

## 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和3年7月1日 |
| 記入者名  | 佐々木真紀    |
| 所属・職名 | 事務職員     |

※ 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

|            |                                        |                            |
|------------|----------------------------------------|----------------------------|
| 種類         | 個人／法人                                  |                            |
|            | ※法人の場合、その種類                            |                            |
| 名称         | （ふりがな）かぶしきがいしゃさんこうめでいけあ<br>株式会社三光メディケア |                            |
| 主たる事務所の所在地 | 〒018-0411 秋田県にかほ市院内字嶋田 42-1            |                            |
| 連絡先        | 電話番号                                   | 0184-44-8535               |
|            | FAX番号                                  | 0184-44-8058               |
|            | ホームページアドレス                             | http://harmonia-nikaho.com |
| 代表者        | 氏名                                     | 安倍 秋一                      |
|            | 職名                                     | 代表取締役                      |
| 設立年月日      | 昭和・平成 25年 2月 20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 | さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくはるもにあ・にかほ<br>サービス付き高齢者向け住宅ハルモニア・にかほ |
|----|--------------------------------------------------------|

|               |                                |                                                        |           |
|---------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|
| 所在地           | 〒018-0411<br>秋田県にかほ市院内字嶋田 42-1 |                                                        |           |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                            | 仁賀保駅                                                   |           |
|               | 交通手段と所要時間                      | 例：①バス利用の場合<br>・コミュニティバスで乗車 5 分<br>②自動車利用の場合<br>・乗車 5 分 |           |
| 連絡先           | 電話番号                           | 0184-44-8535                                           |           |
|               | FAX番号                          | 0184-44-8058                                           |           |
|               | ホームページアドレス                     | http://harmonia-nikaho.com                             |           |
| 管理者           | 氏名                             | 阿部 忠和                                                  |           |
|               | 職名                             | 管理者                                                    |           |
| 建物の竣工日        |                                | 昭和・平成                                                  | 26年 3月    |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                | 昭和・平成                                                  | 26年 4月 1日 |

【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）<br>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）<br>③ 住宅型<br>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  |      |       |
|                                                                                      | 指定した自治体名   | 県（市） |       |
|                                                                                      | 事業所の指定日    | 平成   | 年 月 日 |
|                                                                                      | 指定の更新日（直近） | 平成   | 年 月 日 |

3. 建物概要

|    |         |                |                                 |
|----|---------|----------------|---------------------------------|
| 土地 | 敷地面積    | 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   |                                 |
|    |         | 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             | 1. 466. 80 m <sup>2</sup>       |
|    |         | うち、老人ホーム部分     | 1. 028. 46 m <sup>2</sup>       |

|                                                          |                  |                                                                          |                                               |                   |       |        |
|----------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------|-------|--------|
|                                                          | 耐火構造             | <input checked="" type="radio"/> 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><input checked="" type="radio"/> 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                                                           |                                               |                   |       |        |
|                                                          |                  | <input checked="" type="radio"/> 2 事業者が賃借する建物                            |                                               |                   |       |        |
|                                                          |                  | 抵当権の設定                                                                   | <input checked="" type="radio"/> 1 あり    2 なし |                   |       |        |
| 契約期間                                                     |                  | <input checked="" type="radio"/> 1 あり<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日 )<br>2 なし       |                                               |                   |       |        |
|                                                          | 契約の自動更新          | <input checked="" type="radio"/> 1 あり    2 なし                            |                                               |                   |       |        |
| 居室の状況                                                    | 居室区分<br>【表示事項】   | <input checked="" type="radio"/> 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             | <input checked="" type="radio"/> 有 / 無                                   | 有 / <input checked="" type="radio"/> 無        | 18 m <sup>2</sup> | 20    | 一般居室個室 |
|                                                          | タイプ2             | 有 / 無                                                                    | 有 / 無                                         | m <sup>2</sup>    |       |        |
|                                                          | タイプ3             | 有 / 無                                                                    | 有 / 無                                         | m <sup>2</sup>    |       |        |
|                                                          | タイプ4             | 有 / 無                                                                    | 有 / 無                                         | m <sup>2</sup>    |       |        |
|                                                          | タイプ5             | 有 / 無                                                                    | 有 / 無                                         | m <sup>2</sup>    |       |        |
|                                                          | タイプ6             | 有 / 無                                                                    | 有 / 無                                         | m <sup>2</sup>    |       |        |
|                                                          | タイプ7             | 有 / 無                                                                    | 有 / 無                                         | m <sup>2</sup>    |       |        |
|                                                          | タイプ8             | 有 / 無                                                                    | 有 / 無                                         | m <sup>2</sup>    |       |        |
|                                                          | タイプ9             | 有 / 無                                                                    | 有 / 無                                         | m <sup>2</sup>    |       |        |
|                                                          | タイプ10            | 有 / 無                                                                    | 有 / 無                                         | m <sup>2</sup>    |       |        |
| ※「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<br>便房   | 3 ケ所                                                                     | うち男女別の対応が可能な便房                                | 2 ケ所              |       |        |
|                                                          |                  |                                                                          | うち車椅子等の対応が可能な便房                               | 1 ケ所              |       |        |
|                                                          | 共用浴室             | 2 ケ所                                                                     | 個室                                            | 2 ケ所              |       |        |
|                                                          |                  |                                                                          | 大浴場                                           | ケ所                |       |        |
|                                                          | 共用浴室における<br>介護浴槽 | ケ所                                                                       | チェアー浴                                         | 2 ケ所              |       |        |
|                                                          |                  | リフト浴                                                                     | ケ所                                            |                   |       |        |

|        |                  |                                                                   |                             |    |
|--------|------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----|
|        |                  |                                                                   | 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）<br>2   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        | サービス付き高齢者向け住宅において提供される「サービス付き」の内容は状況把握と生活相談に限定されており、住宅職員が提供いたします。それ以外の医療・介護サービスについては、その機関と連携を図りながらサービスを提供します。                                                                                 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者様全員が受けるサービスです。<br>1. 共有部分の清掃<br>2. 入浴管理、見守り<br>3. 健康管理、状態の把握<br>4. 安否確認、状況把握、緊急コール対応<br>5. ご家族への連絡サービス<br>6. 通院、交通機関、配食、理容等の予約又は手配等<br>7. 生活相談、介護保険利用等の相談<br>8. 給食の配膳、下膳<br>9. 金銭の預かり、金銭管理 |
| 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<br>の対象となるサービスの体制の<br>有無 | 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 |
|                                        | 看取り介護加算              |      | 1                    | あり | 2  | なし |
|                                        | 認知症専門<br>ケア加算        | (Ⅰ)  | 1                    | あり | 2  | なし |
|                                        |                      | (Ⅱ)  | 1                    | あり | 2  | なし |
|                                        | サービス提<br>供体制強化<br>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 |    |
| 人員配置が手厚い介護サービスの<br>実施の有無               | 1                    | あり   | (介護・看護職員の配置率)<br>: 1 |    |    |    |
|                                        | 2                    | なし   |                      |    |    |    |

(医療連携の内容)

|        |  |            |  |
|--------|--|------------|--|
| 医療支援   |  | ① 救急車の手配   |  |
| ※複数選択可 |  | ② 入退院の付き添い |  |
|        |  | 3 通院介助     |  |
|        |  | 4 その他（     |  |

(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                             | (変更内容) |

(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               | ・ 60 歳以上の者<br>・ 介護保険法に規定する要介護認定若しくは要支援認定を受けている 60 歳未満の者 |                                                                                 |
| 契約の解除の内容           | 入居者は事業者に対し、契約解除日の 1 か月前までに申し出ることによって契約終了となります。          |                                                                                 |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                    | ・ 他の入居者への迷惑行為や危害を及ぼす恐れがある場合<br>・ 利用料が 2 か月以上滞納となった場合<br>・ 契約書による第 11 条に該当となった場合 |
|                    | 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 短期入居サービス )<br>2 なし                             |                                                                                 |
| 入居定員               | 20 人                                                    |                                                                                 |

|     |  |
|-----|--|
| その他 |  |
|-----|--|

## 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                                                                                              |          |    |     |                 |
| 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 |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 ( 時～ 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             | 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<br>(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※<br>【表示事項】              | 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 |
|                                                                | 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) | : 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 |     |       |     |                         |     |         |     |
|         |          |     | 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<br>退職者数                       |               |  |  |   |      |      |  |  |  |  |  |
| 応じた<br>業務に従事した<br>職員の人数<br>に<br>経験年数に | 1年未満          |  |  |   |      |      |  |  |  |  |  |
|                                       | 1年以上<br>3年未満  |  |  |   | 3    |      |  |  |  |  |  |
|                                       | 3年以上<br>5年未満  |  |  | 1 |      |      |  |  |  |  |  |
|                                       | 5年以上<br>10年未満 |  |  |   |      |      |  |  |  |  |  |
|                                       | 10年以上         |  |  |   |      |      |  |  |  |  |  |
|                                       |               |  |  |   |      |      |  |  |  |  |  |
|                                       |               |  |  |   |      |      |  |  |  |  |  |
| 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                                          |                                         |
|                                | 2 一部前払い・一部月払い方式                                    |                                         |
|                                | ③ 月払い方式                                            |                                         |
|                                | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                             | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>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<br>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 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |                                         |
| 利用料金<br>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<br>況 | 要介護度 | 自立～要介護5 |      |
|            | 年齢   | 60歳～    | 歳    |

|                                                                                                  |                               |           |                   |   |   |   |                |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------|-------------------|---|---|---|----------------|---|---|---|
| 居室の状況                                                                                            | 床面積                           |           | 18 m <sup>2</sup> |   |   |   | m <sup>2</sup> |   |   |   |
|                                                                                                  | 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<br>必要な費用                                                                                   | 前払金                           |           | 円                 |   |   |   | 円              |   |   |   |
|                                                                                                  | 敷金                            |           | 60,000 円          |   |   |   | 円              |   |   |   |
| 月額費用の合計                                                                                          |                               |           | 135,040 円         |   |   |   | 円              |   |   |   |
| 家賃                                                                                               |                               |           | 30,000 円          |   |   |   | 円              |   |   |   |
| サービス費用                                                                                           | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 |           | 円                 |   |   |   | 円              |   |   |   |
|                                                                                                  | 介護保険外<br>※ <sup>2</sup>       | 食費        | 42,000 円          |   |   |   | 円              |   |   |   |
|                                                                                                  |                               | 管理費・共益費   | 41,040 円          |   |   |   | 円              |   |   |   |
|                                                                                                  |                               | 生活支援サービス費 | 22,000 円          |   |   |   | 円              |   |   |   |
|                                                                                                  |                               | 光熱水費      | 円                 |   |   |   | 円              |   |   |   |
|                                                                                                  |                               | その他       | 円                 |   |   |   | 円              |   |   |   |
| ※ <sup>1</sup> 介護予防・地域密着型の場合を含む。                                                                 |                               |           |                   |   |   |   |                |   |   |   |
| ※ <sup>2</sup> 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                   | 30,000 円                                                                                                        |
| 敷金                   | 家賃の2ヶ月分                                                                                                         |
| 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・共益費              | 41,040 円                                                                                                        |
| 食費                   | 42,000 円                                                                                                        |
| 生活支援サービス費            | 22,000 円                                                                                                        |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2                                                                                                             |
| その他のサービス利用料          | 有料サービス※介護保険外<br>(入居者又はご家族様の申し出により受けられるサービス)<br>病院への付き添いサービス・外出時の付き添いサービス<br>由利本荘市の病院 3,500 円<br>にかほ市の病院 2,000 円 |

(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 |
|----|------|
|----|------|



|       |               |     |
|-------|---------------|-----|
|       | 要介護 4         | 1 人 |
|       | 要介護 5         | 1 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 2 人 |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 3 人 |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 7 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 6 人 |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 0 人 |
|       | 15 年以上        | 0 人 |

(入居者の属性)

|                                                 |        |
|-------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                            | 84.8 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 18 人   |
| 入居率※                                            | 90%    |
| ※ 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      | 4 人      |
|         | 社会福祉施設   | 人        |
|         | 医療機関     | 3 人      |
|         | 死亡者      | 人        |
|         | その他      | 人        |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 人        |
|         |          | (解約事由の例) |
|         | 入居者側の申し出 | 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記入すること。

|          |    |                        |
|----------|----|------------------------|
| 窓口の名称    |    | サービス付き高齢者向け住宅ハルモニア・にかほ |
| 電話番号     |    | 0184-44-8535           |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:00             |
|          | 土曜 |                        |

|     |       |  |
|-----|-------|--|
|     | 日曜・祝日 |  |
| 定休日 |       |  |

(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)<br>株式会社損害保険ジャパン<br>ウォームハート                                                                                                                                                                                                            |
|                               | 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)<br>(1) 利用者に対する事業の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、利用者に係る介護支援専門員等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。<br>(2) 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録をするとともに、その原因を解明し、再発を防止するため必要な措置を講じます。<br>(3) 利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。なお、事業者は上記の損害賠償保険に加入しています。 |
|                               | 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    | R2.12     |
|                                  |      | 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 | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="radio"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="radio"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="radio"/> 3 公開していない |

# 10. その他

|                                             |                                                                                                              |                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 運営懇談会                                       | <input checked="" type="radio"/> 1 あり                                                                        | (開催頻度) 年 3 回<br>(主な内容) 運営状況等<br><br>(会議録の閲覧) 1 あり 2 なし |
|                                             | 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<br>【表示事項】                         | 1 あり (提携ホーム名: )<br><input checked="" type="radio"/> 2 なし                                                     |                                                        |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第 29 条第 1 項に規定<br>する届出  | 1 あり 2 なし<br><input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし                                                                   |                                                        |

|                                              |                                                  |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 住宅の登録                                        |                                                  |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針「5. 規模及び構造設備」<br>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<br>の内容                          |                                                  |
| 「6. 既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への適合<br>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<br>指針の不適合事項                    |                                                  |
| 不適合事項がある場合の内<br>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

説明年月日 令和    年    月    日

説明者署名

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業主体が当該都道府県、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            |    |    | 事業所の名称                                               | 所在地                                           |
|----------------------|----|----|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <居宅サービス>             |    |    |                                                      |                                               |
| 訪問介護                 | あり | なし | 訪問介護事業所<br>ハルニア・本荘                                   | 秋田県由利本荘市<br>瓦谷地28-1                           |
| 訪問入浴介護               | あり | なし |                                                      |                                               |
| 訪問看護                 | あり | なし | 訪問看護ステーションハル<br>ニア・にかほ                               | 秋田県にかほ市院<br>内字嶋田42-1                          |
| 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 |                                                      |                                               |
| 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 | 定期巡回・随時対<br>応型訪問介護看護<br>事業所<br>・ハルニア・にかほ<br>・ハルニア・本荘 | ・秋田県にかほ市<br>院内字嶋田42-1<br>・秋田県由利本荘<br>市瓦谷地28-1 |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし | 夜間対応型訪問介<br>護事業所ハルニア・に<br>かほ                         | 秋田県にかほ市院<br>内字嶋田42-1                          |
| 認知症対応型通所介護           | あり | なし |                                                      |                                               |
| 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 |                                                      |                                               |
| 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 | 複合型サービス事業所<br>ハルニア・にかほ                               | 秋田県にかほ市院<br>内字嶋田42-1                          |
| 居宅介護支援               | あり | なし | 居宅介護支援事業<br>所ハルニア・にかほ                                | 秋田県にかほ市院<br>内字嶋田42-1                          |
| <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 | 訪問看護ステーション<br>ハルニア・にかほ                               |                                               |
| 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 |                                                      |                                               |
| 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 |                                                      |                                               |
| 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 |  |  |

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者が全額負担） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個別の利用料で、実施するサービス（利用者一部負担※1）      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 包含※2                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 都度※2                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 料金※3                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| あり                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |