

重要事項説明書

記入年月日	令和7年10月1日
記入者名	海瀬 真佐和
所属・職名	管理者兼施設長

1. 設置者（＊）

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃあーち・めでいかるさぽーと 株式会社アーチ・メディカルサポート	
主たる事務所の所在地	〒386-0002 長野県上田市住吉311-6	
連絡先	電話番号	0268-71-0507
	FAX番号	0268-22-0901
	ホームページアドレス	http://www.archms.com
	メールアドレス	happy-senior@archms.com
代表者	氏名	中原 美代子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成21年 6月 1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) はっぴーしにありびんぐうえだ ハッピーシニアリビング上田	
所在地	〒386-0014 長野県上田市材木町2丁目-14-63	
主な利用交通手段	最寄駅	上田駅
	交通手段と所要時間	① 徒歩の場合 ・徒歩27分 ② 自動車利用の場合 ・乗車8分
連絡先	電話番号	0268-75-5981

	FAX番号	0 2 6 8 - 2 7 - 5 3 0 5
	ホームページアドレス	http://www.archms.com
	メールアドレス	happy-senior@archms.com
管理者	氏名	海瀬 真佐和
	職名	管理者兼施設長
建物の竣工日		平成 2 6 年 2 月 2 8 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 2 6 年 1 1 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	2 0 7 0 3 0 2 4 1 5
	指定した自治体名	長野県
	事業所の指定日	平成 2 6 年 1 1 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要（＊）

土地	敷地面積	1 8 4 3 . 7 1 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 （ 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	1 1 1 5 . 7 0 m ²
		うち、老人ホーム部分	9 4 7 . 2 9 m ²
	耐火構造	1	耐火建築物
		②	準耐火建築物
		3	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 (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 【表示事項】	① 全室個室 (縁故者居室を含む)				
		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	有	無	18.37㎡	28戸	一般居室個室
※「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。						
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)		2.28m	その他の廊下	2.28m	
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		0ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所	
			大浴場		0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 ()		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				

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<p>私たちの家「ハッピーシニアリビングウエダ」は、家庭的で幸せな生活を送っていただくことを目指したホームです。介護が必要な高齢者の方々にとって少しずつ維持できなくなっていく規則正しい生活や、それまで大切にしてきた生活習慣をいつまでも続けている…そんな普通の生活を送れる「いばしょ」でありたいと願っております。</p>		
サービスの提供内容に関する特色	<p>① 快適で基本的な生活 掃除、洗濯、バリアフリーなど、清潔で快適な環境を準備致します。これまでの習慣を続けられるよう、生活リズムの維持をお手伝い致します。</p> <p>② その方らしさを大切に お一人ずつお部屋を用意し、お一人で気兼ねなく過ごすことのできる場所を確保致します。尊厳を保ち続けることができるよう、おもてなしさせていただきます。</p> <p>③ ご家族様の安心も ご家族の精神的な悩みを、できる限り軽減できるようお手伝い致します。お友達にも気軽に足を運んで頂けるよう、おもてなしさせていただきます。</p> <p>④ 趣味や娯楽のお楽しみ ご趣味を長く続け、広げていくことができるようにお手伝い致します。生活にアクセントをつけ、季節感を感じることができるよう、楽しい行事をご用意致します。</p> <p>⑤ 健康管理 お体の不安による負担が軽減できるように、健康面のサポートをさせていただきます。</p>		
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記載不可

<p>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</p> <p>※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p>	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
	ADL 維持等加算	(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
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	1 あり ② なし
		(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)	(Ⅰ)	① あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり ② なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)		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
	退居時情報提供加算		1 あり ② なし
	看取り介護加算	(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
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	1 あり ② なし
		(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
	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
	介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	① あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり ② なし

	(Ⅲ)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅳ)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(1)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(2)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(3)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(4)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(5)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(6)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(7)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(8)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(9)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(10)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(11)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(12)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	(Ⅴ)(13)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
(Ⅴ)(14)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 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
	<input checked="" type="radio"/> 2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 <input checked="" type="radio"/> 4 その他 (往診時対応、主治医への連絡体制)		
協力医療機関	1	名称	上田腎臓クリニック	
		住所	上田市住吉 3 2 2	
		診療科目	内科・外科等	
		協力科目	内科・外科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	2	名称	上田生協診療所	
		住所	上田市上塩尻 3 9 3 - 1	
		診療科目	内科等	

		協力科目	内科		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	① あり 2 なし	
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	① あり 2 なし	
	3	名称	柳澤病院		
		住所	上田市中央西1丁目2番10号		
		診療科目	内科・外科等		
		協力科目	内科		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	① あり 2 なし	
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	① あり 2 なし	
	4	名称	甲田クリニック		
		住所	上田市古安曽1833番地		
		診療科目	胃腸科・内科・小児科・耳鼻咽喉科・アレルギー科		
		協力科目	内科		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり ② なし	
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり ② なし	
	5	名称	金井医院		
		住所	上田市国分1122-1		
		診療科目	内科・小児科・耳鼻咽喉科		
		協力科目	内科		
協力内容		入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり ② なし		
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり ② なし		
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり				
		医療機関の名称			
		医療機関の住所			
	② なし				

協力歯科医療 機関	1	名称	関歯科医院
		住所	上田市常田 2-941-2
		協力内容	健康管理(受診・往診)
	2	名称	けやき歯科
		住所	上田市古里 1583-28
		協力内容	健康管理(受診)

(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 ()	
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 【表示事項】	自立している者	1 あり ② なし
	要支援の者	① あり 2 なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項	・ 契約締結時に原則 65 歳以上の方 ※満 65 歳未満の方はご相談下さい。 ・ 常時または随時、身の回りのお世話や見守りが必要な方 ・ 既定の利用料の支払いが可能な方 ・ 公的な医療保険に加入されている方	

	<ul style="list-style-type: none"> ・公的な介護保険に加入されている方 ・保証人を定められる方 ※保証人を定められない場合にはご相談下さい。 ・当ホームの利用契約書、管理規定等をご承諾頂き円滑に共同生活 が営める方 <p>《利用をお断りする場合》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への恒常的な入院加療を要するなど、当ホームにおいて 適切な介護サービスの提供が困難な方 ・暴力をふるう等他の人に害を及ぼすおそれがある方 ・重篤な感染症等を有し他の人に感染させるおそれのある方 <p>《利用契約に定める保証人の義務》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当ホームの利用契約から生ずる、入居者の全ての債務の連帯保証 ・利用契約終了時の入居者の身柄引き取り ・介護サービス提供計画書(ケアプラン)への同意 ・入居者の治療、入院に関する手配の協力 ・利用契約終了時に入居者が生存していない場合の、返還先銀行口 座の指定 <p>※保証人が上記義務の履行が困難になった場合には、新たな保証人 を選定し、ハッピーシニアリビング上田に通知します</p>	
契約の解除の内容	<p>ご入居者様は、株式会社アーチ・メディカルサポートに対して、1 か月前までに書面で契約の解除を通知することで、本契約を解約す ることができます。</p> <p>※「1 か月前」とは暦月での基準となります。例えば7月20日に 契約解除を希望される場合は、6月20日までに契約解除届をご提 出頂く必要があります。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>①入居者が、利用料その他の支払いを1か 月以上滞納したとき</p> <p>※①に該当する場合には、株式会社アーチ・メ ディカルサポートは、少なくとも3か月前に入 居者および連帯保証人に対して理由を示した 書面により解約を申し入れることにより、本契 約を解約することができます。この場合、株式 会社アーチ・メディカルサポートは、入居者お よび連帯保証人に対して説明および協議の場 を設けるものとします。</p> <p>②利用契約「禁止または制限される行為」</p>

		<p>の規定に違反したとき</p> <p>③入居者が重篤な感染症にかかり、または保持し、入居者に対する通常の介護方法では感染を防止することができないとき</p> <p>④入居者・連帯保証人または入居者の家族の言動が、入居者自身または他の入居者あるいは株式会社アーチ・メディカルサポートの従業員の心身や生命に危害を及ぼす恐れがあるとき、または他の入居者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき</p> <p>⑤入居者が、医療施設への恒常的な入院入所を要する状態となるなど、本施設において入居者に対する適切な本件サービスの提供が困難であると合理的に判断されるとき</p> <p>⑥入居者が本施設を不在にする期間が連続して2か月を超え、本施設への復帰が困難、あるいは入居者に復帰の意思がないと合理的に判断されるとき</p> <p>⑦天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小するとき</p> <p>⑧入居者またはその家族が、株式会社アーチ・メディカルサポートまたはその従業員あるいは他の入居者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき</p> <p>⑨入居者の条件に当てはまらない方</p> <p>※他の入居者あるいは株式会社アーチ・メディカルサポートの従業員の心身または</p>
--	--	---

		生命に危害を及ぼす恐れがあるとき、または他の入居者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすときは、3か月前に理由を示した書面による申し入れをせず、即日に解約することができます
	解約予告期間	3ヶ月（90日前）
入居者からの解約予告期間	1ヶ月（30日以上前）	
体験入居の内容	1 あり（内容：） 2 なし	
入居定員	29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 人	1 人	0 人	1 . 0 人
生活相談員	1 人以上	1 人	0 人	1 . 0 人
直接処遇職員	1 0 人以上	9 人	6 人	1 1 . 6 人
介護職員	8 人以上	7 人	3 人	9 . 1 人
看護職員	2 人以上	2 人	3 人	2 . 5 人
機能訓練指導員	1 人以上	1 人	0 人	1 . 0 人
計画作成担当者	1 人以上	1 人	0 人	1 . 0 人
栄養士	0 人	0 人	0 人	0 人
調理員	5 人以上	0 人	5 人	2 . 2 人
事務員	1 人以上	1 人	0 人	1 . 0 人
その他職員	1 人以上	0 人	3 人	1 . 7 人
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				4 0 時間
※ 1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※ 2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0 人	0 人	0 人
介護福祉士	7 人	5 人	2 人
実務者研修の修了者	0 人	0 人	0 人
初任者研修の修了者	2 人	1 人	1 人
介護支援専門員	0 人	0 人	0 人

(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 人	0 人	0 人
理学療法士	0 人	0 人	0 人
作業療法士	1 人	1 人	0 人
言語聴覚士	0 人	0 人	0 人
柔道整復士	0 人	0 人	0 人
あん摩マッサージ指圧師	0 人	0 人	0 人
はり師	0 人	0 人	0 人
きゅう師	0 人	0 人	0 人

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（ 16 時～ 翌 9 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	1 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 (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)	2 . 4 : 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	ホームの職員数	人

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）	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		1人	1人	1人	0人	0人	0人	0人	1人	0人	
前年度1年間の退職者数		1人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	1人	0人	
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	1年以上 3年未満	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	1人	0人	
	3年以上 5年未満	0人	0人	1人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	
	5年以上 10年未満	0人	0人	2人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	
	10年以上	2人	3人	4人	0人						
	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 【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	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"> ・ 共通費用および有料サービスの単価については、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、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。 ・ 消費税課税項目については、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従い、利用料を変更します。
	手続き	長野県が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し、運営推進会議・家族会の意見を聴いて、費用の額を変更いたします。

（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	要介護 1	要介護 5
	年齢	80 歳	80 歳
居室の状況	床面積	18.36 m ²	18.36 m ²
	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	0 円
	敷金	110,000 円	110,000 円
月額費用の合計		【暫定】 213,212 円	【暫定】 213,212 円
家賃		55,000 円	55,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用（1割負担の場合）		18,810 円 ※各種加算含む
	介護保険外 ^{※2}	食費	61,320 円
		共益費	35,000 円
		管理サービス費	37,400 円
		居室電気料金（100kw 使用時）	3,482 円
		その他（通院・外出等）	2,200 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	居室・共用施設の修繕費、管理事務費を勘案して算定した家賃相当額
敷金	家賃の2ヶ月分
共益費	施設の維持管理費用、水道代、電気代、ガス代
サービス管理費※1	事務管理部門に係る人件費・事務費、日常生活支援サービス、保全管理サービス、共用生活サービス（入浴、食堂、リビング、非常口、非常灯）、介護居室サービス（居室の管理、ナースコール、備品管理）、健康管理サービス（日常生活の医療支援、健康管理、緊急時の対応）、余暇サービス（各種行事含む）、電話取り次ぎや提供の為の人件費・事務費
食費	食材費、調理に係る器具什器、厨房運営に係る人件費、水道代、電気代 ※食費は、翌月に提供食数分ご請求致します。食事をキャンセルする場合は1週間前までに事前申請が必要です。 （朝食 560 円、昼食 688 円、おやつ 108 円、夕食 688 円）（税込） 但し経管栄養の場合、食材料費等は徴収しない。その代わり「経管栄養摂取管理費」を日額 1600 円（税別）徴収する。（経腸栄養剤・注入に係る器具については実費負担）
居室電気料金※2	各居室の電気メーターにより課金
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	自費サービス、冬季除雪費
※1 共用施設の修繕費、人件費等の使途をすべて記入し、「等」で括らないこと。	
※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。	

（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	《介護保険給付費及び入居者の自己負担》 ・要支援または要介護認定を受けている方は、その認定結果に応じて、介護保険「特定施設入居者生活介護または介護予防特定施設入居者生活介護」の介護給付を受けることができま

	<p>す。介護保険給付費には、基本サービス費の他に要介護度に応じて各加算が含まれます。介護保険給付費の1割～3割が入居者の自己負担額となります。</p> <p>《日額積算》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険給付費は、介護保険法令の規定により、「日額」を基準として給付されます。毎月の費用請求は、月の「日額積算」となりますので、月の日数によって請求金額が変わってきます。 <p>《介護保険給付費の変更》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険給付費は、厚生労働省が告示する介護保険給付基準が変更される場合には、それに従って変更されます。 <p>《端数計算の扱い》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険給付費の計算は、厚生労働省告示の基準に従い、1円未満(小数点以下)を切り捨てて計算しています。
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		
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 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： ）
--	-------------

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	10人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	25人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	1人
	要支援 2	0人
	要介護 1	12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	6人
	6ヶ月以上 1年未満	4人
	1年以上 5年未満	16人
	5年以上 10年未満	2人
	10年以上 15年未満	0人
	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	91.2歳
入居者数の合計	28人
入居率※	96%
※ 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	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	2 人
		(解約事由の例) 入院

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	上田市 高齢者介護課	長野県国民健康保険団 体連合会介護保険室
電話番号		0268-75-5981	0268-23-6246	026-238-1580
対応している 時間	平日	8 : 30～17 : 30	8 : 30～17 : 15	9 : 00～17 : 00
	土曜	8 : 30～17 : 30	—	—
	日曜・祝日	8 : 30～17 : 30	—	—
定休日		なし	土日、祝祭日	土日、祝祭日

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	・施設賠償責任保険 ・介護保険社会福祉事業者総合保険 (あいおいニッセイ同和損保)
	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	・お話し合いの上、誠意解決 ・県、市への報告
	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	ご意見箱を常時設置
		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	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 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	
	<input checked="" type="radio"/> 2 なし			
	1 代替措置あり	(内容)		
	<input checked="" type="radio"/> 2 代替措置なし			
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし	
	指針の整備	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし	
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし	
	担当者の配置	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし	
身体拘束等の適正化のための取組の状況	身体拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし	
	指針の整備	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし	
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし	
	緊急やむを得ない場合に行う身体拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体拘束等）を行うこと			
	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	身体拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし

	2 なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	① あり	2 なし
	災害に関する業務継続計画	① あり	2 なし
	職員に対する周知の実施	① あり	2 なし
	定期的な研修の実施	① あり	2 なし
	定期的な訓練の実施	① あり	2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	① あり	2 なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	① あり（提携ホーム名：ウェルシニアホーム） 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			
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）

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。

以上、説明を受け、内容について了承致しました。

令和 年 月 日

※入居者が説明を受けた同意

入居者 氏名 _____

代理人又は
身元引受人 氏名 _____

※ご家族が説明を受けた同意

ご家族様 氏名 _____

別添 1 事業主体が長野県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		併設・隣接 の 状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	
通所介護	あり	なし	併設・隣接	
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	ウェルシニアホーム
	あり	なし	併設・隣接	ハッピーシニアリビング上田
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	
<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	併設・隣接	
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	ハッピーデイサービス
	あり	なし	併設・隣接	デイリハおひさま
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接	
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
	あり	なし	併設・隣接	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	
<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	併設・隣接	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接	

介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		

<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	ハッピーデイサービス	材木町2丁目-14-63
その他生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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	
		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	—	○	実費負担	—	—
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	—	○	実費負担	入浴 550 円シャワー浴 330 円(週 3 回目以降 1 回の場合)	—
特浴介助	なし	あり	なし	あり	—	○	実費負担	入浴 550 円シャワー浴 330 円(週 3 回目以降 1 回の場合)	—
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	—	○	実費負担	15 分 550 円(協力医療機関以外の場合)	—
口腔衛生管理	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	—	—	—	—	—
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	—	○	実費負担	—	—
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	—	○	実費負担	—	—
おやつ			なし	あり	—	○	実費負担	1 回 108 円	—
理美容師による理美容サービス			なし	あり	—	○	実費負担	—	—
買い物代行	なし	あり	なし	あり	—	—	実費負担	15 分 550 円(週 1 回の買い物は無料)	—
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	—	—	実費負担	15 分 550 円(介護保険以外の手続きの場合)	—
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	—	○	実費負担	—	—
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	—	○	実費負担	15 分 550 円(協力医療機関以外の場合)	—
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	—	○	実費負担	15 分 550 円(協力医療機関以外の場合)	—
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	—	○	実費負担	15 分 550 円(かかった時間に応じて算定)	—
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、月額サービスの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。