用額 1,970 円/日の基礎家賃額に、居室の水道の基本料金及び使用料金、電気料金等の光熱水費の他、設備備品（水素水及び空気清浄器等の為の物品使用等含む）の維持・管理に伴う居室維持管理費用も含み算定しております。 ・定員 20 名に対して、安定的な運営ができるように 90%の入居と設定し算定しています。 <p style="text-align: right;">(個室 100,000 円・二人部屋 150,000 円/月)</p> |
| 敷金 | 家賃の 約 2 ヶ月分 (1 部屋 200,000 円) |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・フロントサービス（郵便物・電話等の取次ぎ等）や施設の維持・管理（ホーム運営の維持管理に必要な事務管理費、その為の消耗品費、及び建物周りのメンテナンス等）のための費用です。 ・定員 20 名に対しての退去率や一定の空室等を踏まえ 90%利用としたで安定的な施設運営が出来るように設定しております。 <p style="text-align: right;">(39,830 円/月額/人)</p> |
| 食費 | <ul style="list-style-type: none"> ・食材料費と厨房運営・栄養管理等の為の費用です。 ・1 日、3 食分（お茶・おやつ代含む） |

| | |
|----------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・日割り計算の利用料金 朝食 660円 昼食 720円 夕食 700円 2,080円 (税込) (例 62,400円/月 30日計算/人) ・外出、外泊等で食事が不要な場合は、2週間前までに所定の用紙にて申請により、下記、食材料費相当分の料金を割り引き致します。 (割引額) 朝食 330円 昼食 360円 夕食 350円 1,040円/日割引 |
| 光熱水費 | 家賃相当額に含まれます。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | <ul style="list-style-type: none"> ・別添2及び「ケアビレッジ銀乃扇自費サービス等一覧表」参照。 ・入居者の個別の選択による日常生活に係る費用を徴収致します。 |
| その他のサービス利用料 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療費、紙オムツ代、個別的な外出介助、個別的な買い物、個別的な買い物代行、旅行等の外出支援や、協力医療機関への緊急時の対応以外の通院、その他、医療機関への通院・入退院等の際の介助等は、個別の選択により、ご希望時は、別途「ケアビレッジ銀乃扇 自費サービス、販売品、立替金一覧」による金額を請求させていただきます。 |

(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 | <p>※介護保険サービスを御利用いただいた場合には、別途、要支援・要介護度に応じて、厚生労働大臣が定める告示上の額をご負担いただきます。 (介護保険料には消費税はかかりません。)</p> |
| 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) | 有りません。 |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| 算定根拠 | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | ヶ月 |
| 償却の開始日 | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額) | 円 |
| 初期償却率 | % |
| 返還金の | 入居後3月以内の契約終了 |

(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 | 2人 |
| | 死亡 | 5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 | 苦情相談窓口株式会社銀乃扇 | |
| 電話番号 | 026-225-9811 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:30 |
| | 土曜 | 9:00～17:30 |
| | 日曜・祝日 | 9:00～17:30 |
| 定休日 | 特に設けておりません。管理者が担当者として申し出をお受けいたしますが、お気付きの点は、いつでもご遠慮なくお近くのスタッフにお申し出くださいますよう、お願い致します。 | |

(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) ・介護付きホーム傍証責任保険制度に加入(損害保険ジャパン) ・利用者様の生命・身体・財産等に損害が生じた場合の不可抗力による場合を除きます。 |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり | (その内容) ・サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに主治医への連絡 |

| | | |
|------------------|------|---|
| | | や必要な処置を講じるとともに、予め指定する連絡先にも連絡し、市町村・保健所・地域医療福祉とも連携して指示を仰ぎ敏速に誠意をもって対応致します。 |
| | 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | 2 なし |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | | |
|----------------------------------|------|--------|-----------------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 あり | 実施日 | 令和5年度末(2024年3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 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 2 入居希望者に交付 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 入居希望者に交付 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 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--------------------|--|
| 運営懇談会 | 1 あり | (開催頻度) 年 1 回 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり | (内容) |
| | 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名 :) | |
| | 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出 | 1 あり 2 なし | 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり 2 なし | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | |
| 「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 1 適合している (代替措置) | |
| | 2 適合している (将来の改善計画) | |
| | 3 適合していない | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | 有りません | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類：別添1（別を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 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。

説明を受けた者

署名_____

別添 1 事業主体が長野市内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 | | |
| 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 | ケアビレッジ 銀乃扇 | 長野市大字西尾張部1089番地8 |
| 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 | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | |
| 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 | ケアビレッジ 銀乃扇 | 長野市大字西尾張部1089番地8 |
| 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 | | |
| 介護医療院 | あり | なし | | |

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| | 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | なし | | | あり | 備 考 |
|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------|------|------|---------------------------------------|-----|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※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 | | |
| 介護サービス | | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | あり | | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | あり | | | | | |
| おむつ代 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | | ○ | 別紙参照 | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | ○ | 別紙参照 | 週2回を超えての入浴は別途ご負担いただきます（1回の入浴30分として設定） | |
| 特浴介助 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | ○ | 別紙参照 | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | あり | | | | | |
| 機能訓練 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | | ○ | 別紙参照 | 希望時に自費サービスとしての利用も可 | |
| 通院介助 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | ○ | 別紙参照 | 協力医療機関への緊急時、及び定期受診以外は別途ご負担いただきます | |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | | ○ | | 週に1回程度 | |
| リネン交換 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | あり | | | | | |
| 日常の洗濯 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | | ○ | 別紙参照 | 個別のお洗濯は別途ご負担いただきます | |
| 居室配膳・下膳 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | あり | | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | | ○ | 別紙参照 | | |
| おやつ | | | <input type="checkbox"/> | あり | | | | 食材料費に含まれております | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | | ○ | 別紙参照 | | |
| 買い物代行 | <input type="checkbox"/> | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | | ○ | 別紙参照 | 個別の洗濯による買い物代行は別途ご負担いただきます | |
| 役所手続き代行 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | あり | | | | 介護保険等の申請手続きの代行 | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | | ○ | 別紙参照 | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | | ○ | 別紙参照 | 年1回以上医療費でのお支払となります | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|---|---|------|---|---|
| | | | | | | | | | す |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 別紙参照 | 協力医療機関以外への入退院時の同行やご家族の希望等での同行は別途ご負担いただきます | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 別紙参照 | ご要望時は別途ご負担いただきます。 | |
| 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含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※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。

