

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	飯塚 学
所属・職名	ベルハウス塩川 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（平成23年10月7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4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4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 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

種類	個人 <input checked="" type="radio"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ヴェルリンク 株式会社 ヴェルリンク	
主たる事務所の所在地	〒969-3527 喜多方市塩川町御殿場三丁目36番地	
連絡先	電話番号	0241-27-5321
	FAX番号	0241-27-5331
	ホームページアドレス	https://vellink.jp
代表者	氏名	鈴木 朝男 (すずき あさお)
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 17年06月02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 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) かいごつきゅうりょうろうじんほーむ べるはうすしおかわ 介護付有料老人ホーム ベルハウス塩川	
所在地	〒969-3527 福島県喜多方市塩川町御殿場三丁目36番地	
主な利用交通手段	最寄駅	磐越西線塩川駅

	交通手段と所要時間	J R の利用 磐越西線塩川駅下車 御殿場公園方面に 徒歩にて 20 分
連絡先	電話番号	0 2 4 1 - 2 7 - 5 3 2 1
	FAX番号	0 2 4 1 - 2 7 - 5 3 3 1
	ホームページアドレス	https://vellink.jp
	メールアドレス	
管理者	氏名	飯 塚 学
	職名	施 設 長
建物の竣工日		昭和 平成 22 年 0 3 月 3 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和 平成 22 年 0 4 月 1 9 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	0 7 9 0 8 0 0 0 3 1
	指定した自治体名	福島県 喜多方市
	事業所の指定日	平成 22 年 0 4 月 1 9 日
	指定の更新日 (直近)	平成 28 年 0 4 月 1 9 日

3. 建物概要 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

土地	敷地面積	1 5 6 0 . 4 7 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	
		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	7 2 6 . 6 1 m ²
		うち、老人ホーム部分	7 2 6 . 6 1 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 (1 階建て)		
	2 鉄骨造 (階建て)		
	3 木造 (階建て)		
	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		
	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				
		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	有/無	有/無	13.11~13.40 m ²	20	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	13.28 m ²	1	一時介護室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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 便房	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1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 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
その他			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	要介護高齢者の家族負担の軽減と孤立による健康状態の悪化の防止、要介護状態の入居者の介護支援を行いながら入居者の健康維持に貢献する。そして、入居者の自主性を最大限に尊重することを基本とした施設運営に努める。また、医療必要時には、医療サービスと連携をとりながら適切に対応し、家族が安心でき、入居者が安全生活できる目指すこととする。		
サービスの提供内容に関する特色	入居者の介護支援を行いながら、自主性を最大限に尊重し、家族が安心でき、入居者が安全な生活をおくれるため、サービス提供をいたします。		
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	
	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	
	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	(I)	1 あり	② なし
	ケア加算	(II)	1 あり	② なし
	サービス提	(I)イ	1 あり	② なし
	供体制強化	(I)ロ	1 あり	② なし
	加算	(II)	1 あり	② なし

		(Ⅲ)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無			1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	1 ありの場合		(介護・看護職員の配置率) : 1

(医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 <input checked="" type="radio"/> 4 その他 (情報等の書類作成)	
協力医療機関	1	名称	武田医院
		住所	喜多方市塩川町字東栄町一丁目 3-6
		診療科目	内科
		協力内容	入居者の日常医療支援
	2	名称	佐原病院
		住所	喜多方市字永久 7689-1
		診療科目	内科
		協力内容	入居者の日常医療支援
協力歯科医療機関		名称	井草歯科医院
		住所	喜多方市字小田付道上 7002
		協力内容	入居者の日常医療支援

(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		<input checked="" type="radio"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
※複数選択可			
判断基準の内容		終末看取り期及び状態観察が必要とされる時	
手続きの内容		医師及び家族の確認	
追加的費用の有無		1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い		従来通り	
前払金償却の調整の有無		1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="radio"/> 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	要介護1以上 目的施設で共同生活を営むことができる方 (入居審査の結果によっては、入居をお断りする場合もあり)	
契約の解除の内容	事業者が契約解除条文に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき 入居者が契約解除条文に基づき解約を行ったとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> 一. 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 二. 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく3か月以上滞納し、料金支払いの催告したにもかかわらず15日以内に支払わないうとき 三. 禁止又は制限される行為の規定に違反したとき 四. 入居者の行動が他の入居者等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方法ではこれを防止することができないとき 五. 入居者が当施設では対応出来ない日常的な医療行為が必要になったとき 六. 入居者が1か月を超えて居室を不在にするとき
	解約予告期間	1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: 本人又は家族等から申し出があった場合) 2 なし	
入居定員	20人	
その他	喜多方市在住者	

5. 職員体制

※ 有料老人ホームの職員として辞令が発出されている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不要。他事業所との兼務辞令のある職員は「非常勤」に区分する。)

(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	
	22			
管理者	1	1		0.1
生活相談員	1	1		0.55
直接処遇職員				
介護職員	22	9	13	9.98
看護職員	4	2	2	0.85
機能訓練指導員	5	3	2	0.163
計画作成担当者	1	1		0.60
栄養士				
調理員	3		3	1.475
事務員	2	1	1	0.95
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				40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		
	8	常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	5	3	2
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員	1	1	

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	5	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	3	1	2
理学療法士			
作業療法士	1	1	
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～ 9時)		
	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	1人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 ※一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能	契約上の職員配置比率* 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	9.98 : 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	社会福祉主事								
	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	3	1	11	1			3	1		
前年度1年間の退職者数	1		10	1	1		1		1	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	1	2	1				1		
	1年以上	1	1	2	7		1	1		
	3年未満									
	3年以上				2	1				
	5年未満									
	5年以上			4	1					1
	10年未満									
	10年以上		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 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

(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	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案
	手続き	入居者及び身元引受人等へ事前に通知し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとする。

(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3	要介護3	
	年齢	90歳	90歳	
居室の状況	床面積	13.11m ²	13.40m ²	
	便所	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		149,846円	154,346円	
家賃		37,500円	37,500円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	22,346円	22,346円	
	介護保険外※2	食費	52,500円	52,500円
		管理費	37,500円	37,500円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	4,500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、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	他施設の居室費と同等程度とし、月額 1,250 円の 30 日分として算定 (次項参照)
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	人件費及び施設設備等の利用及びアクティビティー費として1日当 1250 円とし、30 日分として算定 (次項参照)
食費	朝食 350 円、昼食 600 円、夕食 600 円、おやつ 200 円の1日当 1750 円と し、30 日分として算定 (次項参照)
光熱水費	冬季間(11月～4月)の暖房費として1日当 150 円とし 30 日分として算定 (次項参照)
利用者の個別的な選択に よるサービス利用料	様式 10 のとおり
その他のサービス利用料	個人で使用される日用品等の実費使用料があります。
注意事項	NHK 受信料は入居者が個別契約。NHK 受信料は入居者各位と NHK 間の個別 契約になります。この場合、受信料はホームの利用料には含まれません。

(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・自己負担割合分・介護処遇改善加算 分に応じて介護費用を徴収する (次項参照)
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。	

利用料金一覧表（税込額）

◆ 月払い利用料

□月払い基本利用料（基本料金：①家賃＋②管理費＋③食費＋④介護自己負担金）

（単位：円、家賃・介護負担金非課税）

区 分	基 本 料 金
1. 家 賃	37,500 円 介護居室（個室）の家賃及び共用施設の利用料を示します。
2. 管 理 費	37,500 円 居室内及び共用施設の水道光熱費、維持管理費、基本サービスの管理事務費を示します。
3. 食 費	52,500 円 1日当り1,750円×30日の料金
計（1.＋2.＋3.）	127,500 円
4. 介 護 自 己 負 担 金	公的介護保険で定める要介護度に応じた自己負担額（下表「介護保険給付一覧表」参照）

※ 冬季期間（11月～翌4月）は、暖房費として月額4,500円を別途頂戴します。

※ 欠食の場合は、4日前までにお申し出下さい。また、治療食、特別食は別途ご相談に応じさせていただきます。

※ 居室内のテレビ受信料、通信費等は、これを供給する事業者の規定料金及び支払い方法によります。

※ 介護保険給付一覧表〔1カ月（30日）分の金額を示します。〕

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本単位	542 円	609 円	679 円	744 円	813 円
個別機能訓練加算	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円
夜間看護体制加算	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円
看取り介護加算	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円
サービス提供体制強化加算	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円
認知症専門ケア加算	0 円	0 円	0 円	0 円	0 円
日 額 計	542 円	609 円	679 円	744 円	813 円
月 額 30	16,260 円	18,270 円	20,370 円	22,320 円	24,390 円
介護職処遇改善加算（Ⅰ）8.2%	1,333 円	1,498 円	1,670 円	1,830 円	2,000 円
介護職員等ベースアップ等 支援加算 1.5%	244 円	274 円	306 円	335 円	366 円
4. 介護自己負担金 （介護給付月額1割）	17,837 円	20,042 円	22,346 円	24,485 円	26,756 円
介護自己負担金 （介護給付月額2割）	35,674 円	40,084 円	44,692 円	48,970 円	53,512 円
介護自己負担金 （介護給付月額3割）	53,511 円	60,126 円	67,038 円	73,455 円	80,268 円
月払い基本利用料	127,500 円	127,500 円	127,500 円	127,500 円	127,500 円
月額合計 1割の場合 30	145,337 円	147,542 円	149,846 円	151,985 円	154,256 円
月額合計 2割の場合 30	163,174 円	167,584 円	172,192 円	176,470 円	181,012 円
月額合計 3割の場合 30	181,011 円	187,626 円	194,538 円	200,955 円	207,768 円

※ 上表の金額について

介護職処遇改善加算（Ⅰ）として、基本及び加算の合計額に8.2%が加算されます。
介護職等ベースアップ等支援加算1.5%が加算されます。

※ 要介護認定の変更、介護保険料の改定により、自己負担額は変わります。

※ 介護自己負担金に関しましては、介護保険負担割合証でご確認をお願い致します。

ベルハウス塩川

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	3人
	女性	9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	2人
	85歳以上	9人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	0人
	要支援 2	0人
	要介護 1	5人
	要介護 2	2人
	要介護 3	1人
	要介護 4	4人
	要介護 5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	4人
	5年以上 10年未満	6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	88.00歳
入居者数の合計	12
入居率※	60
※ 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	3人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	0人

	(解約事由の例) 長期入院になる為 他施設へ入所
--	-----------------------------

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	介護付有料老人ホーム ベルハウス塩川	
電話番号	0241-27-5321	
対応している時間	平日	24時間
	土曜	24時間
	日曜・祝日	24時間
定休日	なし	

入居者は、事業者及び事業者が提供するサービスに関して、いつでも苦情を申し立てる事ができます。また、事業者は苦情受付の手続き及び記録方法について、管理規程などで定め、入居者からの苦情等を迅速かつ誠実に対応し、適切な解決に努めます。

(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	東京海上日動の損害保険に加入している
	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	事故・急変時フローチャートによって、初期対応を行い、賠償すべきことに対しては、本社にて対応する
	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

万一、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、直ちに必要な措置を講ずるとともに、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。但し、入居者側に故意または重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。また、事故の状況及び事故に際して採った処置などについて、記録をしておきます。

(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 (意見箱)	実施日	
		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	
	② なし	結果の開示	1 あり 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
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 6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:) 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 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 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	なし
不適合事項がある場合の内 容	

（個人情報の取り扱いについて）

事業者は入居者又は家族の個人情報について適切な取り扱いに努めるものとする。
また、知り得た入居者又は家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については入居者又は家族の同意を、あらかじめ書面により得るものとする。

（地域との連携について）

事業者はその運営に当たっては地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなどで地域との交流に努める。

（虐待防止のための措置について）

事業者は、入居者の人権の擁護・虐待等の防止のために次の措置を講ずるものとする。

1. 虐待を防止するための職員に対する研修の実施
2. 入居者及びその家族からの苦情処理体制の整備
3. その他虐待防止のために必要な措置

事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、市に通報するものとする。

（非常災害対策について）

防災時は非常災害対応マニュアルに沿って、より適切に行います。防災設備は非常火災警報装置などの設備が整備されています。また、利用者避難訓練・職員の器具の取り扱い及び避難誘導・消火訓練を定期的に行います。

防災責任者 岩淵弥

（入居に当たっての留意事項並び運営事項について）

○ベルハウス塩川では、入居の皆様安全に過ごして頂くために職員一同、日々最善を尽くして対応しておりますが、時として、通常の予測を超える思いがけない出来事で発生する場合があります。

例えば「歩行困難等があるにも関わらず、自力で移動しようとした結果による骨折」

「入居者同士のトラブルによる負傷」など。通常の介護対応を超えて発生した事故等については、責任を負いかねる場合もありますので、予めご理解をお願いします。

○ 入居者の行動が起因して、館内の設備・備品等に破損汚損があった場合は弁償をして頂く場合があります。

○ 高価な金品等、貴重品の持込はご遠慮ください。また、ご自身の管理が困難な場合での破損や紛失に関しては、一切責任は負いませんのでご理解をお願いします。

○ ご家族の問題、ご親族の問題について

ご家族やご親族の事情による問題等は、施設として対応できかねますので、ご家族間、ご親族間で調整・解決をお願いします。

例えば、ご家族間の合意のないままに入居に至った場合「誰々は面会をさせないで欲しい」とか「電話で様子を教えて欲しい」など、対応に苦慮する場合があります。原則として、入居者の生活状況・状態などは契約者また身元引受人に連絡・説明をさせていただきます。

添付書類

別添1 事業主体が県内で実施する他の介護サービス

様式第10号 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

※ _____ 様 ㊞

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ 印

※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 事業主体が県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	デイサービス ベルハウス	喜多方市押切南2丁目79番地
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜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		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし	デイサービスべるはあと	喜多方市字三丁目4821-2
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	ベルハウス塩川	喜多方市塩川町御殿場三丁目36
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービス ベルハウス	喜多方市押切南2丁目79番地
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜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	デイサービスべるはあと	喜多方市字三丁目4821-2
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

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

サービス	特定施設入居者生活介護（利用者一部負担） 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		あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代	なし	あり	なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				金額は種類により変わり、袋単位にて実費請求
特浴介助	なし	あり	なし	あり				入浴は適切な方法により、1週間に2回以上又は清拭を行います
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり			1000円/時	通院時介助費用として1時間毎1000円 通院時介助範囲として会津地区近郊
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				リネン交換は、特別な事がない限り1週間に1回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			2500円	生活支援サービス費として、洗濯・洗剤代、その他生活に係る消耗品等の料金として2500円/月
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				尚、家族対応の選取肢あり
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり				・食事は、基本的に入居者全員に同一メニュー
おやつ	なし	あり	なし	あり				嗜好に応じた特別なメニューや医師による制限食
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり				指定食等の場合、その都度必要な食材料費を加算
買い物代行	なし	あり	なし	あり				・理美容サービスは予約制 内容により料金変更
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				・買い物代行通常利用区域（喜多方市塩川町）
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断	なし	あり	なし	あり				・希望により主治医にて定期健康診断を実施
健康相談	なし	あり	なし	あり				年2回自己負担で実施 検査内容により料金変更
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				・入院時は原則家族が到着するまで
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				退院時は病院等から施設まで
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、月額の利用料に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に区分して記入する。

※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。

あり

なし