

## 重要事項説明書

記入年月日	令和7年10月1日
記入者名	山寄 博仁
所属・職名	ウェルシニアホーム 管理者

### 1. 設置者

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	
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

名称	(ふりがな) うえるしにあほーむ ウェルシニアホーム	
所在地	〒386-0005 長野県上田市古里92-3	
主な利用交通手段	最寄駅	上田駅
	交通手段と所要時間	① 自動車利用の場合 ・乗車15分
連絡先	電話番号	0268-71-5980
	FAX番号	0268-71-5232
	ホームページアドレス	http://www.archms.com/
	メールアドレス	wellsenior@archms.com

管理者	氏名	山寄 博仁
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 31年 3月30日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 31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）		
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	2070302209
	指定した自治体名	長野県
	事業所の指定日	平成31年4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	2,288,42 m <sup>2</sup> (692,2坪)	
	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	1454,38 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1454,38 m <sup>2</sup>
	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（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		
	【表示事項】	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	18.75 m <sup>2</sup> 32戸 一般居室個室
タイプ2		有／無	有／無	19.50 m <sup>2</sup> 2戸 一般居室個室
タイプ3		有／無	有／無	31.25 m <sup>2</sup> 2戸 一般居室相部屋
※「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)		2.0m (有効 1.7m)	その他の廊下 (有効 1.45m)
共用施設	共用便所における便房	2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	2ヶ所
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェア一浴	ヶ所
			リフト浴	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	「笑って、笑って、明るく、明るく」を理念とし、常に笑顔のふれるホームです。協力医療機関の訪問診療体制、夜間看護体制も整っております。医療ニーズが高い方も安心して暮らすことができます。今までの大目にされてきた生活習慣やご趣味等を続けながら豊かに暮らすためのホームを目指します。
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</p> <p>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お一人お一人の時間を大切に</p> <p>夫婦部屋を除く全てのお部屋は個室となっています。</p> <p>お一人で気兼ねなく過ごせる場所を確保し、排泄面のお手伝い等は尊厳を保つことができるよう配慮致します。</p> <p>③ご家族様の安心も</p> <p>ご家族の精神的な悩みを、できる限り軽減することができるようお手伝い致します。ご家族だけでなく、お友達等も気軽に足を運んで頂けるようおもてなし致します。</p> <p>④趣味や娯楽のお楽しみ</p> <p>ご趣味を長く続け、広げていくことができるようお手伝い致します。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に、楽しい行事をご用意致します。</p> <p>⑤健康管理</p> <p>お体の不安による負担が軽減できるよう、健康面のサポートをさせて頂きます。主治医との連携を密にし、健康を維持するためのお手伝いを致します。</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
	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
※ 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。	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	( 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
※ 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。	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
	介護職員等待遇改善加算	( 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)	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) 2.4 : 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 (往診時対応、主治医への連絡調整)
協力医療機関	1	名称 丸子中央病院 住所 上田市 中丸子 1771番地1 診療科目 内科 外科等 協力科目 内科 皮膚科 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2 なし
	2	名称 本原クリニック 住所 上田市 真田町 本原 610-1 診療科目 内科 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丁目 941-2	
		協力内容	健康管理 (受診・往診)	
	2	名称	けやき歯科医院	
		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)

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	利用状況の変化に応じて
手続きの内容	居室契約書類変更手続き
追加的費用の有無	1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い	賃貸契約書類にて
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 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span> なし
	要支援の者	1 あり <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span> なし
	要介護の者	1 あり <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span> なし
留意事項	<p>《利用者の条件》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>常時または随時、身の回りのお世話や見守りが必要な方</li> <li>既定の利用料の支払いが可能な方</li> <li>公的な医療保険に加入されている方</li> <li>公的な介護保険に加入されている方</li> <li>保証人を定められる方</li> </ul> <p>※保証人を定められない場合にはご相談下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当ホームの利用契約書、管理規程等をご承諾頂き円滑に共同生活が営める方</li> </ul> <p>《利用をお断りする場合》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>暴力をふるう等他の人に害を及ぼすおそれがある方</li> <li>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</li> </ul> <p>《利用契約に定める代理人の義務》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>利用契約終了時の入居者の身柄引き取り</li> <li>介護サービス提供計画書（ケアプラン）への同意</li> <li>入居者の治療、入院に関する手配の協力</li> <li>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</li> </ul> <p>※代理人が上記義務の履行が困難になった場合には、新たな代理人を選定し、ウェルシニアホームに通知します</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により、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。30日前までに契約解除届をご提出して頂く必要がございます。</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。</p> <p>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」の規定に違反したとき</p>

	<p>③入居者が重篤な感染症に掛り、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・代理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または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續して2か月を超える、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或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に、即日に解約することができます</p>
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	<p>1 あり（内容： 2泊3日 30000円）</p> <p>2 なし</p>
入居定員	38人
その他	

## 5. 職員体制

### (職種別の職員数)

	職員数（実人）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1人	1人	0人	0.2人
生活相談員	2人	2人	0人	1人
直接処遇職員	21人	10人	11人	16.4人
介護職員	10人	7人	3人	9.2人
看護職員	11人	3人	8人	7.2人
機能訓練指導員	2人	2人	0人	1.1人
計画作成担当者	1人	1人	0人	0.5人
栄養士	0人	0人	0人	0人
調理員	4人	0人	4人	人
事務員	1人	1人	0人	1人
その他職員	4人	0人	4人	人
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
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

### (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	1人	1人	0人
介護福祉士	10人	7人	3人
実務者研修の修了者	1人	1人	0人
初任者研修の修了者	1人	1人	0人
介護支援専門員	1人	1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	1人	1人	0人
作業療法士	0人	0人	0人
言語聴覚士	0人	0人	0人
柔道整復士	1人	1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 (16:30~9:30)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	1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)	

※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			
	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
前年度1年間の採用者数	1人	2人	2人	2人	1人	0人	0人	0人
前年度1年間の退職者数	1人	1人	2人	3人	1人	0人	0人	0人
に業務従事	1年未満	1人	0人	0人	1人	0人	0人	0人
	1年以上	3人	0人	1人	0人	0人	0人	0人

3年未満										
3年以上	0人	0人	2人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	0人
5年未満										
5年以上	2人	0人	2人	1人	0人	0人	1人	0人	0人	0人
10年未満										
10年以上	1人	10人	3人	1人	0人	0人	1人	0人	1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
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	<p>条件</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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観点から改定する場合があります。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>手続き</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長野県が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し、協議の上、費用の額を変更いたします。</li> </ul>

(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1
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	18.75m <sup>2</sup>	19.50m <sup>2</sup>
	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	130,000円	132,000円
月額費用の合計		【暫定】259,829円	【暫定】260,829円
家賃		65,000円	66,000円
サービス費用  介護保険外※ <sub>2</sub>	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 (1割負担の場合)	17,697円 ※各種加算含む	17,697円 各種加算含む
	食費 (税別)	66,000円	66,000円
	共益費	40,000円	40,000円
	管理サービス費 (税別)	38,500円	38,500円
	居室電気料金 (100kw 使用時)	3,482円	3,482円
	リネン代	3,000円	3,000円
	人員配置が手厚い場合の介護 サービス利用料 (税別)	12,000円	12,000円
	その他 (通院・外出等)	2,160円	2,160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・共用施設の利用料
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、居室内水道料金
管理サービス費※ <sub>1</sub>	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、修繕費、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）、取り次ぎサービス提供の為の入件費・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

	<p>※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。</p> <p>(朝食 600円、昼食 850円(おやつ代込み)、夕食 750円) 税別 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)</p>
光熱水費等※2	居室電気料金 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(個別選択による介護サービス一覧表)
その他のサービス利用料	自費サービス、冬季除雪費
<p>※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。</p> <p>※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。</p>	

#### (特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

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>《介護保険給付費及び入居者の自己負担》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> <p>《日額算算》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> <p>《介護保険給付費の変更》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> <p>《端数計算の扱い》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
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 (上乗せサービス)	<p>《人員基準が手厚い場合の介護サービス利用料》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当施設は要介護者等が30人以上の場合に該当し、看護及び介護職員の人数が、常勤換算方法で、要介護者等の数2.5又はその端数を増すごとに1人以上の配置を満たすため算定しています。</li> </ul>
<p>※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p>	

(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ヶ月以内の契約終了 入居後3ヶ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	14人
	女性	20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	3人
	85歳以上	30人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	0人
	要介護1	8人
	要介護2	5人
	要介護3	3人
	要介護4	11人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上 1年未満	20人
	1年以上 5年未満	18人

5 年以上 10 年未満	5 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 歳
入居者数の合計	34 人
入居率*	89.4%
※ 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	1 人
	社会福祉施設	1 人
	医療機関	1 人
	死亡	16 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	3 人
		(解約事由の例) 他施設への転居、在宅復帰、長期入院

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		0268-71-5980	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	
	2 なし	結果の開示	1 あり 2 なし

9. 入居希望者への事前情報開示

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 回	
	2 なし		
	1 代替措置あり	(内容)	
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		1 あり 2 なし
	指針の整備		1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施		1 あり 2 なし
	担当者の配置		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		1 あり 2 なし
	指針の整備		1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施		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		
業務継続計画の策定状況等	1 あり	身体拘束等を行う場合の様及び時間、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	1 あり 2 なし
	2 なし		
	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: )		
	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	1 あり	2 なし	

するサービス付き高齢者向け住宅の登録	
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 <b>②</b> 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	該当なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類： 別添1（事業主体が長野県内で実施する他の介護サービス）

別添2（ウェルシニアホームが提供する個別選択サービスの一覧表）

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 山崎 博仁

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	
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	1. ハッピーデイサービス 2. デイリハおひさま 1. 上田市材木町2丁目-14-63 2. 上田市住吉331-6
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	ハッピーシニアリビング上田 上田市材木町2丁目-14-63
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	
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		
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		○		シャワー浴 550 円 一般浴 1100 円
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○		機械浴 2200 円（週 3 回目以降の場合）
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	協力医療機関以外自己負担 550 円/15 分
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				週 2 回
リネン交換	なし	あり	なし	あり				週 1 回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	実費負担	クリーニングを行う場合のみ負担
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		○	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	訪問理美容 1 回 2000 円
買い物代行	なし	あり	なし	あり				買い物にかかった時間に応じて 550 円/15 分
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	実費負担	550 円/15 分（介護保険手続き以外の場合）
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				
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	550 円/15 分（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	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	実費負担	かかった時間に応じて算定 550 円/15 分
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、3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、月額の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。