

重要事項説明書

Ver 1.1

| | |
|-----------|----------------|
| 記入年月日 | 2023 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 古谷 洋子 |
| 所属・職名 | ラ・ナシカひたちなか 施設長 |
| 取込種別 | |
| 被災確認事業所番号 | |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|------------------------|---------------------------|
| 種類 | 2 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 5 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきかいしゃしだー | |
| | 株式会社シダー | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 |
| | 法人番号 | 3290801004110 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 802 - 0042 | |
| | 福岡県北九州市小倉北区足立二丁目1番1号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 093 - 932 - 7005 |
| | FAX番号 | 093 - 932 - 7015 |
| | メールアドレス | honsya @ crdar-web.com |
| | ホームページ有無 | 1 有 |
| | ホームページアドレス | http:// www.cedar-web.com |
| 代表者 | 氏名 | 座小田 孝安 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 1981 年 4 月 25 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別の実施する介護サービス一覧表) | |

2 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | | | | | | | |
|---------------|--------------------|----------------|---|--|---------------|------|---|---------------|
| 名称 | (ふりがな) ら・なしか ひたちなか | | | | | | | |
| | ラ・ナシカ ひたちなか | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | 312 | - | 0012 | | | | |
| | 茨城県ひたちなか市馬渡2831-46 | | | | | | | |
| 所在地 (建物名等) | | | | | | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 茨城県 | | 市区町村 | 082210 ひたちなか市 | | | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | | | 勝田 駅 | | | | |
| | 交通手段と所要時間 | | | ①バス利用の場合 茨城交通バス 2番乗り場で乗車15分、 本郷台団地入口停留所で下車、徒歩6分 ②自動車利用の場合 北関東自動車道～東水戸道路 ひたちなかICから約10分 | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 029 | - | 354 | - | 5080 | | |
| | FAX番号 | 029 | - | 271 | - | 2652 | | |
| | メールアドレス | rh-hitachinaka | | | | | @ | cedar-web.com |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | | | | | |
| | ホームページアドレス | http:// | | www.cedar-web.com | | | | |
| 管理者 | 氏名 | 古谷 洋子 | | | | | | |
| | 職名 | 施設長 | | | | | | |
| 建物の竣工日 | | 2007 | 年 | 12 | 月 | 1 | 日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2008 | 年 | 3 | 月 | 1 | 日 | |

(類型) 【表示事項】

| | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------|---|---|---|-----|
| 類型 | 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） | | | | | |
| 1 又は 2 に該当する 場合 | 介護保険事業者番号 | 0872101241 | | | | |
| | 指定した自治体名 | 茨城県指定 | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2008 | 年 | 3 | 月 | 1 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 2020 | 年 | 3 | 月 | 2 日 |

3 建物概要

| | | | | | | | |
|---------|------|-----------------|----------------|----------------|----|----|------|
| 土地 | 敷地面積 | 1761.56 | m ² | | | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地 | | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | | | | |
| | | 賃貸の種類別 | 1 普通貸借 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 2 なし | | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり | | | | |
| | | | 開始 | 2007 | 年 | 12 | 月 |
| 終了 | | | 2032 | 年 | 11 | 月 | 30 日 |
| 契約の自動更新 | 1 あり | | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1476.1 | m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1476.1 | m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | | |
| | | 3 その他の場合 | | | | | |
| | 構造 | 2 鉄骨造 | | | | | |
| | | 4 その他の場合 | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------|----------------|-----------------|-----|----------------------|-------|----------|---|
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 2 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物の場合 | | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | 1 普通貸借 | | | |
| | | 抵当権の有無 | | 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | | 1 あり | | | |
| | | | | 開始 | | | |
| | | | | 2007 | 年 | 12 | 月 |
| | | 契約の自動更新 | | 1 あり | | | |
| | | | | 終了 | | | |
| | | | | 2032 | 年 | 11 | 月 |
| | | 1 あり | | | | | |
| | | 1 全室個室（縁故者個室含む） | | | | | |
| | | 2 相部屋ありの場合 | | | | | |
| | | 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 | | 1 有 | 2 無 | 15.06 m ² | 36 | 3 介護居室個室 | |
| タイプ2 | | 1 有 | 2 無 | 15.66 m ² | 4 | 3 介護居室個室 | |
| タイプ3 | | | | m ² | | | |
| タイプ4 | | | | m ² | | | |
| タイプ5 | | | | m ² | | | |
| タイプ6 | | | | m ² | | | |
| タイプ7 | | | | m ² | | | |
| タイプ8 | | | | m ² | | | |
| タイプ9 | | | | m ² | | | |
| タイプ10 | | | | m ² | | | |

| | | | | | | |
|---------|------------------|----------------|---------|-----------------|---|----|
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 5 | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 2 | ヶ所 |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | 2 | ヶ所 | 個室 | 1 | 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 | | ヶ所 |
| | | | | リフト浴 | 1 | ヶ所 |
| | | | | ストレッチャー浴 | | ヶ所 |
| | | | | その他 | | ヶ所 |
| | 食堂 | 1 | あり | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 2 | なし | | | |
| エレベーター | 2 | あり (ストレッチャー対応) | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 | あり | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | | | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | | | |
| | スプリンクラー | 1 | あり | | | |
| | 防火管理者 | 1 | あり | | | |
| | 防災計画 | 1 | あり | | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 | 全ての居室あり | | | |
| | 便所 | 1 | 全ての便所あり | | | |
| | 浴室 | 1 | 全ての浴室あり | | | |
| | その他 | | | | | |
| その他 | | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | <p>①その人らしいが維持できることを目指す。 ②入居者様一人一人を尊重し合える人間関係を構築する。 ③健康管理並びに機能維持を図り、積極的に社会参加する事を促進する。 ④入居者様の人権・プライバシーを保護し安心できる生活環境を提供する。 ⑤身体拘束を廃止し自由を制限しない機能訓練指導員、介護職員が共同して入居者様の心身に合わせた個別のプログラムを作り、元気にその人らしく生活できる様に支援します。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>機能訓練指導員、介護職員が共同して入居者様の心身に合わせた個別のプログラムを作り、元気にその人らしく生活できるように支援します。</p> |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 |
| 食事の提供 | 2 委託 |
| 洗濯・掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

| | | | | |
|--|-----------------|------|----|----|
| 特定施設入居者生活介護 の加算の対象となるサ ービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 (I) | 2 | なし | |
| | 入居継続支援加算 (II) | 2 | なし | |
| | 生活機能向上連携加算 (I) | 2 | なし | |
| | 生活機能向上連携加算 (II) | 2 | なし | |
| | 個別機能訓練加算 (I) | 2 | なし | |
| | 個別機能訓練加算 (II) | 2 | なし | |
| | ADL維持等加算 (I) | 2 | なし | |
| | ADL維持等加算 (II) | 2 | なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 | あり | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 2 | なし | |
| | 医療機関連携加算 | 1 | あり | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 2 | なし | |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 2 | なし | |
| | 科学的介護推進体制加算 | 2 | なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | 2 | なし | |
| | 看取り介護加算 (I) | 2 | なし | |
| | 看取り介護加算 (II) | 2 | なし | |
| | 認知症専門ケア加 算 | (I) | 2 | なし |
| | | (II) | 2 | なし |

| | | | | |
|----------------------|---------------|-----|---------------|-----|
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ) | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 1 | あり |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | 介護職員処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| | | (Ⅱ) | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 2 | なし |
| | | (Ⅳ) | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) | 2 | なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり |
| (Ⅱ) | | 2 | なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 2 | | なし | |
| | 1 | | ありの場合 | |
| | | | (介護・看護職員の配置率) | : 1 |

(医療連携の内容)

| | | |
|----------------|-----------------------|----------------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配 |
| | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い |
| | <input type="radio"/> | 通院介助 |
| | | その他 |
| 1 | 名称 | いばらき診療所 |
| | 住所 | ひたちなか市高場167-2 |
| | 診療科目 | 内科 |
| | 協力科目 | 内科 |
| | 協力内容 | 訪問診療 (医療費その他の費用は入居者様の自己負担) |

| | | | |
|--------|---|------|---------------------------|
| 協力医療機関 | 2 | 名称 | ひたちなか市海浜クリニック |
| | | 住所 | ひたちなか市馬渡3006-1 |
| | | 診療科目 | 内科、呼吸器内科 |
| | | 協力科目 | 内科、呼吸器内科 |
| | | 協力内容 | 通院治療（医療費その他の費用は入居者様の自己負担） |
| | 3 | 名称 | 関内科医院 |
| | | 住所 | ひたちなか市大平4丁目2-13 |
| | | 診療科目 | 内科、循環器科、小児科 |
| | | 協力科目 | 内科、循環器科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療（医療費その他の費用は入居者様の自己負担） |

| | | | |
|----------|---|------|---------------------------|
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 月村歯科医院 |
| | | 住所 | 那珂郡東海村白方1324-3 |
| | | 協力内容 | 歯の治療（医療費その他の費用は入居者様の自己負担） |
| | 2 | 名称 | 水戸デンタルクリニック |
| | | 住所 | 水戸市中央2-7-41サンバレーMITO 103号 |
| | | 協力内容 | 歯の治療（医療費その他の費用は入居者様の自己負担） |

(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 ※複数選択可 | 一時介護室へ移る場合 | | |
| | 介護居室へ移る場合 | | |
| | ○ | その他 介護居室から別の介護居室へ移る場合 | |
| 判断基準の内容 | 入居者に対してより適切な介護を提供するために必要と判断する場合には、本契約に基づくサービスの提供を目的施設内において変更する場合があります。 | | |
| 手続きの内容 | 変更の際は、次に掲げる手続きを取るものとします。 一 入居者様の意思を確認する。二 入居者様の身元引受等の意見を聴く。三 事業者の指定する医師の意見を聴く。四 一定の観察期間をおく。※備考①参照 | | |
| 追加的費用の有無 | 2 なし | | |
| 居室利用権の取扱い | 居室の利用権が移行します。 | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 2 なし | | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり | |
| | 便所の変更 | 2 なし | |
| | 浴室の変更 | 2 なし | |
| | 洗面所の変更 | 2 なし | |
| | 台所の変更 | 2 なし | |
| | その他の変更 | 2 なし 1 ありの場合 (変更内容) | |

(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 | 2 | なし |
| | 要支援の者 | 1 | あり |
| | 要介護の者 | 1 | あり |
| 留意事項 | 介護認定において「自立」と判断された場合は退居になります。 | | |
| 契約解除の内容 | 【入居契約書33条】 【入居契約書34条】 | | |
| 事業主体から解約を求め る場合 | 解約条項 | 入居契約書33条 | |
| | 解約予告期間 | 2 | 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 | |
| | 1 | ありの場合 | |
| | (内容) | 空室がある場合に体験入居ができます。 利用料金 2泊3日11,000円5食食事付き、 消費税込み。電気代等は含みます。 | |
| 入居定員 | 40 | | 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 ※1 ※2 |
|--|-----------|----|-----|-----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 0.9 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1 |
| 直接処遇職員 | 16 | 14 | 2 | 14.4 |
| 介護職員 | 12 | 10 | 2 | 11.5 |
| 看護職員 | 4 | 4 | 0 | 2.9 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 0.1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 1 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 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 | | | | 37.5 時間 |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | 1 | 1 | |
| 介護福祉士 | 9 | 9 | 0 |
| 実務者研修の修了者 | 7 | 7 | |
| 初任者研修の修了者 | 6 | 5 | 1 |
| 介護支援専門員 | 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 | 1 | 1 |
| 理学療法士 | | |
| 作業療法士 | | |
| 言語聴覚士 | | |
| 柔道整復士 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | |
| はり師 | | |
| きゅう師 | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 | (21 時 0 分 ~ 9 時 0 分) | |
|----------|------------------------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0 人 | 0 人 |
| 介護職員 | 2 人 | 1 人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|------------------------------------|------------|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.5 : 1 |

※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|--|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料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 | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | | | | | 准看護師 | | | |
| | | 資格等の名称 | | | | | | | | | |
| | | 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 | 0 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 0 | | 1 | 1 | | | | | | |
| に業 応務 じに た従 職事 員し のた 人経 数験 年数 | 1年未満 | 0 | | 1 | 0 | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | | 1 | 0 | 0 | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | 1 | | 2 | 1 | 1 | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | | 5 | 1 | | | | | | |
| | 10年以上 | 1 | | 1 | | | | 1 | | 1 | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり | | | | | | | | | |

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 |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | | 3 月払い方式 |
| | | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択 |
| | | 全額前払い方式 |
| | | 一部前払い・一部月払い方式 |
| | | 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | | 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | 2 なし |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | | 1 減額なし |
| | | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 不在期間が _____ 日以上 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 介護保険法の改定または公租公課及び物価並びに経済情勢の変動があった場合 |
| | 手続き | 【入居契約書第31条】別紙1参照 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|------------|------------------|----------------|----------------|----------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護1 (1割の方) | 要介護1 (2割の方) | |
| | 年齢 | 90 歳 | 88 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 15.06㎡~15.66 ㎡ | 15.06㎡~15.66 ㎡ | |
| | 便所 | 1 有 | 1 有 | |
| | 浴室 | 2 無 | 2 無 | |
| | 台所 | 2 無 | 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 円 | 円 | |
| | 敷金 | 100,000 円 | 100,000 円 | |
| 月額費用の合計 | | 231,669 円 | 248,968 円 | |
| 家賃 | | 75,000 円 | 75,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 17,299 円 | 34,598 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 55,770 円 | 55,770 円 |
| | | 管理費 | 67,100 円 | 67,100 円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 16,500 円 | 16,500 円 |
| | | その他 | 円 | 円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。
 ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|-------------------------------|---|
| 家賃 | 賃貸借契約書に基づく賃借料と近隣の家賃相場及び経年劣化による借主負担の修繕積立金を勘案した上で算定します。 |
| 敷金 | 家賃の 1.3 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。 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まれない。 |

| | |
|----------------------|--|
| 管理費 | 共用部分の照明・空調・車両費・保険料等、日常業務に係る事務員費、消耗費、事務用品費、通信費、共用部分の清掃費、ゴミ収集日植栽管理、環境美化等の実費費用を見込んでおり、入居者に対し応分の費用負担を加味し算定しております。 |
| 食費 | 給食業者との給食委託契約に基づき、満室費時の入居者数に対しての実費費用を見込んでおり入居者に対し、応分の費用負担を加味して算定しております。朝食453円・昼食669円・夕食737円※1ヵ月30日計算※朝食・昼食は軽減税率8% |
| 光熱水費 | 居室の水道代（トイレ・洗面台）及び電気代（家電品エアコン）等の実費費用を見込んでおり、入居者に対し応分の費用負担を加味して算定しております。 |
| 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 | |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|--|--------------------------------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額 | ※要介護度に応じて介護費用の負担金割合に応じた額を徴収する。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | |
|--------------------------------------|-----|
| 算定根拠 | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | ヶ月 |
| 償却の開始日 | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額) | 円 |
| 初期償却率 | % |

| | | | |
|--------------|--------------------|----|--|
| 返還金の算 定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | | |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | | |
| 前払金の保 全先 | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | | |
| | | 名称 | |

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | | |
|-------|------------|----|---|
| 性別 | 男性 | 14 | 人 |
| | 女性 | 26 | 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 | 3 | 人 |
| | 85歳以上 | 36 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援 1 | 0 | 人 |
| | 要支援 2 | 1 | 人 |
| | 要介護 1 | 10 | 人 |
| | 要介護 2 | 12 | 人 |
| | 要介護 3 | 7 | 人 |
| | 要介護 4 | 5 | 人 |
| | 要介護 5 | 5 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 10 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 5 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 20 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 4 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 1 | 人 |
| | 15年以上 | | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|---|-----|---|
| 平均年齢 | 90 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 40 | 人 |
| 入居率※ | 100 | % |
| ※ 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)

| | | | |
|---------|----------|---------------------------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 0 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 0 | 人 |
| | 医療機関 | 2 | 人 |
| | 死亡 | 12 | 人 |
| | その他 | 7 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | (解約事由の例) | |
| | | | |
| | 入居者側の申し出 | 1 | 人 |
| | | (解約事由の例) 元気になる在宅復帰される。 | |

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)

| 窓口1 | | | | | | | | | | |
|----------|-------|-------------------------|---|-----|---|------|----|---|---|---|
| 窓口の名称 | | ラ・ナシカひたちなか 担当：管理者 古谷 洋子 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 029 | - | 354 | - | 5080 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 日曜・祝日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| 定休日 | | なし | | | | | | | | |

| 窓口2 | | | | | | | | | | |
|----------|-------|-----------------------------------|---|-----|---|------|----|---|----|---|
| 窓口の名称 | | 株式会社 シダー 本社 総務部 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 093 | - | 932 | - | 7005 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 日曜・祝日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| 定休日 | | 日曜 | | | | | | | | |
| 窓口3 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | ひたちなか市役所 介護保険課 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 029 | - | 273 | - | 0111 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 30 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土曜、日曜、祝日、年末年始 | | | | | | | | |
| 窓口4 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護保険苦情相談室 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 029 | - | 301 | - | 1465 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 | 時 | 0 | 分 | ～ | 16 | 時 | 30 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土曜、日曜、祝日、年末年始 | | | | | | | | |
| 窓口5 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | - | | - | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 損保保険ジャパン株式会社 |
| 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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 事故対応マニュアル |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | |

(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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 随時実施。意見交換会を運営懇談会にて実施。 |
| | 結果の開示 | 1 あり |
| 第三者による評価の実施状況 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | |
| | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書 | 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 |

10 その他

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (開催頻度) 年 6 回 | |
| | 2 なしの場合 | |
| | 1 代替措置ありの場合 | |
| | (内容) | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 提携ホーム名 | |
| 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 | |
| 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 | 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 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 合致しない事項が ある場合の内容 | |
| | 「6.既存建築物 等の活用の場合等 の特例」への適合 性 | |
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項 | なし | |

| | | |
|--|-------------------|--|
| | 不適合事項がある 場合の内容 | |
|--|-------------------|--|

P9 ①4 サービスの内容

入居後に居室を住みかえる場合（手続きの内容）

事業者の判断により介護居室を変更した場合、前居室の原状回復費は請求しません。

ただし入居者の希望により介護居室を変更した場合、前居室の原状回復費を請求します。

P14 ②6 利用料金

利用料金の支払方法

（入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い

1. 減額なし（家賃・管理費）
2. 日割り計算で減額（水光熱費【在宅酸素含む】）

別添2

その他のサービス

- ・ サービス提供協記録等の複写物にかかる費用 1 ページ 20 円
- ・ 食事については前日 14：00 までにキャンセル可能
- ・ 在宅酸素電気代 4,950 円

添付書類： 別添 1（別に実施する介護サービス一覧表）
別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 _____ 年 月 日

説明者署名 _____

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

| 介護サービスの種類 | 有無 | 主な事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|------------------|-----|----------|-----|----|----|
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
| 訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 通所介護 | 2 無 | | | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2 無 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 2 無 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----|--|--|--|--|
| 地域密着型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 居宅介護支援 | 2 無 | | | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |

| | | | | | |
|-------------------|-----|--|--|--|--|
| 介護予防福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| <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 | 2 無 | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防支援 | 2 無 | | | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 2 無 | | | | |
| 介護老人保健施設 | 2 無 | | | | |
| 介護療養型医療施設 | 2 無 | | | | |
| 介護医療院 | 2 無 | | | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | 2 無 | | | | |
| 通所型サービス | 2 無 | | | | |
| その他生活支援サービス | 2 無 | | | | |

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(利用者一部負担※1) | 個別の利用料金で、実施するサービス (利用者が全額負担) | | | | 備 考 |
| | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じて実施 |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じて実施 |
| おむつ代 | | 1 あり | | ○ | | 希望者に対し実施 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 2 なし | | | | 週3回実施 |
| 特浴介助 | 2 なし | 2 なし | | | | 実施しません |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ適宜実施 |
| 機能訓練 | 1 あり | 2 なし | | | | 毎日実施 |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 2,200円 | 必要に応じ適宜実施（協力医療機関以外・1回1時間2,200+タクシー代） |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | 2 なし | 1 あり | ○ | | | 週1回を標準とします |
| リネン交換 | 2 なし | 1 あり | ○ | | | 週1回を標準とします。その他必要に応じ適宜実施 |
| 日常の洗濯 | 1 あり | 2 なし | ○ | | | 必要に応じ実施 |
| 居室配膳・下膳 | 2 なし | 1 あり | ○ | | | 必要に応じ適宜実施 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 1 あり | | ○ | 実費 | 治療食の提供について実費負担 |
| おやつ | | 1 あり | ○ | | | 食費に含まれます |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | 実費 | 実費負担 |
| 買い物代行 | 2 なし | 1 あり | ○ | ○ | 2,200 | 月2回指定日のみ（指定日以外1回1時間2,200円+タクシー代） |
| 役所手続き代行 | 2 なし | 1 あり | ○ | | | 月1回指定日のみ |
| 金銭・貯金管理 | | 2 なし | | | | 相談に応じます |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | | 1 あり | | ○ | 実費 | 年2回希望者に応じて実施。実費負担 |
| 健康相談 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ適宜 |
| 生活指導・栄養指導 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ適宜 |
| 服薬支援 | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ適宜 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | 1 あり | 2 なし | | | | 必要に応じ適宜 |

| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
|---------------|------|------|--|---|--------|--|
| 入退院時の同行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 2,200円 | (協力医療機関) 必要に応じ適宜実施 (協力医療機関以外) 1回1時間2,200円+タクシー代 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 2 なし | | | | 実施しません |
| 入院中に見舞い訪問 | 2 なし | 1 あり | | ○ | | 必要に応じ適宜実施 |

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3:都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。