

**介護付有料老人ホーム  
ロイヤルステージ大垣  
重要事項説明書**

|       |                |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和 8 年 4 月 1 日 |
| 記入者名  | 二羽 宏彰          |
| 所属・職名 | 副支配人           |

**1. 事業主体概要**

|            |                                   |                           |
|------------|-----------------------------------|---------------------------|
| 種類         | 個人/法人                             |                           |
|            | ※法人の場合、その種類                       | 株式会社                      |
| 名称         | (ふりがな) のはらでんけんかぶしがいしゃ<br>野原電研株式会社 |                           |
| 主たる事務所の所在地 | 〒503-0936 岐阜県大垣市内原1丁目71番地         |                           |
| 連絡先        | 電話番号                              | (0584) 88-2771            |
|            | FAX番号                             | (0584) 87-0338            |
|            | メールアドレス                           | n-denken@n-denken.co.jp   |
|            | ホームページアドレス                        | http://www.n-denken.co.jp |
| 代表者        | 氏名                                | 野原 謙太郎                    |
|            | 職名                                | 代表取締役                     |
| 設立年月日      | 昭和 55 年 5 月 21 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) かいごつき ゆうりょうろうじんほーむ ろいやるすてーじおおがき<br>介護付き 有料老人ホーム ロイヤルステージ大垣 |  |
| 所在地      | 〒503-0934<br>岐阜県大垣市外濶2丁目82番地                                      |  |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅   | J R 東海 大垣駅   |
|          | 交通手段と所要時間   | 大垣駅から<br>① バス利用の場合<br>名阪近鉄バス 青柳線イオンモール大垣下車<br>徒歩15分 (800m)<br>② タクシー利用の場合<br>乗車15分 |

|               |            |                                   |
|---------------|------------|-----------------------------------|
| 連絡先           | 電話番号       | 0584-88-0081                      |
|               | FAX番号      | 0584-88-0087                      |
|               | メールアドレス    | royal-ogaki@n-denken.co.jp        |
|               | ホームページアドレス | http://royal-ogaki.n-denken.co.jp |
| 管理者           | 氏名         | 金子 友香                             |
|               | 職名         | 管理者                               |
| 建物の竣工日        |            | 平成26年 10月 10日                     |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 令和元年 8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<br>該当する場<br>合                 | 介護保険事業者番号   | 2172102705  |
|                                     | 指定した自治体名    | 岐阜県 (市)     |
|                                     | 事業所の指定日     | 令和元年 8月 1日  |
|                                     | 指定の更新日 (直近) | 令和7年 7月 31日 |

**3. 建物概要**

|         |   |                                  |                               |
|---------|---|----------------------------------|-------------------------------|
| 土地      | 敷地面積                                      | 4,235.74 m <sup>2</sup>          |                               |
|         | 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<br>(年 月 日～年 月 日)<br>2 なし |
| 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし                                 |                                  |                               |
| 建物      | 延床面積                                      | 全体                               | 4,547.87 m <sup>2</sup>       |
|         |   | うち、共用部分                          | 2,272.80 m <sup>2</sup>       |
|         |   | 介護付有料老人ホーム部分                     | 1,046.44 m <sup>2</sup>       |
|         | 耐火構造                                      | 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( ) |                               |
| 構造      | 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>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<br>( 年 月 日～ 年 月 日 )<br>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<br>【表示事項】   | 1 全室個室 (1人部屋30室、2人部屋8室)                                |  |                      |       |        |
|  |  | 2 相部屋あり <input type="checkbox"/> なし                    |  |                      |       |        |
|  |  | 最少   | 人部屋  |                      |       |        |
|  | 最大   | 人部屋  |  |                      |       |        |
|  |  | トイレ  | 浴室   | 面積                   | 戸数・室数 | 区分*    |
|  | Bタイプ   | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 47 m <sup>2</sup>    | 4     | 一般居室個室 |
|  | A2タイプ  | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 50 m <sup>2</sup>    | 1     | 一般居室個室 |
|  | B2タイプ  | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 43 m <sup>2</sup>    | 3     | 一般居室個室 |
|  | Cタイプ   | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 31 m <sup>2</sup>    | 2     | 一般居室個室 |
|  | Dタイプ   | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 25～20 m <sup>2</sup> | 28    | 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。 |  |  |  |                      |       |        |
| 共用施設   | 共用便所における<br>便房   | 8ヶ所  | うち男女別の対応が可能な便房   | 6ヶ所                  |       |        |
|  |  |  | うち車椅子等の対応が可能な便房  | 7ヶ所                  |       |        |
|  | 共用浴室   | 4ヶ所  | 個室   | 2ヶ所                  |       |        |
|  |  |  | 大浴場  | 2ヶ所                  |       |        |
|  | 共用浴室における<br>介護浴槽   | 0ヶ所  | チェアー浴  | ヶ所                   |       |        |
|  |  |  | リフト浴   | ヶ所                   |       |        |
|  |  |  | ストレッチャー浴   | ヶ所                   |       |        |
|  |  |  | その他 ( )  | ヶ所                   |       |        |
| 食堂   | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし   |  |  |                      |       |        |
| 入居者や家族が利用<br>できる調理設備                             | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし   |  |  |                      |       |        |
| エレベーター   | 1 <input type="checkbox"/> あり (車椅子対応)<br>2 <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応)<br>3 あり (上記1・2に該当しない)<br>4 なし |  |  |                      |       |        |
| 消防用設備<br>等                                       | 消火器  | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし                     |  |                      |       |        |
|  | 自動火災報知設備   | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし                     |  |                      |       |        |
|  | 火災通報設備   | 1 <input type="checkbox"/> 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    | 2 一部あり |      |
|         | 3 なし      | 3 なし   |      |
|         | 便所        | 1 あり   |      |
|         | 2 一部あり    | 2 一部あり |      |
|         | 3 なし      | 3 なし   |      |
|         | 浴室        | 1 あり   |      |
|         | 2 一部あり    | 2 一部あり |      |
|         | 3 なし      | 3 なし   |      |
|         | その他（リビング） | 1 あり   |      |
|         | 2 一部あり    | 2 一部あり |      |
|         | 3 なし      | 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        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢社会に適応した住環境および健康で文化的な生活の提供</li> <li>・ 人間尊重・権利擁護を基本とした中立・公正な事業活動の遂行</li> <li>・ 余暇活動のための諸行事による豊かな意義のある日々の創生</li> </ul> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業者自らサービス提供を実施</li> <li>・ 利用者の個人的な選択によるサービスの提供</li> </ul>   |
| 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の体制の有無 | 入居継続支援加算      | 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      | 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 |
|                                | 医療機関連携加算      | 1 あり 2 なし |
|                                | 口腔衛生管理体制加算    | 1 あり 2 なし |
|                                | 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 |
|                                | 看取り介護加算       | 1 あり 2 なし |

|                          |                   |               |       |      |
|--------------------------|-------------------|---------------|-------|------|
|                          | 認知症専門ケア<br>加算     | (Ⅰ)           | 1 あり  | 2 なし |
|                          |                   | (Ⅱ)           | 1 あり  | 2 なし |
|                          | サービス提供体制<br>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<br>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 あり  | 2 なし |
|                          | 介護職員等特定処<br>遇改善加算 | (Ⅰ)           | 1 あり  | 2 なし |
|                          |                   | (Ⅱ)           | 1 あり  | 2 なし |
| 介護職員等ベースアップ等<br>支援加算     |                   | 1 あり          | 2 なし  |      |
| 人員配置が手厚い介護サービス<br>の実施の有無 | 1 あり              | (介護・看護職員の配置率) | 3 : 1 |      |
|                          | 2 なし              |               |       |      |

(医療連携の内容)

|                |   |                     |
|----------------|---|---------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助<br><input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 ( 看護師による日常の健康管理 ) |                     |
| 協力医療機関 1       | 名称  | 西尾医院                |
|                | 住所  | 大垣市竹島町 4 3          |
|                | 診療科目  | 内科、消化器内科            |
|                | 協力内容  | 訪問医療、健康管理、助言、指導     |
| 協力医療機関 2       | 名称  | 大屋クリニック             |
|                | 住所  | 大垣市浅中 3 丁目 9-1      |
|                | 診療科目  | 内科、消化器内科            |
|                | 協力内容  | 健康相談、助言、指導          |
| 協力医療機関 3       | 名称  | 大井内科クリニック           |
|                | 住所  | 大垣市東前 1 丁目 5 8 番地   |
|                | 診療科目  | 内科、脳神経内科、循環器内科      |
|                | 協力内容  | 訪問医療、健康管理、助言、指導     |
| 協力整形外科医療機関     | 名称  | ひらまつ整形外科            |
|                | 住所  | 大垣市友江 2 丁目 1 2 2 番地 |

|          |      |                    |
|----------|------|--------------------|
|          | 診療科目 | 整形外科               |
|          | 協力内容 | 健康相談、助言、指導         |
| 協力眼科医療機関 | 名称   | 近藤眼科               |
|          | 住所   | 大垣市御殿町1丁目57番地      |
|          | 診療科目 | 眼科                 |
|          | 協力内容 | 健康相談、助言、指導         |
| 協力歯科医療機関 | 名称   | おおしま歯科             |
|          | 住所   | 大垣市外野3-37          |
|          | 協力内容 | 口腔ケアに関する健康管理、助言、指導 |

**(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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>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<br>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<br>2 なし |

**(入居に関する要件)**

|                    |   |      |      |
|--------------------|---|------|------|
| 入居対象となる者<br>【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               | 入居可能年齢：60歳以上  |      |      |
| 契約の解除の内容           | 1 入居者が逝去した場合 (2人入居の場合は2人とも逝去)<br>2 入居者が解約した場合<br>3 事業者が解約した場合 |      |      |

|                |   |   |
|----------------|---|---|
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項  | <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>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞するとき</li> <li>・入居者の行動が他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつロイヤル大垣における接遇では、これを防止できないとき等</li> </ul> |
|                | 解約予告期間  | 3ヶ月   |
| 入居者からの解約予告期間   |   | 1ヶ月   |
| 体験入居の内容        | 1 あり (内容: 空室がある場合。1泊3食付(10,000円)、2泊5食付(15,000円) )<br>2 なし |   |
| 入居定員           |   | 46人   |
| その他            | 身元引受人が設定できない場合は要相談  |   |

## 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<br>※1※2 |
|--------------------------------------|----------|----|-----|----------------|
|                                      | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者                                  | 1        | 1  |     | 0.1            |
| 生活相談員                                | 2        | 1  | 1   | 1.0            |
| 直接処遇職員                               | 19       | 10 | 9   | 14.0           |
| 介護職員                                 | 16       | 8  | 8   | 11.5           |
| 看護職員                                 | 3        | 2  | 1   | 2.5            |
| 機能訓練指導員                              | 2        | 1  | 1   | 0.2            |
| 計画作成担当者                              | 2        | 2  | 0   | 0.2            |
| 栄養士                                  |          |    |     |                |
| 調理員                                  |          |    |     |                |
| 事務員                                  | 3        | 2  | 1   | 1.4            |
| その他職員                                | 1        |    | 1   | 0.5            |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup> |          |    |     | 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     |    |     |   |
| 介護福祉士     | 9  | 5   | 4 |
| 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   | 4  | 2   | 2 |

**(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   | 2  | 1   | 1 |
| 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 ( 21時～ 7時) |      |                 |
|---------------------|------|-----------------|
|                     | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                | 0人   | 人               |
| 介護職員                | 2.5人 | 2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<br>(一般型特定施設以外の場) | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】 3 : 1 | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|--|-----------------------------|--|

|  |                                  |         |
|--|----------------------------------|---------|
| 合、本欄は省略可能)   | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数：常勤換算職員数) | 2.5 : 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<br>老人ホームの介護サービス提供体制(外部<br>サービス利用型特定施設以外の場合、本欄<br>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 |      |       |     |         |     |         |     |
|  | 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<br>採用者数                          | 1             |      |       |      |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の<br>退職者数                          | 1             |      |       |      |       |     |         |     |         |     |
| た業務に<br>従事した<br>職員の<br>人数<br>経験年数<br>に応じ | 1年未満          |      |       |      |       |     |         |     |         |     |
|  | 1年以上<br>3年未満  |      | 1     | 1    |       |     |         |     | 1       |     |
|  | 3年以上<br>5年未満  |      |       |      | 2     |     |         |     | 1       |     |
|  | 5年以上<br>10年未満 |      |       | 1    | 2     |     |         |     |         |     |
|  | 10年以上         | 2    | 1     | 6    | 4     | 1   | 1       | 1   | 1       |     |
|  | 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<br>【表示事項】    | 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式 |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】 | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式        |

|                            |                 |   |        |           |              |                 |  |         |
|----------------------------|-----------------|---|--------|-----------|--------------|-----------------|--|---------|
|                            |                 | 3 月払い方式   |        |           |              |                 |  |         |
|                            |                 | <table border="1"> <tr> <td>4 選択方式</td> <td>1 全額前払い方式</td> </tr> <tr> <td>※該当する方式を全て選択</td> <td>2 一部前払い・一部月払い方式</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 月払い方式</td> </tr> </table> | 4 選択方式 | 1 全額前払い方式 | ※該当する方式を全て選択 | 2 一部前払い・一部月払い方式 |  | 3 月払い方式 |
| 4 選択方式                     | 1 全額前払い方式       |   |        |           |              |                 |  |         |
| ※該当する方式を全て選択               | 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<br>2 日割り計算で減額<br>3 不在期間が30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             | 運営懇談会の意見を聴取して改訂します。<br>改訂するときは入居者及び身元引受人に事前に通知します。  |        |           |              |                 |  |         |

**（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2         | 要介護1         |
|   | 年齢                            | 85歳          | 85歳          |
| 居室の状況   | 床面積                           | 22㎡          | 45㎡          |
|   | 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  | 入居準備手数料                       | 164,000円     | 220,000円     |
|   | 抗菌対応手数料                       | 20,000円      | 20,000円      |
| 月額費用の合計   |                               | 324,019円     | 377,756円     |
| 家賃  |                               | 164,000円     | 220,000円     |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 1割負担 21,419円 | 1割負担 19,156円 |
|   | 食費                            | 86,100円      | 86,100円      |
|   | 管理費                           | 30,000円      | 30,000円      |
|   | 介護費用                          | 実費 円         | 実費 円         |
|   | 水道光熱費                         | 22,500円      | 22,500円      |
| その他   |                               | 円            | 円            |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p> |                               |              |              |

**(利用料金の算定根拠)**

| 費目                   | 算定根拠  |
|----------------------|---|
| 家賃相当額                | 土地購入費、造成経費、建設費、設備整備費を基礎とし算定                   |
| 安否確認機器保守料            | ナースコール、人感センサー等の安否確認機器の維持管理に要する費用              |
| 事務管理費                | 介護保険等事務手続き、家族等への情報報告に要する費用                    |
| 食費                   | 委託費、厨房機器保守費<br>朝食：690円、昼食：980円、夕食：1,200円      |
| 水道光熱費                | 電気、ガス、水道費<br>1名使用：22,500円 2名使用：28,500円        |
| 共用部維持管理費             | 電気設備・消防設備・エレベーター等の保守点検経費、新聞雑誌等消耗品費            |
| 生活支援サービス料            | 入居者の健康管理や日常生活等の支援を行う看護師、介護員の人件費、消耗機材費         |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2   |
| 入居準備・事務関連手数料         | 入居にあたっての居室のクリーニング、契約準備等事務関連手数料<br>：家賃相当額の1か月分 |

**(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                       | 要介護度に応じて介護サービス料の負担率に応じた金額を徴収する |
| 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          | Dタイプの場合<br>居室利用料（月額）103,000円<br>共用部利用料（月額）61,000円<br>土地購入費、造成経費、建設費等を基礎とし、平均寿命等を勘案した居住想定期間の家賃相当額。 |
| 想定居住期間（償却年月数） | 81～85歳プラン：96月<br>76～80歳プラン：156月<br>71～75歳プラン：192月   |

|                                     |                   |  |
|-------------------------------------|-------------------|--|
|                                     |                   | 66～70歳プラン：222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） |                   | 0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      | 返還金＝前払金÷償却月数÷30日×（入居日から契約終了日までの実日数）<br>「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費用」は全額返金する。<br>必要な現状回復費用があれば受領する。 |
|                                     | 入居後3月を超えた契約終了     | 返還金＝前払金÷（入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数）×（契約終了日から償却期間満了日までの実日数）   |
| 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         | 7人  |
|       | 女性         | 34人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 1人  |
|       | 65歳以上75歳未満 | 0人  |
|       | 75歳以上85歳未満 | 6人  |
|       | 85歳以上      | 34人 |
| 要介護度別 | 自立         | 1人  |
|       | 要支援1       | 8人  |
|       | 要支援2       | 7人  |
|       | 要介護1       | 9人  |
|       | 要介護2       | 6人  |
|       | 要介護3       | 6人  |
|       | 要介護4       | 2人  |
|       | 要介護5       | 2人  |

|       |            |     |
|-------|------------|-----|
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 2人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 6人  |
|       | 1年以上5年未満   | 21人 |
|       | 5年以上10年未満  | 11人 |
|       | 10年以上15年未満 | 1人  |
|       | 15年以上      | 0人  |

#### (入居者の属性)

|   |                  |
|---|------------------|
| 平均年齢  | 90.7歳            |
| 入居者数の合計   | 40人              |
| 入居率*  | 100.0% (38室/38室) |
| ※ 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                             | 0人 |
|         | 医療機関                               | 1人 |
|         | 死亡者                                | 0人 |
|         | その他 (他施設等)                         | 4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                           | 6人 |
|         | (解約事由の例) 自宅にて家族と同居<br>特別養護老人ホームに入居 |    |

### 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    | ロイヤルステージ大垣 利用者相談窓口 |            |
| 電話番号     | 0584-88-0081       |            |
| 対応している時間 | 平日                 | 9:00~17:00 |
|          | 土曜                 | 9:00~17:00 |
|          | 日曜・祝日              | 9:00~17:00 |
| 定休日      | 年中無休               |            |

**(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                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 火災及び地震等の自然災害に対する補償。ホーム内及び敷地内で発生した事故への補償 |
|                               | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 施設賠償責任保険に加入                             |
|                               | 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    |           |
|                                  | 2 なし                                     |        | 結果の開示     |
| 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない            |
| 財務諸表の要旨  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない            |
| 財務諸表の原本  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない            |

10. その他

|  |  |            |
|--|--|------------|
| 運営懇談会  | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり   | (開催頻度) 年 回 |
|  | 2 <input type="checkbox"/> 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<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名: )  |            |
|  | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし<br>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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)<br>2 適合している (将来の改善計画)<br>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 <input type="checkbox"/> なし   |            |
| 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)

※ \_\_\_\_\_ 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 事業主体が岐阜県内で実施する他の介護サービス等

| 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                         | あり | なし       | 併設・隣接 | ヘルパーステーション・柚子                               | 大垣市外濑2-79                                  |
| 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 | デイサービス・柚子<br>デイサービス・ハッピー桜<br>デイサービス・柚子養老    | 大垣市外濑2-79<br>大垣市外濑2-81<br>養老郡養老町船附字大割田1421 |
| 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 | ショートステイ・柚子<br>ショートステイ・柚子養老                  | 大垣市外濑2-79<br>養老郡養老町船附字大割田1421              |
| 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 |   |  |
| <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 |   |  |
| 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 | グループホーム・柚子<br>グループホーム・ハッピー桜<br>グループホーム・柚子養老 | 大垣市外濑2-79<br>大垣市外濑2-81<br>養老郡養老町船附字大割田1421 |
| 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 | ケアサポート・柚子                                   | 大垣市外濑2-79                                  |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |          |       |   |  |
| 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 | ショートステイ・柚子<br>ショートステイ・柚子養老                  | 大垣市外濑2-79<br>養老郡養老町船附字大割田1421              |
| 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 |   |  |
| <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<br>・ 柚子<br>グループホーム<br>・ ハッピー桜<br>グループホーム<br>・ 柚子養老 | 大垣市外濑2-79<br><br>大垣市外濑2-81<br><br>養老郡養老町船附<br>字大割田1421 |
| 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 | ヘルパーステーション・柚子  | 大垣市外濑2-79  |
| 通所型サービス           | あり | なし | 併設・隣接 | デイサービス・<br>柚子<br>デイサービス・<br>ハッピー桜<br>デイサービス・<br>柚子養老       | 大垣市外濑2-79<br><br>大垣市外濑2-81<br><br>養老郡養老町船附<br>字大割田1421 |
| 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 | 個別の利用料で、実施するサービス<br>(利用者が全額負担)                     |    |    |    |    | 包含 <sup>※2</sup> | 都度 <sup>※2</sup> | 料金 <sup>※3</sup>      | 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<br>(利用者一部負担 <sup>※1</sup> ) |    |    |    | 備考 |                  |                  |                       |    |    |
| 介護サービス                           |  |    |    |    |    |                  |                  |                       |    |    |
| 食事介助                             | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 1回 500円               |    |    |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 1回 500円               |    |    |
| 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 |    | ○                |                  | 30分 2,000円、60分 4,000円 |    |    |
| 特浴介助                             | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 1回 4,000円             |    |    |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 1回 300円               |    |    |
| 機能訓練                             | なし   | あり | なし | あり |    |                  |                  |                       |    |    |
| 通院介助（協力医療機関）                     | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 30分単位 1,000円          |    |    |
| 通院介助（協力医療機関以外）                   | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 30分単位 1,000円          |    |    |
| 生活サービス                           |  |    |    |    |    |                  |                  |                       |    |    |
| 居室清掃                             | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 15分単位 500円            |    |    |
| リネン交換                            | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 1回 500円               |    |    |
| 日常の洗濯                            | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 1回 500円               |    |    |
| 居室配膳・下膳                          | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 1回 300円               |    |    |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |  |    | なし | あり |    | ○                |                  | 実費負担                  |    |    |
| 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（市内限定）                      | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 30分単位 1,000円          |    |    |
| 役所手続き代行                          | なし   | あり | なし | あり |    |                  |                  |                       |    |    |
| 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 |    | ○                |                  | 年2回 費用は自己負担           |    |    |
| 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                    |  |    |    |    |    |                  |                  |                       |    |    |
| 入退院時の同行（市内限定）                    | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 15分単位 750円            |    |    |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし   | あり | なし | あり |    | ○                |                  | 15分単位 750円            |    |    |
| 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。