

# 重要事項説明書

社会福祉法人ほたか会  
介護付有料老人ホームまえばし上泉の里

令和6年 4月 1日以降

## 重要事項説明書

記入年月日	令和6年4月1日
記入者名	大崎 真伸
所属・職名	支配人

## 1. 事業主体概要

種 類	個人/法人
	法人の場合、その種類 社会福祉法人
名 称	(ふりがな) 社会福祉法人ほたか会
主たる事務所の所在地	〒371-0034 群馬県前橋市昭和町三丁目12番21号
連 絡 先	電話番号 027-212-5020
	FAX番号 027-212-5562
	メールアドレス houjinhonbu@hotakakai.or.jp
	ホームページアドレス http://www.hotakakai.or.jp
代 表 者	氏名 樋口 明
	職名 理事長
設立年月日	1976年 12月 1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) 介護付有料老人ホームまえばし上泉の里
所 在 地	〒371-0007 群馬県前橋市上泉町1870-1
主な利用交通手段	最寄駅 上毛電鉄 赤坂駅
	交通手段と所要時間 自家用車：中央前橋駅より15分程度 バ ス：日本中央バス赤坂駅下車
連 絡 先	電話番号 027-269-2988
	FAX番号 027-269-8851
	メールアドレス kamiizuminosato@hotakakai.or.jp
	ホームページアドレス http://www.hotakakai.or.jp
管 理 者	氏名 大崎 真伸
	職名 支配人
建物の竣工日	2004年 8月 20日
有料老人ホーム事業の開始日	2004年 9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	1070101918
	指定した自治体名	前橋市
	事業所の指定日	2004年 9月 1日
	指定の更新日 (直近)	2022年 9月 1日

### 3. 建物概要

土 地	敷地面積	3,707㎡				
	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	5,631.05㎡			
		うち、老人ホーム部分	5,631.05㎡			
	耐火構造	1	耐火建築物			
		2	準耐火建築物			
		3	その他（ ）			
		4	なし			
	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			
		最少	1 人部屋			
	最大	1 人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有 / 無	有 / 無	17㎡	100	個室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	㎡		
タイプ3	有 / 無	有 / 無	㎡			
※「個室」「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	6か所	うち男女別の対応が可能な便房	2か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4か所		
	共用浴室	9か所	個室	9か所		
			大浴場	0か所		
	共用浴室における 介護浴槽	9か所	チェアー浴	1か所		
			リフト浴	4か所		
			ストレッチャー浴	0か所		
その他（ 個 浴 ）			4か所			
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		
	火災通報装置	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（食堂）	1	あり	2	一部あり	3	なし
その他	災害時の最低限の備えとして、備蓄食糧及び消耗品について4～7日分備蓄。						

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、施設サービス計画に基づき、家庭的な雰囲気の下での入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を漫然かつ画一的にならないよう個別的（少人数）に行う。					
サービスの提供内容に関する特色	10室を1ユニットとして管理する個室ユニット型を採用					
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		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
		(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
	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
	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
	新興感染症等施設療養費		1	あり	2	なし
	科学的介護推進体制加算		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)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅳ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅴ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	介護職員等ベースアップ等支援加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
介護職員等処遇改善加算 ※6月改定となります	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1		
	<input type="checkbox"/> なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配		
	<input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い		
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
協力医療機関 ※複数ある場合は、感染症対応の際の窓口となる医療機関に○を附記	1	名 称	医療法人積心会 富沢病院
		住 所	群馬県前橋市朝日町4-17-1
		診療科目	整形外科、内科、外科、胃腸科、リハビリテーション科
		協力科目	整形外科、内科、外科、胃腸科、リハビリテーション科
		協力内容	外来受診・入院 (※必要時)
	2	名 称	医療法人 前橋北病院
		住 所	群馬県前橋市下細井町692
		診療科目	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科
		協力科目	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科
		協力内容	外来受診・入院 (※必要時)
	3	名 称	医療法人社団ほたか会 こすもすクリニック
		住 所	群馬県渋川市半田1470-2
		診療科目	内科、循環器科、泌尿器科、皮膚科
		協力科目	内科、循環器科、泌尿器科、皮膚科
		協力内容	外来受診 (※必要時)
	④	名 称	医療法人 伊藤内科医院
住 所		群馬県前橋市下小出町2丁目49-16	
診療科目		内科、循環器科	
協力科目		内科、循環器科	
協力歯科医療機関	1	名 称	青柳歯科クリニック
		住 所	群馬県前橋市青柳町133-8
		協力内容	診察のための定期的な医師・看護師の派遣、日常の健康相談、他の医療機関に入院・受診する際に要する紹介、施設内での治療・処置・指導等 (※要事前予約)
	2	名 称	協立歯科クリニック

住所	群馬県前橋市朝倉町830-1
協力内容	診察のための定期的な医師・看護師の派遣、日常の健康相談、他の医療機関に入院・受診する際に要する紹介、施設内での治療・処置・指導等（※要事前予約）

**（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 他 の 居 室 へ 移 る 場 合 3 そ の 他 ( )	
判断基準の内容	重度認知症等により該当ユニットでの介護が困難になった場合等	
手続きの内容	主治医の意見を踏まえ、ご本人の意思、身元引受人等の生活継続に対する意見を確認する	
追加的費用の有無	1 あり      2 なし	
居室利用権の取扱い	変更なし	
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	概ね65歳以上の方で健康な方、及び日常生活で介護の必要な方。	
契約解除の内容	<p>事業者は、入居者が以下のいずれかに該当し、かつ、そのことが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解除することがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申込書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。</li> <li>・月額の利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく、2か月遅延し催告したにもかかわらず、10日以内にこれが支払われないとき。</li> <li>・入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき。</li> <li>・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、又はその恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき。</li> <li>・入居者が病気の治療等その他のために、1ヵ月以上長期にホームを離れることが決まり、かつその移転先の受入れが可能となったとき。</li> <li>・入居者は事業者に対して、30日前までに解除の申し入れを行うことにより、契約を解除することができる。</li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第29条

	解約予告期間	90日
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：1泊2日 7,260円（税込） 2 なし	
入居定員		100人
その他	居室総数100室（単身用） 10ユニットで構成	

## 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	0.8
生活相談員	2	1	0.5	1.5
直接処遇職員	44	37	7	41.8
介護職員	38	36	2	37.6（うち、自立者対応 1名）
看護職員	6	1	5	4.2（うち、自立者対応0.5名）
機能訓練指導員	5	1	4	2.8
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	1	0	1	0.7
調理員	業務委託			
事務員	4	0	4	3.6
その他職員	0	0	5	1.55
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				※2 37.5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	1	1	0
介護福祉士	17	16	1
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	10	9	1
介護支援専門員	0	0	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	
看護師または准看護師	1	1	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	2	0	2
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復師	2	0	2
あん摩マッサージ指圧師	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 ( 19時～ 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	4人	4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	介護支援専門員・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	0	3	6	0	1	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	
応じた業務に従事した経年数に 職員の数	1年未満	0	2	7	0	0	1	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	9	0	0	0	0	1	0	
	3年以上 5年未満	1	0	4	0	0	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	1	8	1	1	0	1	2	1	0
	10年以上	0	1	8	1	0	0	0	1	0	0
	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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て 選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が <u>      </u> 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	前橋市が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案
	手続き	施設運営懇談会の意見を聞いて改定

### (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2	要支援2	
	年齢	87歳	87歳	
居室の状況	床面積	17㎡	17㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		216,532円	211,622円	
家賃		70,000円	70,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用	21,992円	11,582円	
	介護保険外※	食費	58,320円	58,320円
		管理費	66,220円	71,720円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
		その他	0円	0円

※ 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該目的施設の開発費、土地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を含む諸費用を平均的な余命等を勘案して、1室あたり又は1人あたりとして、月あたり費用を算出したもの。</li> <li>・家賃相当額は、老人福祉法第29条第6項において、受領が禁止されている権利金及び対価性のない金品に該当しません。</li> </ul>
敷金	家賃の0か月分
介護費用 ※	なし
管理費	光熱水費、事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常支援サービス提供のための人件費・事務費、共有施設等の維持管理費
食費	1日3食 定食方式 (1,944円/日×30日として) 食材費、栄養士その他食事部門の人件費、設備、備品代 (調理具・食器等)
光熱水費	管理費に含む。 但し、入居者が居住する専用居室内の家電持込代 (大：55円/台/日、小：22円/台/日)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2のとおり
その他のサービス利用料	利用者の個別的な選択による生活支援サービス費について、サービスにかかわる人件費等として算定。

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

**(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等に対する自己負担	要介護度に応じた介護費用について、介護保険負担割合証の負担割合の額
特定施設入居者生活介護等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)	なし

**(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)	か月	
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	25人
	女性	74人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	19人
	85歳以上	77人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	3人
	要介護1	33人
	要介護2	16人
	要介護3	18人
	要介護4	17人
入居期間別	6か月未満	26人
	6か月以上1年未満	11人
	1年以上5年未満	44人
	5年以上10年未満	12人
	10年以上15年未満	4人
	15年以上	2人

### (入居者の属性)

平均年齢	89.1歳			
入居者数の合計	99人			
入居率(入居者数の合計/入居定員数×100) ※入居者数は、一時的に不在となっている者も含む。	99%			
入居者の入居時の住所地	県内	94人	うち前橋市	82人
	県外	5人		

### (前年度における退去者の状況)

退去先別の 人数	自宅等	6人
	社会福祉施設	28人
	医療機関	15人
	死亡者	14人
	その他	0人
生前解約の 状況	施設側の申し出 (解約事由の例)	0人
	入居者側の申し出 (解約事由の例) 在宅復帰、他施設への転居、疾病治療のための入院	49人

## 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し記入。

窓口の名称		相談サービス課	前橋市介護保険課
電話番号		027-269-2988	027-224-1111
対応している時間	平日	9時から18時	8時30分から17時15分
	土曜	9時から18時	休み
	日曜・祝日	9時から18時	休み
定休日		なし	土日祝

### (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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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) 上記の通り
	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 11月 10日
			結果の開示	1 あり 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

重要事項説明書	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
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【WAM-NET（社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム）をホームページより公開】
	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【WAM-NET（社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム）をホームページより公開】
	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 checked="" type="checkbox"/> 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 12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 checked="" 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	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 checked="" 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 checked="" 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	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
不適合事項がある場合 の内容			

### 11. お支払い方法

当月の利用料金の合計額を請求書に明細を付して、翌月の10日までに郵送にてお送り致します。以下の方法によりお支払い下さい。

(1) ホーム指定口座への自動振替 (自動引き落とし) による支払い。但し、この場合は、ホームが指定する銀行にご利用者名義の普通預金口座を設ける事が必要となります。毎月15日の引き落としとなります。(土日祝日の場合は翌営業日の引き落とし)

(2) 請求明細書に明記されたホームの指定口座への振込による支払い。

この場合は、20日までにお振り込みを頂くこととなります。

添付書類：別添1 (別に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 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 事業主体が前橋市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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護 ※総合事業の実施(有・無)	あり	なし	併設・隣接	グランポルト前橋 前橋市昭和町3丁目11-18
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	青梨子訪問看護ステーション 前橋市青梨子町1670
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	青梨子荘訪問リハビリテーション 前橋市青梨子町1670
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	
通所介護 ※総合事業の実施(有・無)	あり	なし	併設・隣接	あおなしデイサービスセンター グランポルト前橋 デイサービスセンターつるかめの里 前橋市青梨子町1670 前橋市昭和町3丁目11-18 前橋市亀里町333番地4
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	青梨子荘 前橋市青梨子町1670
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	まえばし上泉の里 グランオー前橋 前橋市上泉町1870-1 前橋市千代田町5丁目17-5
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	青梨子荘 前橋市青梨子町1670
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	まえばし上泉の里 グランポルト前橋 前橋市上泉町1870-1 前橋市昭和町3丁目11-18
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	
<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	併設・隣接	グランポルト前橋 前橋市昭和町3丁目11-18
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接	グランポルト前橋 前橋市昭和町3丁目11-18
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	
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	グループホームあおなし グループホーム城東 前橋市青梨子町1670 前橋市城東町3-10-10
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	グランオー前橋 前橋市千代田町5丁目17-5
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	青梨子荘居宅介護支援事業所 前橋市青梨子町1680-5
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし	併設・隣接	グランポルト前橋 前橋市昭和町3丁目11-18
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	青梨子訪問看護ステーション 前橋市青梨子町1670
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	青梨子荘訪問リハビリテーション 前橋市青梨子町1670
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	青梨子荘 前橋市青梨子町1670
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	まえばし上泉の里 グランオー前橋 前橋市上泉町1870-1 前橋市千代田町5丁目17-5
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	青梨子荘 前橋市青梨子町1670
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	まえばし上泉の里 グランポルト前橋 前橋市上泉町1870-1 前橋市昭和町3丁目11-18
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	
<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	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	グループホームあおなし グループホーム城東	前橋市青梨子町1670 前橋市城東町3-10-10
<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	青梨子荘	前橋市青梨子町1670
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	グランポルト前橋	前橋市昭和町3丁目11-18
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	あおなしデイサービスセンター	前橋市青梨子町1670
				グランポルト前橋 デイサービスセンターつるかめの里	前橋市昭和町3丁目11-18 前橋市亀里町333番地4
その他の生活支援サービス	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
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				必要に応じ
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				排泄：排泄都度、必要に応じ。おむつ交換：1日5回及び必要に応じ。
おむつ代			なし	あり		○	右記の通り	テープ式おむつ210円枚、パッド(小)90円枚、パッド(大)140円枚、パンツ型240円枚(すべて非課税)
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				週2回
特浴介助	なし	あり	なし	あり				状態に応じ
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				状態に応じ
機能訓練	なし	あり	なし	あり				週1～2回、身辺状況に応じ
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり				
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	4,840円/3時間未満、以降30分増す毎に957円	協力医療機関及び緊急時、並びに主治医の意見に基づきホームが必要と認めた場合は無料。
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	242円/5分	特定施設サービスをご利用でない方は希望時に自費介助費と同様（税込）
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			週1回交換
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	自立者は100円枚（下着や小物） 234円枚（上着や大物）（共に非課税）	毎日
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			傷病時、希望に応じて
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○		実費	
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		○	実費	
買い物代行（前橋市・伊勢崎市内）	なし	あり	なし	あり		○	通院介助同様。用品代は実費	
買い物代行（前橋市・伊勢崎市外）	なし	あり	なし	あり		○	通院介助同様。手数料は実費	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	通院介助同様。手数料は実費	
金銭・貯金管理			なし	あり				一時的に必要に応じ
自費介助費	なし	あり	なし	あり		○	242円/5分	通常のサービスの範囲を超え、希望されたサービスを実施した場合
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年2回
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			随時実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			随時実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり				必要に応じ
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				毎日
入退院時・入院中のサービス								
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○			
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	通院介助と同様	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	日常の洗濯と同様	必要に応じ
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（介護保険負担割合分）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、管理費等の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・単位を明確にして記入する。また、補足がある場合は、備考欄を活用して明確に記入すること。