

重要事項説明書

| | |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和 5 年 7 月 1 日 |
| 記入者 | 丹野 祐大 |
| 所属・職名 | 総務部・総務部長 |

1. 設置者概要

| | | |
|------------|-----------------------------------|---|
| 種類 | 個人 / 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) | かぶしきがいしゃとうほくふくしきーびす 株 式 会 社 東 北 福 祉 サービス |
| 主たる事務所の所在地 | 〒990-0886 山形県山形市嶋南一丁目 10 番 7 号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 023-673-0294 |
| | F A X 番号 | 023-682-1038 |
| | ホームページアドレス | http://www.t-fukushi-service.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 松田 浩二 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 11 年 2 月 1 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) うえるはうすだいのめ ウェルハウス大野目 | |
| 所在地 | 〒990-0003 山形県山形市早乙女 46 番 1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 奥羽本線北山形駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ①電車利用の場合 ・奥羽本線北山形駅から車で約 20 分。 ②バス利用の場合 ・山形交通路線バス「山交ビル～山寺」線に乗車、「大野目」もしくは「大野目三丁目」で下車、徒歩約 10 分。 |
| 連絡先 | 電話番号 | 023-615-1390 |
| | F A X 番号 | 023-615-1391 |
| | ホームページアドレス | http://www.t-fukushi-service.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 福島 宏一 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 26 年 6 月 16 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 27 年 10 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 <u>住宅型</u> | | |
| 4 健康型 | | |
| 1 又は 2 に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | |
| | 指定した自治体名 | 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 | 1,807.84 m ² | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 (普通賃借 ・ 定期賃借) | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | 2 なし | | |
| | | 契約期間 | 1 あり (平成 26 年 5 月 1 日～平成 48 年 3 月 31 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 | 998.38 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 998.38 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他 () | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| | | 2 鉄骨造 | | | | |
| | | 3 木造 | | | | |
| | | 4 その他 () | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| 2 事業者が賃借する建物 (普通賃借 ・ 定期賃借) | | | | | | |
| 抵当権の設定 | | 1 あり | 2 なし | | | |
| 契約期間 | | 1 あり (平成 26 年 5 月 1 日～平成 48 年 3 月 31 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 | 8.76 m ² | 38 部屋 | 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 便房 | 4 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 | 0 ヶ所 |
| | | | 大浴場 | 1 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 | 0 ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | 0 ヶ所 |
| | | | その他 () | 0 ヶ所 |
| | 食堂 | 1 <input type="checkbox"/> あり | 2 なし | |
| | 入居者や家族が利 用できる調理施設 | 1 <input type="checkbox"/> あり | 2 <input type="checkbox"/> なし | |
| | エレベーター | 1 <input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) 2 <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) 3 <input type="checkbox"/> あり (上記1・2に該当しない) 4 <input type="checkbox"/> なし | | |
| 消 防 用 設備等 | 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 <input type="checkbox"/> あり | 2 なし | |
| | 防火管理者 | 1 <input type="checkbox"/> あり | 2 なし | |
| | 防災計画 | 1 <input type="checkbox"/> 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 | 事業者は、利用者一人一人の個性を尊重した生活環境を提供することを目指す。 | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 利用者が安心して過ごせるよう家庭的な雰囲気の中で一人ひとりに合わせたケアを提供しております。 | | |
| 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 |

(医療連携の内容)

医療連携センター

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

(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 | | | | | |
| 契約の解除の内容 | 自立、要支援になった場合は、原則的に退去 | | | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 住宅型有料老人ホーム利用契約書 第 22 条第 1 項～第 3 項 | | | |
| | 解約予告期間 | 30 日 | | | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30 日 | | | | |
| 体験入居の内容 | 1 あり（内容： | | | | |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数 ^{※1} ※2 |
|--|----------|----|-----|----------------------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | |
| 生活相談員 | 0 | 0 | 0 | |
| 直接処遇職員 | 17 | 11 | 6 | |
| 介護職員 | 13 | 10 | 3 | |
| 看護職員 | 4 | 1 | 3 | |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2} | | | | 40.0 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員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。 | | | | |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 7 | 7 | 0 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 5 | 5 | 0 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | 4 | 1 | 3 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間（ 20 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 | 0 人 |
| 介護職員 | 2 人 | 2 人 |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------|--|-----|--------|-----|--|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | | 他の職務との兼務 | | | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | | 2 なし | | | |
| | | 業務に係る資格等 | | 1 あり | | | | | | | |
| | | | | 資格等の名称 | | | | | | | |
| | | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 就業した業務に従事した経験年数に 応じた職員の人数 | 1年未満 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 | | | | | | | | | | |
| | 3年未満 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 | | | | | | | | | | |
| | 5年未満 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 | | | | | | | | | | |
| | 10年未満 | 0 | 2 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | | 2 なし | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | | | | |
|----------------------------|-----|--|--|--|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | | 1 利用権方式 | | | |
| | | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 減額あり | | | |
| | | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合。 | | | |
| | 手続き | 事業者が利用者又は利用者代理人に対して事前に説明をした上、予告期間（30日）をもって当該サービス利用料金を変更する。 | | | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | | | プラン 1 | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|---------------------|---|---|---|----------------|---|---|---|
| 入居者の状況 | | 要介護度 | | 1 ～ 5 | | | | | | | |
| | | 年齢 | | 75 歳以上 | | | | | | | |
| 居室の状況 | | 床面積 | | 8.76 m ² | | | | m 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 | | 0 円 | | | | | | | |
| | | 敷金 | | 0 円 | | | | | | | |
| 月額費用の合計（30 日） | | | | 88,600～104,600 円 | | | | | | | |
| | | 家賃 | | 35,000 円 | | | | | | | |
| サ ー ビ ス 費 用 | 介 護 保 険 外 ※ ² | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の 費用 | | 円 | | | | | | | |
| | | 食費 | | 32,100 円 | | | | | | | |
| | | 管理費 | | 18,500～28,500 円 | | | | | | | |
| | | 介護費用 | | 0 円 | | | | | | | |
| | | 光熱水費（10 月～3 月） | | 6,000 円 | | | | | | | |
| | | その他（おやつ代として） | | 3,000 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)

| 費用 | 算定根拠 |
|----------------|--|
| 家賃 | 施設の維持、運営、事務手続き、職員の人件費等にかかる費用。 |
| 敷金 | なし |
| 介護費用 | なし |
| 管理費 生活サービス費 | <p>・施設共用部分の維持管理、消耗品等にかかる費用。 費用……………5,000 円</p> <p>※ 居住年数が 1 年を超えた月から割引あり。</p> <p>・洗濯・廃棄物処理に係る費用。 費用……………3,500 円</p> <p>・生活サービス費 介護度 1 ……………20,000 円 介護度 2 ……………17,500 円 介護度 3 ……………15,000 円 介護度 4 ……………12,500 円 介護度 5 ……………10,000 円</p> <p>居室維持管理、安否確認等の健康管理、日常生活の身辺のお世話等。</p> <p>※ この費用は権利金又は対価性のない金品に該当しないものである。</p> <p>※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> |
| 食費 | <p>食材、調理、おやつにかかる費用。 (内訳：朝食 250 円、昼食 500 円、夕食 320 円、おやつ 100 円)</p> |
| 光熱水費 | 10 月～3 月の暖房等のため電気、燃料代としてかかる費用。 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------|------------------|------------------|---------------|---------------|---------|--------------------|---------|--------------------|-------------|--------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|---------|-------------|---------|
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | ○ 通院介助費用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通院介助（薬のみの代行も含む。）にかかる費用。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table><tr><td>所要時間</td><td>介助費用</td></tr><tr><td>30 分未満</td><td>1,500 円</td></tr><tr><td>30 分以上 1 時間未満</td><td>2,000 円</td></tr><tr><td>1 時間以上 1 時間 30 分未満</td><td>2,500 円</td></tr><tr><td>1 時間 30 分以上 2 時間未満</td><td>3,000 円</td></tr><tr><td>2 時間以上 2 時間 30 分未満</td><td>3,500 円</td></tr><tr><td>2 時間 30 分以上 3 時間未満</td><td>4,000 円</td></tr><tr><td>3 時間以上 3 時間 30 分未満</td><td>4,500 円</td></tr><tr><td>3 時間 30 分以上</td><td>5,000 円</td></tr></table> | 所要時間 | 介助費用 | 30 分未満 | 1,500 円 | 30 分以上 1 時間未満 | 2,000 円 | 1 時間以上 1 時間 30 分未満 | 2,500 円 | 1 時間 30 分以上 2 時間未満 | 3,000 円 | 2 時間以上 2 時間 30 分未満 | 3,500 円 | 2 時間 30 分以上 3 時間未満 | 4,000 円 | 3 時間以上 3 時間 30 分未満 | 4,500 円 | 3 時間 30 分以上 | 5,000 円 |
| | 所要時間 | 介助費用 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 30 分未満 | 1,500 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 30 分以上 1 時間未満 | 2,000 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 時間以上 1 時間 30 分未満 | 2,500 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 時間 30 分以上 2 時間未満 | 3,000 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 時間以上 2 時間 30 分未満 | 3,500 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 時間 30 分以上 3 時間未満 | 4,000 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 時間以上 3 時間 30 分未満 | 4,500 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 時間 30 分以上 | 5,000 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○ 福祉用具貸与費用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 福祉用具利用にかかる費用。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table><tr><td>福祉用具名</td><td>利用料金（月額）</td></tr><tr><td>電動ベッド（マットレス・柵付き）</td><td>1,000 円</td></tr><tr><td>車イス（介護型標準タイプ）</td><td>600 円</td></tr><tr><td>エアマット</td><td>600 円</td></tr><tr><td>歩行器</td><td>600 円</td></tr><tr><td>リクライニング式車イス</td><td>800 円</td></tr></table> | 福祉用具名 | 利用料金（月額） | 電動ベッド（マットレス・柵付き） | 1,000 円 | 車イス（介護型標準タイプ） | 600 円 | エアマット | 600 円 | 歩行器 | 600 円 | リクライニング式車イス | 800 円 | | | | | | |
| 福祉用具名 | 利用料金（月額） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電動ベッド（マットレス・柵付き） | 1,000 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 車イス（介護型標準タイプ） | 600 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| エアマット | 600 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歩行器 | 600 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リクライニング式車イス | 800 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具のクリーニングにかかる費用。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><td>福祉用具名</td><td>クリーニング費用</td></tr><tr><td>電動ベッド（マットレス・柵付き）</td><td>3,500 円</td></tr><tr><td>車イス（介護型標準タイプ）</td><td>1,800 円</td></tr><tr><td>エアマット</td><td>3,500 円</td></tr><tr><td>歩行器</td><td>1,800 円</td></tr><tr><td>リクライニング式車イス</td><td>3,500 円</td></tr></table> | 福祉用具名 | クリーニング費用 | 電動ベッド（マットレス・柵付き） | 3,500 円 | 車イス（介護型標準タイプ） | 1,800 円 | エアマット | 3,500 円 | 歩行器 | 1,800 円 | リクライニング式車イス | 3,500 円 | | | | | | | |
| 福祉用具名 | クリーニング費用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電動ベッド（マットレス・柵付き） | 3,500 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 車イス（介護型標準タイプ） | 1,800 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| エアマット | 3,500 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歩行器 | 1,800 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リクライニング式車イス | 3,500 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○ その他の費用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他、個別的に利用したサービスにかかる費用。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><td>種別</td><td>費用（1 回当たり）</td></tr><tr><td>季節行事費</td><td>300～500 円</td></tr><tr><td>おむつ代・理美容サービス</td><td>実費</td></tr></table> | 種別 | 費用（1 回当たり） | 季節行事費 | 300～500 円 | おむつ代・理美容サービス | 実費 | | | | | | | | | | | | | |
| 種別 | 費用（1 回当たり） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 季節行事費 | 300～500 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| おむつ代・理美容サービス | 実費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| </ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | 12 人 |
| | 女性 | 21 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 | 16 人 |
| | 85 歳以上 | 16 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 | 7 人 |

| | | |
|-------|---------------|------|
| | 要介護 2 | 9 人 |
| | 要介護 3 | 5 人 |
| | 要介護 4 | 10 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 | 5 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 12 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 15 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 | 85.8 歳 |
| 入居者数の合計 | 33 人 |
| 入居率※ | 86.8 % |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|----------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0 人 |
| | 社会福祉施設 | 1 人 |
| | 医療機関 | 2 人 |
| | 死亡者 | 3 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) |

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 | | ウェルハウス大野目 |
| 電話番号 | | 023-615-1390 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～16:00 |
| | 土曜 | 9:00～16:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00～16:00 |
| 定休日 | | なし |

| | | |
|----------|-------|-------------------|
| 窓口の名称 | | 株式会社東北福祉サービス |
| 電話番号 | | 023-673-0294 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:30 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | 8:30～17:30 (祝日のみ) |
| 定休日 | | 土、日 |

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

| | | |
|----------|-------|--------------|
| 窓口の名称 | | 山形市役所 指導監査課 |
| 電話番号 | | 023-641-1212 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:00 |
| | 土曜 | 休み |
| | 日曜・祝日 | 休み |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 富士火災海上保険株式会社 賠償責任保険 |
| | 2 | なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 住宅型有料老人ホーム利用契約書第 10 条の規定に基づき対応する |
| | 2 | なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | |
| | | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| 管理規定 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |

10. その他

| | | | |
|--|--|--|---|
| 運営懇談会 | 1 | あり | (開催頻度) 年 回 |
| | 2 | なし | |
| | 1 | 代替措置あり | (内容) 一カ月に一度、利用者様毎個別にお便りを作成し施設内での様子やサービスの実施状況等について把握できるよう実施している。 |
| | 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 | 居室面積が 8.76 m ² のため基準を満たしていない。 | | |
| 「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 | | | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | | |

添付書類：別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____ 様

説明年月日 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 事業主体が山形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 | ウェルハウス大野目 宅老所嶋 宅老所飯田 宅老所じんまち 天童もみじ館 宅老所南さがえ 月あかり神町 宅老所いんやく ウェルハウス 嶋 ウェルハウス成沢 ウェルハウス桜田 | 山形市早乙女 46 番 1 号 山形市嶋南一丁目 10 番 13 号 山形市飯田西四丁目 5 番 30 号 東根市神町西三丁目 4 番 62 号 天童市鎌田一丁目 6 番 37 号 寒河江市大字島字島東 30-1 東根市神町北四丁目 2 番 3 号 山形市印役町二丁目 5 番 5 号 山形市嶋南一丁目 2 番 14 号 山形市成沢西四丁目 3 番 30 号 山形市桜田西三丁目 6 番 12 号 |
| 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 | | |
| 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 | ケアステーション 21 清池 ハートステーション西原 ライフステーション寺津 ライトステーション中山 グループホーム 嶋 リーフステーション谷地 グループホームとうごう グループホーム鎌田 | 天童市清池 38-3 天童市大字乱川 1579-53 天童市大字藤内新田字天神塚 206-4 東村山郡中山町大字土橋 22-17 山形市嶋南一丁目 9 番 7 号 西村山郡河北町谷地字砂田 115-1 東根市大字泉郷 386 番地 1 天童市鎌田一丁目 6-36 |
| 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 | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | 居宅介護支援事業所よつば | 山形市嶋南一丁目 10 番 7 号 |

| | | | | |
|------------------|----|----|---|--|
| ＜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 | | |
| 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 | ケアステーション 21 清池 ハートステーション西原 ライフステーション寺津 ライトステーション中山 グループホーム 嶋 リーフステーション谷地 グループホームとうごう グループホーム鎌田 | 天童市清池 38-3 天童市大字乱川 1579-53 天童市大字藤内新田字天神塚 206-4 東村山郡中山町大字土橋 22-17 山形市嶋南一丁目 9 番 7 号 西村山郡河北町谷地字砂田 115-1 東根市大字泉郷 386 番地 1 天童市鎌田一丁目 6-36 |
| 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 | | | | | | | 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（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 |
| | | | | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | 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 | | ○ | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 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 | | ○ | 1,500 円 > 5,000 円 | 30 分未満 ……………1,500 円 30 分以上 1 時間未満 ……………2,000 円 1 時間以上 1 時間 30 分未満 ……………2,500 円 1 時間 30 分以上 2 時間未満 ……………3,000 円 2 時間以上 2 時間 30 分未満 ……………3,500 円 2 時間 30 分以上 3 時間未満 ……………4,000 円 3 時間以上 3 時間 30 分未満 ……………4,500 円 3 時間 30 分以上 ……………5,000 円 ※薬のみの代行も含む |

| | | | | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|---|---|-------------------------|--|---------------|
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 生活サービス費に含まれる。 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 同上 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 同上 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | | | | |
| おやつ | | | なし | あり | | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | 実費 | | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | ○ | | | | 生活サービス費に含まれる。 |
| 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 | ○ | | | | 生活サービス費に含まれる。 |
| 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 | | ○ | 1,500 円 ～ 5,000 円 | | ※通院介助と同様 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 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、月額の利用サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度支払う場合に応じて、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。