

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------------|
| 記入年月日 | 令和07年06月30日 |
| 記入者名 | 平瀬 謹也 |
| 所属・職名 | アスプラス株式会社 代表取締役 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|-------------------------------|-------------------|
| 種類 | 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (アスプラス カブシキガイシャ) アスプラス株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒671-1228 兵庫県姫路市網干区坂出24番地5 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 079-271-3888 |
| | FAX番号 | 079-271-3889 |
| | メールアドレス | info@asplus.co.jp |
| | ホームページアドレス | https://3888.jp |
| 代表者 | 氏名 | 平瀬 謹也 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成26年08月12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 | (イロドリノイエ オオツ) いろどりの家 おおつ | |
| 所在地 | 〒671-1131 兵庫県姫路市大津区天神町2丁目30番地 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 山陽電車 網干線 天満駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ① 自動車利用の場合 国道250号線天神町2丁目交差点南へすぐ ② 電車利用の場合 山陽電車網干線、天満駅より南へ徒歩5分 |

| | | |
|---------------|------------|-------------------|
| 連絡先 | 電話番号 | 979-230-3888 |
| | FAX番号 | 079-230-3889 |
| | メールアドレス | info@asplus.co.jp |
| | ホームページアドレス | https://3888.jp |
| 管理者 | 氏名 | 平瀬 謹也 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 建物の竣工日 | | 平成30年04月10日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成30年04月10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 | |
| | 指定した自治体名 | |
| | 事業所の指定日 | 年 月 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|----------|-------------|-------------------------|-----------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 436.36㎡ | |
| | 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 | 531.63㎡ |
| | | うち、老人ホーム部分 | 507.20㎡（管理事務室・厨房を除く） |
| | 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（夫婦、縁故者居室含む） | | | | |
| | | 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※ |
| | 個室タイプ | あり | なし | 11.18㎡ | 23室 | 居室個室 |
| | 夫婦タイプ | あり | なし | 16.15㎡ | 2室 | 居室個室 |
| ※「居室個室」「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 | 1か所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | か所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 1か所 | |
| | 共用浴室 | 2か所 | 個室 | | 2か所 | |
| | | | 大浴場 | | か所 | |
| | 共用浴室のうち 介護浴槽 | 1か所 | チェアー浴 | | か所 | |
| | | | リフト浴 | | か所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | か所 | |
| | | | その他（チェアーリフト） | | 1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（セコム） ① あり 2 一部あり 3 なし |
| その他 | 火災の場合は自動、また職員が必要とする緊急時には警備会社が駆けつける体制あり | | | |

4. サービスの内容

（全体の方針）

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 運営に関する方針 | 基本方針及び高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営し、地域の高齢者が安心安全に暮らせる住宅にします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 食事の提供、介護サービス等の提供については各々サービス提供事業者との別途契約とする。 |
| 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 |
| <p>※ 1 自ら実施：介護付き有料老人ホームがサービスを提供する場合及び住宅型有料老人ホームがその従業者により介護保険外サービスを提供する場合</p> <p>※ 2 委託：住宅型有料老人ホームが外部の事業者へ委託して介護保険外サービスを提供する場合</p> <p>※ 3 なし：介護保険外サービスを提供しない場合及び入居者が契約した訪問介護等の介護保険サービス事業者（同一法人も含む）がサービスを提供する場合</p> | |

（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入不要

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|-----------|
| 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 ※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 | 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 |

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|----------------------|----|----|----|
| <p>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> | 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 |
| | 科学的介護推進体制加算 | | 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 | 2 | なし | |
| | (Ⅳ) | 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 | | | | |

(医療連携の内容)

| | | | | | |
|--------|---|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|--|
| 医療支援 | | <p>① 救急車の手配</p> <p>※複数選択可</p> <p>2 入退院の付き添い</p> <p>3 通院介助</p> <p>4 その他 ()</p> | | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 京見の森クリニック | | |
| | | 所在地 | 兵庫県姫路市勝原区熊見24-3 | | |
| | | 診療科目 | 在宅医療専門、内科他 | | |
| | | 協力科目 | 在宅医療専門、内科他 | | |

| | | | | | |
|-------------------|------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|--|
| | | 協力内容 | 入居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 | |
| | 2 | 名称 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| | | 診療科目 | | | |
| | | 協力科目 | | | |
| | 協力内容 | 入居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 | 名称 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| | ② なし | | | | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | おかだ歯科 | | |
| | | 所在地 | 姫路市神子岡前3-12-17 ゆめタウン6F | | |
| | | 協力内容 | 訪問歯科 | | |

(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記入不要

| | | |
|--------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 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 その他 (2階居室から1階居室への移動・空室のある場合) | |
| 判断基準の内容 | 加齢などによる入居者の状態 (例: ターミナル期など) | |
| 手続きの内容 | 入居時の賃貸契約書の部屋番号の差し替え | |
| 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 (左右の位置が変わる場合がある) |
| | 浴室の変更 | |
| | 洗面所の変更 | ① あり 2 なし (左右の位置が変わる場合がある) |
| | 台所の変更 | |
| | その他の変更 | ① あり (変更内容) (窓の位置が変わる場合がある) 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 | 原則、要介護認定を受けている 45 歳以上の方とする。二人部屋は配偶者及び親族同居の場合のみ入居対象とする。 | | |
| 契約解除の内容 | 賃貸契約書第 10 条に準ずる | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | - | |
| | 解約予告期間 | - | |
| 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:) ② なし | | |
| 入居定員 | 27 人 | | |
| その他 | 各サービス契約及び利用に関しては、入居者がサービス提供事業所を選択し利用する。 | | |

5. 職員体制

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

(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 | |
| 管理者 | 1 人 | | 1 | 0.5 |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | | | | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | | | | |
| 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 | | |
| 介護福祉士 | | |
| 実務者研修の修了者 | | |
| 初任者研修の修了者 | | |
| 介護支援専門員 | | |

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

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (時 分 ~ 時 分) | | |
|------------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 人 | 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 d 3 : 1以上 |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|

| | | |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----|
| (一般型特定施設以外の場合、本欄は記入不要) | 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(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は記入不要) | 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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 | | | | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 職員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】 | 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 | 土地建物の租税負担の増減、土地建物の価格や物価の変動、近傍同種の建物と比較して賃料が不相当となった場合 |
| | 手続き | 入居者と協議のうえ決定 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | 個室プラン | 夫婦部屋プラン | |
|-------------|------------------|-----------|-----------|----------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 2. 27 | 2. 33 | |
| | 年齢 | 85. 79歳 | 84. 67歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 11. 18㎡ | 16. 15㎡ | |
| | 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・火災水災保険料 | 11, 000円 | 11, 000円 | |
| | 家具備品リース料一括払 | 49, 000円 | 98, 000円 | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 106, 320円 | 182, 440円 | |
| 家賃 | | 38, 000円 | 46, 000円 | |
| サービス費用 外 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 円 | 円 | |
| | 介護保険 | 食費（別途契約） | 46, 320円 | 92, 640円 |
| | | 管理費 | 12, 000円 | 24, 000円 |
| | ガス・水道料金 | | 9, 800円 | 19, 600円 |

| | | | | |
|--------|---------------------|--------|-------------|-------------|
| サービス費用 | 介護保険外※ ₂ | 自治会費 | 200円 | 200円 |
| | | 電気料金 | 電気メーター検針による | 電気メーター検針による |
| | | その他（ ） | 0円 | 0円 |
| | | その他（ ） | 0円 | 0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、本欄には記載していない）

（利用料金の算定根拠）

| 費目 | 算定根拠 |
|---------|--------------------------------------------------|
| 敷金 | 不要 |
| 家賃 | 居室専用部の使用料として入居者が負担する |
| 食費 | ひと月全食分（デイサービスなど定期的な予定は1食△345円減算） |
| 管理費 | 住宅使用にあたり、管理費として入居者が負担する |
| ガス・水道料金 | 共用部で使用するガス使用料・水道料金を入居者が負担する |
| 自治会費 | 居室あたり200円を負担する |
| 電気料金 | 居室専用部で使用する電気料金を入居者が負担する |
| NHK受信料 | 居室にテレビを置く入居者はその受信料を入居者が負担する |
| 介護費用 | ※利用者の個別の選択による。別添2参照のこと。 ※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記入不要

| 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）※前払金を受領していない場合は記入不要

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 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 | 8人 |
| | 女性 | 14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 | 8人 |
| | 85歳以上 | 13人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 1人 |
| | 要介護1 | 8人 |
| | 要介護2 | 4人 |
| | 要介護3 | 5人 |
| | 要介護4 | 1人 |
| | 要介護5 | 3人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 3人 |
| | 6か月以上1年未満 | 3人 |
| | 1年以上5年未満 | 11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 | — |

(入居者の属性)

| | |
|---------|--------|
| 平均年齢 | 85.64歳 |
| 入居者数の合計 | 22人 |
| 入居率※ | 81.48% |

※ 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 | 3人 |
| | 医療機関 | 4人 |
| | 死亡 | 4人 |
| | その他 | 1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ください。

| | | | |
|----------|-----------------------|------------|---------------|
| 窓口の名称 | アスプラス株式会社 | | 代表携帯電話 |
| 電話番号 | 079-271-3888 | | 090-8570-2288 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | 9:00~18:00 | 9:00~18:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~18:00 | 9:00~18:00 |
| 定休日 | - | | - |
| 行政の相談窓口 | 姫路市 高齢者政策課 | | |
| 電話番号 | (079) 221-2985 | | |
| 対応している時間 | 平日 9:00~17:00 | | |
| 定休日 | 土曜、日曜、祝日、12月28日から1月3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 | (その内容) 東京海上日動損害賠償保険 |
| | 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06年10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 ④ ホームページで公開 |
| 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 ④ ホームページで公開 |
| 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 ④ ホームページで公開 |
| 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 ④ ホームページで公開 |

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 | |

| | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 高齢者虐待防止のための取り組みの状況 | 指針の整備 | ① あり 2 なし |
| | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | 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 |
| 身体的拘束等廃止のための取り組みの状況 | 指針の整備 | ① あり 2 なし |
| | 身体的拘束適正化検討委員会の開催 | 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的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等） | |
| | ① あり | 身体的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 |
| | | 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（BCP） | ① あり 2 なし |
| | 災害にす業務継続計画（BCP） | ① あり 2 なし |
| | 従業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：いろどりの家 あぼし） 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（平成30年04月10日届出） 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（ 年 月 日登録） ② なし | |
| 姫路市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 | 居室面積及び廊下幅 | |
| 「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 | |

| | |
|--------------------------|--|
| 姫路市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（別の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

説明を受けた者の署名

※ _____ 様











































説明年月日 令和07年06月30日

アスプラス株式会社

説明者署名 代表取締役 平瀬 謹也

※ 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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核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 |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 訪問入浴介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 訪問看護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 訪問リハビリテーション | あり  | 併設・隣接 | |
| 居宅療養管理指導 | あり  | 併設・隣接 | |
| 通所介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 通所リハビリテーション | あり  | 併設・隣接 | |
| 短期入所生活介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 短期入所療養介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 福祉用具貸与 | あり  | 併設・隣接 | |
| 特定福祉用具販売 | あり  | 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  | 併設・隣接 | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 地域密着型通所介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 認知症対応型通所介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり  | 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  | 併設・隣接 | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 居宅介護支援 | あり  | 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  | 併設・隣接 | |
| 介護予防訪問看護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり  | 併設・隣接 | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり  | 併設・隣接 | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり  | 併設・隣接 | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり  | 併設・隣接 | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり  | 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  | 併設・隣接 | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり  | 併設・隣接 | |
| 介護予防支援 | あり  | 併設・隣接 | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり  | 併設・隣接 | |
| 介護老人保健施設 | あり  | 併設・隣接 | |
| 介護療養型医療施設 | あり  | 併設・隣接 | |
| 介護医療院 | あり  | 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  | 併設・隣接 | |
| 通所型サービス | あり  | 併設・隣接 | |
| その他の生活支援サービス | あり | 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 | 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 | |
| | | | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| おむつ代 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 特浴介助 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 通院介助 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| リネン交換 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| おやつ | | | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 買い物代行 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | ※回数（年〇回など）を明記すること |
| 健康相談 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | 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、月額の利用料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。