

重要事項説明書

記入年月日	2025年6月30日
記入者名	田中 良
所属・職名	介護付有料老人ホーム東姫路 施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について」の一部改正について（令和4年8月18日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙3の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙3の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ じこう 株式会社 慈光	
主たる事務所の所在地	〒〒899-1131 鹿児島県阿久根市脇本 9021	
連絡先	電話番号	0996-63-5515
	FAX番号	0996-63-0005
	メールアドレス	info@jikou-kaigo.com
	ホームページアドレス	http://jikou-kaigo.com
代表者	氏名	槇之浦良文
	職名	代表取締役
設立年月日	平成22年 8月 20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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一むひがしひめじ 介護付有料老人ホーム東姫路	
所在地	〒671-0253 姫路市花田町一本松 345-1	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	バス利用の場合 神姫バス「市川橋東詰」停留所から徒歩1分
連絡先	電話番号	079-251-0025
	FAX番号	079-251-0026
	メールアドレス	info@jiko-kaigo.com
	ホームページアドレス	http://jiko-kaigo.com
管理者	氏名	田中 良
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 27年 3月 27日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 27年 4月 1日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	第 2874008119 号
	指定した自治体名	姫路市
	事業所の指定日	2015 年 4 月 1 日
	指定の更新日（直近）	2021 年 4 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2353.55 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	4277.53 m ²			
		うち、老人ホーム部分	4277.53 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 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※
タイプ1		あり/なし	あり/なし	19.32 m ²	32	一般居室個室
タイプ2		あり/なし	あり/なし	13.22 m ² ～ 17.67 m ²	68	介護居室個室
タイプ3		あり/なし	あり/なし	10.95 m ²	1	一時介護室
タイプ4		あり/なし	あり/なし	m ²		
タイプ5		あり/なし	あり/なし	m ²		
タイプ6	あり/なし	あり/なし	m ²			

	タイプ7	あり/なし	あり/なし	m ²		
	タイプ8	あり/なし	あり/なし	m ²		
	タイプ9	あり/なし	あり/なし	m ²		
	タイプ10	あり/なし	あり/なし	m ²		

※「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	7 箇所	うち男女別の対応が可能な便房	2 箇所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5 箇所	
	共用浴室	5 箇所	個室	4 箇所	
			大浴場	1 箇所	
	共用浴室のうち 介護浴槽	1 箇所	チェアー浴	1 箇所	
			リフト浴	1 箇所	
			ストレッチャー浴	1 箇所	
			その他 ()	1 箇所	
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	入居者や家族が利 用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) <input type="checkbox"/> 4 なし				
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
緊急通報装 置等	居室	便所	浴室	その他 ()	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	
	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	
	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 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>居宅であることを踏まえ、高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供し、利用者の介護予防に資するよう、また要介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう配慮するものとする。</p> <p>当該事業者は、利用者又は他の入居者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は行わないものとする。</p> <p>職員は利用者又は家族に対し、サービスの提供方法等について分かりやすく説明するものとする。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>季節の風物詩や季節ごとの行事に重点を置き、年間を通して四季折々の行事・レクリエーション・食事を行って参ります。また、家庭菜園を設け、植付け・水やりから収穫まで、入居者の皆さんとスタッフが一緒になって育てます。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

<p>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>		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算（※1）	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算（※2）		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	退居時情報提供加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	新興感染症等施設療養費		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
(Ⅲ)		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		
	<input checked="" 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	
		4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	姫路第一病院
		所在地	姫路市御国野町国分寺 143
		診療科目	内科、外科、脳神経外科、整形外科、リハビリ科
		協力科目	健康管理、健康診断、休日・夜間の緊急対応。

		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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	2	名称	姫路中央病院		
		所在地	姫路市飾磨区三宅2丁目36番地		
		診療科目	脳神経外科、胃腸外科、神経内科、内科、整形外科、皮膚科		
		協力科目	健康管理、健康診断、休日・夜間の緊急対応。		
		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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> 2 なし				
協力歯科医療機関		名称	つだ歯科		
		所在地	姫路市飾磨区英賀清水町1-25		
		協力内容	歯科診療、口腔ケアの指導・援助（希望者）		

(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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 その他 ()	
判断基準の内容	体調不良等により一時的に介護が必要になった場合介護認定が出た場合	
手続きの内容		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<p>概ね 65 歳以上で、自立または要支援及び要介護の方 伝染病疾患や精神的疾患等を有せず、かつ問題行動を伴わない 者で、共同生活に適応できる者。</p> <p>特定施設入居者生活介護制度等を利用することにより、日常生 活が送れる者で、所定の利用料を負担できる者。</p>	
契約解除の内容	<p>① 入居者が死亡した場合</p> <p>② 入居者から契約解除が行われた場合</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>①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時</p> <p>②月額の利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく、しばしば延滞するとき</p> <p>③入居契約書第 20 条（禁止又は制限される行為）の規定を違反したとき</p> <p>④入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護では、これを防止することができないとき</p> <p>⑤長期の入院もしくは長期の外出（3 ヶ月を限度とする）をするとき</p> <p>⑥入居者又は入居者家族等のハラスメント行為により解決が困難で適切なサービスの提供が困難なとき</p>
	解約予告期間	90 日前
入居者からの解約予告期間	退居日の 30 日前	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（内容：現行サービス同様実施） <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	100 人	
その他	<p>【身元引受人の条件および義務等】</p> <p>身元引受人は原則として親族に限る。また、本契約に基づく入居者の事業者に対する責務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要な時には入居者の身柄を引き取ります。</p>	

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 49	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	37	32	5	34.5
介護職員	32	28	4	30
看護職員	5	4	1	4.5
機能訓練指導員	1	1	0	
計画作成担当者	2	2	0	
栄養士		委託		
調理員		委託		
事務員	3	3	0	
その他職員	4	0	4	
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	12	12	0
実務者研修の修了者	8	8	0
初任者研修の修了者	13	13	0
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
看護師又は准看護師	0	0	0
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	1	1	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 (17時 30分～ 翌10時 30分)		
	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	4.5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、本欄は記入不要)	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	3 : 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし								
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	資格等の名称							
			2 なし	社会福祉主事、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	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数	0	0	4	1	0	0	1	0	1	0	
前年度1年間の退職者数	1	0	6	0	0	0	1	0	0	0	
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	4	1	0	0	0	0	1	1
	1年以上	2	2	4	2	1	0	1	1	0	0
	3年未満										
	3年以上	2	2	6	0	0	0	0	0	1	1
	5年未満										
	5年以上	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0
	10年未満										
10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
職員の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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 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	
	手続き	

(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	介護度 2		
	年齢	80 歳	歳	
居室の状況	床面積	19.32 m ²	m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居時点で必 要な費用	前払金	200,000 (預り金) 円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		154,800 円	円	
家賃		74,000 円	円	
サービス	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	
	介護保	食費	49,800 円	円
		管理費	31,000 円	円
	介護保 険外	介護費用	実費負担円	円
		光熱水費	実費負担円	円
その他 ()		円	円	

	その他 ()	円	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	なし
家賃	74,000 円
食費	1 日 1,660 円、30 日で 49,800 円。1 日 3 食提供。おやつ含む。
管理費	事務管理、共用施設の維持管理費及び備品、消耗品費。
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。
光熱水費	各居室内での個人使用分は別途実費負担。
その他 ()	
その他 ()	

(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	25 人
	女性	72 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	17 人
	75 歳以上 85 歳未満	43 人
	85 歳以上	37 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	10 人
	要支援 2	10 人
	要介護 1	28 人
	要介護 2	16 人
	要介護 3	9 人
	要介護 4	17 人
	要介護 5	7 人
入居期間別	6 か月未満	14 人
	6 か月以上 1 年未満	21 人
	1 年以上 5 年未満	32 人
	5 年以上 10 年未満	24 人
	10 年以上 15 年未満	6 人
	15 年以上	0 人

（入居者の属性）

平均年齢	88.5 歳
入居者数の合計	97 人
入居率※	97%
※ 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	2 人
	医療機関	3 人
	死亡	6 人
	その他	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出	1 人

況		(解約事由の例) 職員に対するハラスメント行為あり
	入居者側の申し出	11人
		(解約事由の例) 看取り介護 退院の目処がたたず 特別養護老人ホームへの転居 など

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	介護付有料老人ホーム東姫路 苦情相談 窓口	兵庫県国民健康保険団体連合会
電話番号	079-251-0025	078-332-5617：介護サービス苦情相談窓口
対応している時間	平日	9：00～18：00
	土曜	9：00～18：00
	日曜・祝日	9：00～18：00
定休日	なし	祝日（12/29～1/3は定休日）
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) (財団法人)介護労働安定センター「ケア・ワーカー等福祉共済制度」 介護事業者賠償責任保障
	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) 万が一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して保険の範囲内で損害の賠償を行います。但し、感染症及び施設職員の介在しない居室内転倒等、入居者側に重大な過失がある場合はこの限りではない。

	2 なし
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	随時
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	担当者の配置		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

身体的拘束等廃止のための取組の状況	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	身体的拘束適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2
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）	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	災害にす業務継続計画（BCP）	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	従業者に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1					あり（平成26年7月4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	<input checked="" type="checkbox"/> 1					あり（年 月 日登録）
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<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
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 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	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		
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	あり		なし		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	あり	なし	あり	なし			必要時嚥食介助
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	なし			必要時、排泄介助又はおむつ介助
おむつ代			あり	なし		○	入居者様の実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	なし			基本週2回実施、必要時清拭
特浴介助	あり	なし	あり	なし			基本週2回実施、必要時清拭
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	なし			身体状況に応じて対応
機能訓練	あり	なし	あり	なし			身体状況に応じて対応（午前9時～午後6時）
通院介助	あり	なし	あり	なし			必要に応じ適宜実施 協力医療機関以外は1時間2,000円 諸経費は全て入居者の実費負担
生活サービス							
居室清掃	あり	なし	あり	なし			週2回実施（ごみ処理は毎日実施）
リネン交換	あり	なし	あり	なし			週1回実施
日常の洗濯	あり	なし	あり	なし			入居者個人で施設コインランドリー使用 希望の場合 洗濯料1回100円乾燥機30分100円は入居者の自己負担
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	なし			必要時のみ実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事			あり	なし			
おやつ			あり	なし			毎日提供
理美容師による理美容サービス			あり	なし			入居者の実費負担
買い物代行	あり	なし	あり	なし			通常の利用区域は必要に応じ週1回実施 それ以外は1時間2,000円、個人的な買い物等の代行
役所手続き代行	あり	なし	あり	なし			介護保険関係手続きのみ
金銭・貯金管理			あり	なし			金額10万円以下の小口現金管理のみ対応
健康管理サービス							
定期健康診断			あり	なし			実施（希望者のみ）
健康相談	あり	なし	あり	なし			必要に応じ適宜実施、医療費は入居者の実費負担

生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし				同上
服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし				同上
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				必要に応じ適宜実施、履歴保管
入退院時・入院中のサービス								
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし				協力医療機関は必要に応じ実施 それ以外は1時間2,000円、諸経費は全て入居者の実費負担
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1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。