

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

|           |                |
|-----------|----------------|
| 記入年月日     | 2023 年 7 月 1 日 |
| 記入者名      | 藤原 健太          |
| 所属・職名     | 施設長            |
| 取込種別      | 2 修正           |
| 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) かぶしきがいしゃ サンライズヴィラつちうら<br>株式会社サンライズヴィラ土浦 |                               |
| 法人番号       | 法人番号有無   | 1 有                           |
|            | 法人番号   | 9050001009151                 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 300 - 0065                                   |                               |
|            | 茨城県土浦市常名 2 2 1 2                               |                               |
| 連絡先        | 電話番号   | 029 - 823 - 8808              |
|            | FAX番号  | 029 - 826 - 7301              |
|            | メールアドレス  | kagayaki @ kagayakinosato. cc |
|            | ホームページ有無                                       | 1 有                           |
|            | ホームページアドレス                                     | https:// kagayakinosato. com  |
| 代表者        | 氏名   | 島田 宏之                         |
|            | 職名   | 代表取締役社長                       |
| 設立年月日      | 1988 年 2 月 25 日                                |                               |
| 主な実施事業     | ※別添1（別を実施する介護サービス一覧表）                          |                               |

## 2 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

|               |                  |   |                    |            |
|---------------|------------------|---|--------------------|------------|
| 名称            | (ふりがな) かがやきのさと   |   |                    |            |
|               | かがやきの郷           |   |                    |            |
| 所在地           | 〒                | 300   | -                  | 0065       |
|               | 茨城県土浦市常名 2 2 1 2 |   |                    |            |
| 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               | 082031 土浦市 |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅              | 土浦 駅  |                    |            |
|               | 交通手段と所要時間        | ①常磐線「土浦駅」下車<br>・タクシー10分3.4km<br>・バス15分「在宅」停留所より徒歩200m<br>②常磐道「土浦北IC」より車で5分5km |                    |            |
| 連絡先           | 電話番号             | 029   | -                  | 823 - 8808 |
|               | FAX番号            | 029   | -                  | 826 - 7301 |
|               | メールアドレス          | kagayaki @ kagayakinosato.co  |                    |            |
|               | ホームページ有無         | 1 有   |                    |            |
|               | ホームページアドレス       | https://  | kagayakinosato.com |            |
| 管理者           | 氏名               | 藤原 健太   |                    |            |
|               | 職名               | 施設長   |                    |            |
| 建物の竣工日        |                  | 1992  | 年                  | 11 月 1 日   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                  | 2000  | 年                  | 4 月 4 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<br>場合 | 介護保険事業者番号                    | 0870300498 |   |   |   |    |   |
|                    | 指定した自治体名                     | 茨城県        |   |   |   |    |   |
|                    | 事業所の指定日                      | 2000       | 年 | 3 | 月 | 24 | 日 |
|                    | 指定の更新日（直近）                   | 2020       | 年 | 4 | 月 | 2  | 日 |

3 建物概要

|    |      |                 |                         |   |   |   |
|----|------|-----------------|-------------------------|---|---|---|
| 土地 | 敷地面積 | 6,954           | 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の場合 |                         |   |   |   |
|    |      | 賃貸の種別           |                         |   |   |   |
|    |      | 抵当権の有無          |                         |   |   |   |
|    |      | 契約期間            | 開始                      | 年 | 月 | 日 |
|    |      |                 | 終了                      | 年 | 月 | 日 |
|    |      |                 | 契約の自動更新                 |   |   |   |
| 建物 | 延床面積 | 全体              | 8,192.65 m <sup>2</sup> |   |   |   |
|    |      | うち、老人ホーム部分      | 8,192.65 m <sup>2</sup> |   |   |   |
|    | 耐火構造 | 1 耐火建築物         |                         |   |   |   |
|    |      | 3 その他の場合        |                         |   |   |   |
|    | 構造   | 1 鉄筋コンクリート造     |                         |   |   |   |
|    |      | 4 その他の場合        |                         |   |   |   |

|         |                |                 |                      |                      |           |           |
|---------|----------------|-----------------|----------------------|----------------------|-----------|-----------|
|         | 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の場合 |                      |                      |           |           |
|         |                | 賃貸の種別           |                      |                      |           |           |
|         |                | 抵当権の有無          |                      |                      |           |           |
|         |                | 契約期間            |                      | 開始                   |           |           |
|         |                |                 |                      | 年                    | 月         | 日         |
|         |                |                 |                      | 終了                   |           |           |
|         |                | 年               | 月                    | 日                    |           |           |
| 契約の自動更新 |                |                 |                      |                      |           |           |
| 居室の状況   | 居室区分<br>【表示事項】 | 2 相部屋あり         |                      |                      |           |           |
|         |                | 2 相部屋ありの場合      |                      |                      |           |           |
|         |                | 最少              | 2                    | 人部屋                  |           |           |
|         | 最大             | 4               | 人部屋                  |                      |           |           |
|         |                | トイレ             | 浴室                   | 面積                   | 戸数・室数     | 区分        |
|         | タイプ1           | 1 有             | 1 有                  | 56.24 m <sup>2</sup> | 2         | 1 一般居室個室  |
|         | タイプ2           | 1 有             | 1 有                  | 42.75 m <sup>2</sup> | 24        | 1 一般居室個室  |
|         | タイプ3           | 1 有             | 1 有                  | 33.75 m <sup>2</sup> | 70        | 1 一般居室個室  |
|         | タイプ4           | 1 有             | 1 有                  | 28.12 m <sup>2</sup> | 4         | 1 一般居室個室  |
|         | タイプ5           | 2 無             | 2 無                  | 15.63 m <sup>2</sup> | 21        | 3 介護居室個室  |
|         | タイプ6           | 2 無             | 2 無                  | 25.13 m <sup>2</sup> | 5         | 4 介護居室相部屋 |
| タイプ7    | 2 無            | 2 無             | 35.37 m <sup>2</sup> | 4                    | 4 介護居室相部屋 |           |
| タイプ8    | 2 無            | 2 無             | 47.25 m <sup>2</sup> | 6                    | 4 介護居室相部屋 |           |
| タイプ9    | 2 無            | 2 無             | 15.63 m <sup>2</sup> | 1                    | 5 一時介護室   |           |
| タイプ10   |                |                 | m <sup>2</sup>       |                      |           |           |

|         |  |    |             |                 |    |    |
|---------|--|----|-------------|-----------------|----|----|
| 共用施設    | 共用便所における便房   | 23 | ヶ所          | うち男女別の対応が可能な便房  | 4  | ヶ所 |
|         |  |    |             | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 23 | ヶ所 |
|         | 共用浴室   | 2  | ヶ所          | 個室              | 0  | ヶ所 |
|         |  |    |             | 大浴場             | 2  | 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            | 1  | ヶ所 |
|         |  |    |             | ストレッチャー浴        | 1  | 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   | 1  | あり          |                 |    |    |
| 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     | 共用施設の設備状況：ロビー、応接コーナー、健康相談室、図書室、麻雀室、和室（茶室）、ラウンジ、屋上ガーデン、専用駐車場（有料）、菜園、多目的ホール（介護棟）、汚物処理室<br>年に2回防災訓練実施 |    |             |                 |    |    |

#### 4 サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |   |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針        | 経営理念<br>1. 誠実な心 2. 責任ある行動<br>3. 社会の共栄<br>を、モットーに、地域に愛され、地域になくなくてはならぬ「かがやきの郷」の確立に、全員で努力致します。                 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 我々は入居者を敬い<br>住：快適な居住空間を提供いたします。<br>介：心のこもった介護を提供いたします。<br>医：よりよい健康管理のお手伝いをいたします。<br>食：栄養バランスのよいお食事を提供いたします。 |
| 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      | 2    | なし |    |
|                                | 生活機能向上連携加算    | 2    | なし |    |
|                                | 個別機能訓練加算      | 1    | あり |    |
|                                | 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 |    |
|                                | 栄養スクリーニング加算   | 2    | なし |    |
|                                | 退院・退所時連携加算    | 1    | あり |    |
|                                | 看取り介護加算       | 1    | あり |    |
|                                | 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)イ | 2  | なし |
| (I)ロ                           |               | 2    | なし |    |
| (II)                           |               | 2    | なし |    |
| (III)                          |               | 1    | あり |    |

|                      |               |       |   |     |
|----------------------|---------------|-------|---|-----|
|                      | 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)   | 2 | なし  |
|                      |               | (II)  | 1 | あり  |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり          |       |   |     |
|                      | 1 ありの場合       |       |   |     |
|                      | (介護・看護職員の配置率) | 2.5   |   | : 1 |

(医療連携の内容)

|                |                       |                         |          |  |
|----------------|-----------------------|-------------------------|----------|--|
| 医療支援<br>※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                    |          |  |
|                | <input type="radio"/> | その他                     | 訪問診療医の確保 |  |
| 1              | 名称                    | 土浦リハビリテーション病院 介護医療院     |          |  |
|                | 住所                    | 土浦市真鍋新町11-7             |          |  |
|                | 診療科目                  | 内科/整形外科/泌尿器科/リハビリテーション科 |          |  |
|                | 協力科目                  | 内科/整形外科/泌尿器科/リハビリテーション科 |          |  |
|                | 協力内容                  | 入院対応、訪問診療               |          |  |

|          |   |      |                                |
|----------|---|------|--------------------------------|
| 協力医療機関   | 2 | 名称   | わたひきクリニック（嘱託医）                 |
|          |   | 住所   | 土浦市桜町3-5-1-2                   |
|          |   | 診療科目 | 内科・心療内科・精神科・神経内科               |
|          |   | 協力科目 | 内科・心療内科・精神科・神経内科               |
|          |   | 協力内容 | 健康管理、医療管理、定期訪問診療、往診、緊急時対応      |
|          | 3 | 名称   | 桜井内科医院                         |
|          |   | 住所   | 土浦市中央2-16-21                   |
|          |   | 診療科目 | 内科・循環器科・呼吸器科・消化器科              |
|          |   | 協力科目 | 内科・循環器科・呼吸器科・消化器科              |
|          |   | 協力内容 | 健康管理、医療管理、定期訪問診療、往診、緊急時対応、予防接種 |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称   | とうざき歯科クリニック                    |
|          |   | 住所   | 土浦市東崎町11-30                    |
|          |   | 協力内容 | 定期往診・治療、口腔ケア、口腔衛生指導、緊急時対応      |
|          | 2 | 名称   |                                |
|          |   | 住所   |                                |
|          |   | 協力内容 |                                |



(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 | ○  | 一時介護室へ移る場合  |       |
|                          | ○  | 介護居室へ移る場合   |       |
|                          |  | その他   |       |
| 判断基準の内容                  | 退院後や一時的に24時間の介護が必要となった場合、常時介護が必要となった場合に、一般居室から介護居室への住み替えを求める場合があります。 |   |       |
| 手続きの内容                   | 介護居室へ移る場合<br>①ホームが指定する医師の意見を聴く<br>②概ね3か月間の観察期間を置く<br>③本人・身元引受人の同意を得る |   |       |
| 追加的費用の有無                 | 2  | なし  |       |
| 居室利用権の取扱い                | 住み替え後の居室に移行<br>(一時介護室の場合は概ね6か月間の観察期間を置く)                             |   |       |
| 前払金償却の調整の有無              | 2  | なし  |       |
| 従前の居室との仕様の<br>変更         | 面積の増減  | 1   | あり    |
|                          | 便所の変更  | 1   | あり    |
|                          | 浴室の変更  | 1   | あり    |
|                          | 洗面所の変更   | 1   | あり    |
|                          | 台所の変更  | 1   | あり    |
|                          |  | 1   | あり    |
|                          | その他の変更   | 1   | ありの場合 |
|                          | (変更内容)   | 一般居室から介護居室への住み替えの場合は室内全体の仕様が異なる。介護居室間の住み替えの場合、仕様の変更はない。介護居室は2人以上の相部屋になる場合があります。 |       |

(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 |
|                    | 要支援の者   | 1  | あり |
|                    | 要介護の者   | 1  | あり |
| 留意事項               | 入居時60歳以上。(2人入居の場合は、夫婦・親子・兄弟姉妹・友人でどちらかが60歳以上) ホーム看護職員は中心静脈栄養管理、気管切開、経管栄養、人工呼吸器、伝染病の対応は不可。その他、療養管理については要相談。 |  |    |
| 契約解除の内容            | ①入居者が死亡した場合<br>②入居者、又は事業者から解約した場合   |  |    |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項  | 入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等。 |    |
|                    | 解約予告期間  | 3  | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間       | 1   |  | ヶ月 |
| 体験入居の内容            | 1 あり  |  |    |
|                    | 1 ありの場合   |  |    |
|                    | (内容)  | 空室がある場合。1泊2食付5,000円+税  |    |
| 入居定員               | 186   |  | 人  |
| その他                | 身元引受人が設定できない場合は要相談。   |  |    |

## 5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

|  | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※1 ※2 |
|--|----------|----|-----|-----------------|
|  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                 |
| 管理者  | 1        | 1  |     | 0.5             |
| 生活相談員  | 4        | 4  |     | 2.1             |
| 直接処遇職員   |          |    |     |                 |
| 介護職員   | 54       | 20 | 34  | 36.1            |
| 看護職員   | 6        | 1  | 5   | 4               |
| 機能訓練指導員  | 2        | 1  | 1   | 1.2             |
| 計画作成担当者  | 3        | 2  | 1   | 1.5             |
| 栄養士  | 1        | 1  |     |                 |
| 調理員  | 8        | 2  | 6   |                 |
| 事務員  | 6        | 4  | 2   | 5               |
| その他職員  | 3        | 3  |     |                 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2  |          |    |     | 37 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     |    |    |     |
| 介護福祉士     | 18 | 11 | 7   |
| 実務者研修の修了者 | 2  | 1  | 1   |
| 初任者研修の修了者 | 27 | 8  | 19  |
| 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   | 1  |    | 1   |
| 理学療法士       | 1  | 1  |     |
| 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 | ( 16 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     | 4                      | 人 | 3 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><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】              | c 2.5 : 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) | 2.3 : 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<br>(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 |      |         |     |       |     |         |     |         |     |
|                   |           | 資格等の名称  |      | 介護支援専門員 |     |       |     |         |     |         |     |
|                   |           | 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    |         | 2   |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数       |           |         |      |         | 4   |       |     |         |     |         |     |
| に業務に応じたに従事した人経験年数 | 1年未満      |         |      | 1       | 5   |       |     |         |     |         |     |
|                   | 1年以上3年未満  |         |      |         | 2   |       |     |         |     |         |     |
|                   | 3年以上5年未満  |         |      | 2       | 5   |       |     |         |     |         |     |
|                   | 5年以上10年未満 |         | 1    | 5       | 7   |       |     |         |     |         |     |
|                   | 10年以上     | 1       | 4    | 14      | 15  | 4     |     | 1       | 1   | 2       | 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<br>【表示事項】          | 1 利用権方式                                       |                          |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】       | 4 選択方式  |                          |
|                            | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択                         |                          |
|                            | <input type="radio"/>                         | 全額前払い方式                  |
|                            | <input type="radio"/>                         | 一部前払い・一部月払い方式            |
| 年齢に応じた金額設定                 | 1 あり  |                          |
| 要介護状態に応じた金額設定              | 1 あり  |                          |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額                    |                          |
|                            | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合<br>不在期間が 60 日以上 |                          |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 物価変動、人件費上昇により、改定する場合がある。 |
|                            | 手続き   | 運営懇談会の意見を聴く。             |

(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             | 自立                   | 要介護3                 |           |
|            | 年齢               | 80 歳                 | 80 歳                 |           |
| 居室の状況      | 床面積              | 33.75 m <sup>2</sup> | 15.63 m <sup>2</sup> |           |
|            | 便所               | 1 有                  | 2 無                  |           |
|            | 浴室               | 1 有                  | 2 無                  |           |
|            | 台所               | 1 有                  | 2 無                  |           |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金              | 8,000,000 円          | 3,600,000 円          |           |
|            | 敷金               | 0 円                  | 0 円                  |           |
| 月額費用の合計    |                  | 153,710 円            | 167,974 円            |           |
| 家賃         |                  | 0 円                  | 0 円                  |           |
| サービス費用     | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 0 円                  | 22,774 円             |           |
|            | 介護保険外※2          | 食費                   | 48,990 円             | 52,254 円  |
|            |                  | 管理費                  | 99,220 円             | 104,720 円 |
|            |                  | 介護費用                 | 5,500 円              | 11,000 円  |
|            |                  | 光熱水費                 | 実費 円                 | 実費 円      |
|            |                  | その他                  | 都度払いサービス円            | 都度払いサービス円 |

※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                            | (※前払金として) 建物の建設費、借入金利息等を基礎とし、近隣の家賃等を参考にして算出した。  |
| 敷金                            | 家賃の ヶ月分   |
| 介護費用<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | (一般居室) 生活支援費：自立者に対する一時的介護、生活支援費用<br>(介護居室) 介護費用：長期推計に基づき、要介護者2.5人に対し週37時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担により支払われる額 |

|                      |  |
|----------------------|--|
| 管理費                  | 共用施設の維持管理・修繕費。事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費。 |
| 食費                   | 厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用。                |
| 光熱水費                 | 実費                                     |
| 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                      | 基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分。 |
| 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） | 前掲。                  |
| ※ 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                                 |                    | 老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定  |  |
| 想定居住期間 (償却年月数)                       |                    | 65歳 (自立・要支援) 108～<br>144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) |                    | 前払金ごとに異なる 円   |  |
| 初期償却率                                |                    | 10 %  |  |
| 返還金の算定方法                             | 入居後 3 月以内の契約終了     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入居一時金 - (入居一時金 - 初期償却) ÷ 想定居住月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの日数)</li> <li>・ 初期償却費用については無利息で全額返還する</li> </ul> |  |
|                                      | 入居後 3 月を超えた契約終了    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ (入居一時金 - 初期償却額) × (契約終了日から想定居住期間満了日までの日数) ÷ (入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数)</li> </ul>                      |  |
| 前払金の保全先                              | 1 全国有料老人ホーム協会      |   |  |
|                                      | 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         | 30 | 人 |
|       | 女性         | 87 | 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 2  | 人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 9  | 人 |
|       | 75歳以上85歳未満 | 32 | 人 |
|       | 85歳以上      | 74 | 人 |
| 要介護度別 | 自立         | 33 | 人 |
|       | 要支援 1      | 9  | 人 |
|       | 要支援 2      | 3  | 人 |
|       | 要介護 1      | 23 | 人 |
|       | 要介護 2      | 18 | 人 |
|       | 要介護 3      | 13 | 人 |
|       | 要介護 4      | 6  | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 11 | 人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 15 | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 42 | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 29 | 人 |
|       | 10年以上15年未満 | 8  | 人 |
|       | 15年以上      | 12 | 人 |

(入居者の属性)

|   |      |   |
|---|------|---|
| 平均年齢  | 85.4 | 歳 |
| 入居者数の合計   | 117  | 人 |
| 入居率※  | 63   | % |
| ※ 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      | 1                     | 人 |
|         | 社会福祉施設   | 2                     | 人 |
|         | 医療機関     |                       | 人 |
|         | 死亡       | 17                    | 人 |
|         | その他      |                       | 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 | 3                     | 人 |
|         |          | (解約事由の例)<br>在宅復帰、特養入所 |   |

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

| 窓口1      |       |                    |   |     |   |      |    |   |   |   |
|----------|-------|--------------------|---|-----|---|------|----|---|---|---|
| 窓口の名称    |       | (社内対応) お客様相談窓口：施設長 |   |     |   |      |    |   |   |   |
| 電話番号     |       | 029                | - | 823 | - | 8808 |    |   |   |   |
| 対応している時間 | 平日    | 9                  | 時 | 0   | 分 | ～    | 17 | 時 | 0 | 分 |
|          | 土曜    | 9                  | 時 | 0   | 分 | ～    | 17 | 時 | 0 | 分 |
|          | 日曜・祝日 | 9                  | 時 | 0   | 分 | ～    | 17 | 時 | 0 | 分 |
| 定休日      |       | なし                 |   |     |   |      |    |   |   |   |

| 窓口2      |       |  |                   |   |      |   |      |    |   |   |   |
|----------|-------|--|-------------------|---|------|---|------|----|---|---|---|
| 窓口の名称    |       |  | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 |   |      |   |      |    |   |   |   |
| 電話番号     |       |  | 03                | - | 3548 | - | 1077 |    |   |   |   |
| 対応している時間 | 平日    |  | 10                | 時 | 0    | 分 | ～    | 17 | 時 | 0 | 分 |
|          | 土曜    |  |                   | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |   | 分 |
|          | 日曜・祝日 |  |                   | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |   | 分 |
| 定休日      |       |  | 土日祝日              |   |      |   |      |    |   |   |   |
| 窓口3      |       |  |                   |   |      |   |      |    |   |   |   |
| 窓口の名称    |       |  | 茨城県国民健康保険団体連合会    |   |      |   |      |    |   |   |   |
| 電話番号     |       |  | 029               | - | 301  | - | 1565 |    |   |   |   |
| 対応している時間 | 平日    |  | 10                | 時 | 0    | 分 | ～    | 17 | 時 | 0 | 分 |
|          | 土曜    |  |                   | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |   | 分 |
|          | 日曜・祝日 |  |                   | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |   | 分 |
| 定休日      |       |  | 土日祝日              |   |      |   |      |    |   |   |   |
| 窓口4      |       |  |                   |   |      |   |      |    |   |   |   |
| 窓口の名称    |       |  | 土浦市高齢福祉課          |   |      |   |      |    |   |   |   |
| 電話番号     |       |  | 029               | - | 826  | - | 1111 |    |   |   |   |
| 対応している時間 | 平日    |  | 10                | 時 | 0    | 分 | ～    | 17 | 時 | 0 | 分 |
|          | 土曜    |  |                   | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |   | 分 |
|          | 日曜・祝日 |  |                   | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |   | 分 |
| 定休日      |       |  | 土日祝日              |   |      |   |      |    |   |   |   |
| 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    | 公社) 全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム損害賠償責任保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命、身体、財産に損害が |
| 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    | 緊急時対応マニュアルに基づく   |
| 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     | 2020/10/15 |
|                                  | 結果の開示   | 1 あり       |
| 第三者による評価の実施状況                    | 1 あり    |            |
|                                  | 1 ありの場合 |            |
|                                  | 実施日     | 2013/1/16  |
|                                  | 評価機関名称  | ぎょうせい総研    |
|                                  | 結果の開示   | 1 あり       |

9 入居希望者への事前の情報開示

|          |            |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本  | 3 公開していない  |

10 その他

|  |  |  |
|--|--|--|
| 運営懇談会  | 1 あり                                   |  |
|  | 1 ありの場合                                |  |
|  | (開催頻度) 年 4 回                           |  |
|  | 2 なしの場合                                |  |
| 提携ホームへの移行<br>【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<br>老人福祉法第29条第1項<br>に規定する届出                   | 1 あり                                   |  |
| 高齢者の居住の安定確保<br>に関する法律第5条第1<br>項に規定するサービス付<br>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<br>指導指針「5. 規模及び<br>構造設備」に合致しない<br>事項         | 2 なし                                   |  |
|  | 1 ありの場合                                |  |
|  | 合致しない事項が<br>ある場合の内容                    |  |
| 有料老人ホーム設置運営<br>指導指針の不適合事項                                | なし                                     |  |
|  | 「6. 既存建築物<br>等の活用の場合等<br>の特例」への適合<br>性 |  |



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             |     |             |               |    |    |
| 訪問入浴介護           |     |             |               |    |    |
| 訪問看護             |     |             |               |    |    |
| 訪問リハビリテーション      |     |             |               |    |    |
| 居宅療養管理指導         |     |             |               |    |    |
| 通所介護             |     |             |               |    |    |
| 通所リハビリテーション      |     |             |               |    |    |
| 短期入所生活介護         | 1 有 | かがやきの郷      | 土浦市常名 2 2 1 2 | ○  |    |
| 短期入所療養介護         |     |             |               |    |    |
| 特定施設入居者生活介護      | 1 有 | かがやきの郷（当施設） | 土浦市常名 2 2 1 2 | ○  |    |
| 福祉用具貸与           |     |             |               |    |    |
| 特定福祉用具販売         |     |             |               |    |    |
| ＜地域密着型サービス＞      |     |             |               |    |    |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |     |             |               |    |    |
| 夜間対応型訪問介護        |     |             |               |    |    |



|                      |     |             |               |   |  |
|----------------------|-----|-------------|---------------|---|--|
| 地域密着型通所介護            |     |             |               |   |  |
| 認知症対応型通所介護           |     |             |               |   |  |
| 小規模多機能型居宅介護          |     |             |               |   |  |
| 認知症対応型共同生活介護         |     |             |               |   |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     |     |             |               |   |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |     |             |               |   |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護        |     |             |               |   |  |
| 居宅介護支援               |     |             |               |   |  |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |     |             |               |   |  |
| 介護予防訪問入浴介護           |     |             |               |   |  |
| 介護予防訪問看護             |     |             |               |   |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション      |     |             |               |   |  |
| 介護予防居宅療養管理指導         |     |             |               |   |  |
| 介護予防通所リハビリテーション      |     |             |               |   |  |
| 介護予防短期入所生活介護         | 1 有 | かがやきの郷      | 土浦市常名 2 2 1 2 | ○ |  |
| 介護予防短期入所療養介護         |     |             |               |   |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | 1 有 | かがやきの郷（当施設） | 土浦市常名 2 2 1 2 | ○ |  |

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

## 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 |                                   |                             |      |      |                | 1 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) | 個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担) | 包含※2 |      |                | 備考  |
|                                  |                                   |                             | 都度※2 | 料金※3 |                |   |
| 介護サービス                           |                                   |                             |      |      |                |   |
| 食事介助                             | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    |      |                | 保険給付＋上乘せ介護費   |
| 排泄介助・おむつ交換                       | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    |      |                | 保険給付＋上乘せ介護費   |
| おむつ代                             |                                   | 1 あり                        |      | ○    |                | オムツM¥130 L¥150<br>リハビリM¥140 L¥160 LL¥180<br>パワーガード¥80 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    |      |                | 週4回以上実費 ¥3,240/1回                                     |
| 特浴介助                             | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    |      |                | 週4回以上実費 ¥3,240/1回                                     |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    |      |                | 保険給付＋上乘せ介護費   |
| 機能訓練                             | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    |      |                | 保険給付＋加算給付   |
| 通院介助                             | 1 あり                              | 1 あり                        |      | ○    | 2,100円／時       | 付添い可能範囲：原則市内及び隣接市町 料金発生は市外病院・本人申出時                    |
| 生活サービス                           |                                   |                             |      |      |                |   |
| 居室清掃                             | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    | ○    | 5,000～7,000円／月 | 自立者による本人要望時（週1回1時間以内）<br>自立者の一時的介護者は生活支援費に含む          |
| リネン交換                            | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    | ○    | 200円／回         | 自立者による本人要望時<br>自立者の一時的介護者は生活支援費に含む                    |
| 日常の洗濯                            | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    | ○    | 1,000円／回       | 自立者による本人要望時<br>自立者の一時的介護者は生活支援費に含む                    |
| 居室配膳・下膳                          | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    | ○    | 100円／回         | 自立者による本人要望時<br>自立者の一時的介護者は生活支援費に含む                    |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   | 1 あり                        |      | ○    | 実費             | 外部の食事代実費  |
| おやつ                              |                                   | 1 あり                        |      | ○    | 実費             |   |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   | 1 あり                        |      | ○    | 実費             |   |
| 買い物代行                            | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    | ○    | 1,100円／1か所1回   | ホームスケジュールによる代行は無料<br>原則市内真鍋地区周辺、並木地区周辺                |
| 役所手続き代行                          | 2 なし                              | 1 あり                        |      | ○    | 1,100円／1か所1回   |   |
| 金銭・貯金管理                          |                                   | 1 あり                        |      | ○    | 2,640円／年       | 個別管理台帳作成<br>（基本的には個人管理）                               |
| 健康管理サービス                         |                                   |                             |      |      |                |   |
| 定期健康診断                           |                                   | 1 あり                        | ○    |      | 無料             | 年1回   |
| 健康相談                             | 2 なし                              | 1 あり                        | ○    |      |                |   |
| 生活指導・栄養指導                        | 2 なし                              | 1 あり                        | ○    |      |                |   |
| 服薬支援                             | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    |      |                |   |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | 1 あり                              | 1 あり                        | ○    |      |                |   |

| 入退院時・入院中のサービス |      |      |   |  |  |  |                    |
|---------------|------|------|---|--|--|--|--------------------|
| 入退院時の同行       | 2 なし | 1 あり | ○ |  |  |  | 付添い可能範囲：原則市内及び隣接市町 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 1 あり | ○ |  |  |  |                    |
| 入院中に見舞い訪問     | 2 なし | 1 あり | ○ |  |  |  |                    |

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、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。