

## 重要事項説明書

記入年月日	平成28年7月1日
記入者名	谷田部 透
所属・職名	ホーム長

## 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) チクスイカイ 筑水会	
主たる事務所の所在地	〒303-0033	
連絡先	電話番号	0297-25-1616
	FAX番号	0297-22-2081
	ホームページアドレス	<a href="http://tikusuien.or.jp">http://tikusuien.or.jp</a>
代表者	氏名	今川美明
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 15年 7月 3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) <small>かいごつきゆうりようろうじん つちうらしんかん かいごとう</small> 介護付き有料老人ホーム サンテラス土浦新館 (介護棟)	
所在地	〒300-0045 茨城県土浦市文京町 8-5	
主な利用交通手段	最寄駅	土浦駅
	交通手段と所要時間	・ JR常磐線「土浦」駅下車、徒歩18分 (約1,370m) ・ JR常磐線「土浦」駅西口、バス乗り場3番より「荒川沖」行、「水海道」行「古河」行、または2番乗場より「筑波大学中央」行、利用約4分。

		「千束町」バス停下車徒歩約2分。 ・常磐道利用のとき 水戸方面より 土浦北インターより約12分 東京方面より 桜土浦インターより約12分
連絡先	電話番号	029-875-3891
	FAX番号	029-875-3892
	ホームページアドレス	http://centaine.or.jp
管理者	氏名	谷田部 透
	職名	ホーム長
建物の竣工日		昭和・平成 23年 2月 28日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 23年 4月 1日

**【類型】【表示事項】**

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護 0870301934
	指定した自治体名	茨城県
	事業所の指定日	平成 23 年 4 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 23 年 4 月 1 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	520.202 m <sup>2</sup>	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地			
抵当権の有無		1 あり 2 なし	
契約期間		1 あり ( 年 月 日～ 年 月 日) 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	1717.55 m <sup>2</sup> (地上4階建て)
		うち、老人ホーム部分	1717.55 m <sup>2</sup> (地上4階建て)
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造				
		3 木造				
		4 その他 ( )				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )			
			2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.17 m <sup>2</sup>	34	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.30 m <sup>2</sup>	6	介護居室個室
	タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	6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		1ヶ所	
	共用浴室	1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		0ヶ所	
			リフト浴		1ヶ所	
ストレッチャー浴			1ヶ所			

			その他 ( )	0ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	エレベーター	1	あり (車椅子対応)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)	
		3	あり (上記1・2に該当しない)	
		4	なし	
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
その他	健康管理室、機能回復訓練室、応接室			

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	入居者の心身の状況を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るよう、サービスを提供する。常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し相談に適切に応じるとともに、利用者の社会生活に必要な支援を行います。
サービスの提供内容に関する特色	入居者様個々の心身の状況を踏まえた、選択制の食事サービス 皮膚ケアを重視した足浴サービス
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり 2 なし
(Ⅱ)		1 あり 2 なし	
(Ⅲ)		1 あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

**(医療連携の内容)**

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 ( 入院中の訪院 )	
協力医療機関	1	名称	サンシャイン呼吸器・内科クリニック
		住所	つくば市谷田部6 1 7 0 - 1 4
		診療科目	内科、呼吸器内科、整形外科
		協力内容	訪問診療による健康相談、診察、家族への説明及び病院紹介
協力歯科医療機関		名称	牛久デンタルクリニック
		住所	千葉県佐倉市臼井5 3 - 3
		協力内容	訪問による歯科診療、歯科健康相談、口腔ケア相談指導

**(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	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )
判断基準の内容		入居者様が看取り介護等の状態になり、スタッフステーションから

	離れた居室にいる時。	
手続きの内容	入居者様身元引受人様への説明と居室移動同意書に同意を頂きます。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	旧居室から新居室への利用権を取得します。	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・おおむね65歳以上の方で要介護認定1～5をお持ちの方</li> <li>・身元引受人を1名以上、身元引受人がいない方はご相談下さい</li> <li>・身体拘束が「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」に基づき行われる場合には、十分な説明と同意を行います。</li> </ul>	
契約の解除の内容	①入居者が死亡したとき ②規定に基づき入居者から契約解除がおこなわれたとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	一 入居申込書の虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき 二 月払い利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき 三 契約書第20条の規則に違反したとき 四 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき
	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 内容：1泊/食事付 7,560円(税込) 原則一か月以内、介護状況により3か月以内 2 なし
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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	19	14	5	17.2
看護職員	4	3	1	3.2
機能訓練指導員	1		1	0.2
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士				
調理員				
事務員	2	1	1	2
その他職員	3		3	1.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

### （資格を有している介護職員の人数）

	合計		
	19	常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	6	4	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	13	10	3
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	1	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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16:30時~9:30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	3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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5:1以上 b 2:1以上 <input checked="" type="checkbox"/> c 2.5:1以上 d 3:1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数:常勤換算職員数)	1.6:1

※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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
	業務に係る資格等					<input checked="" type="checkbox"/> あり				
						資格等の名称		介護福祉士、介護支援専門員		
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	4		5	2	1					
前年度1年間の退職者数	3		5		2					
応じた業務に従事した経験年数に あつた職員の人数	1年未満			1		1				
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上			4	3					
	5年未満									
	5年以上			6	2					
	10年未満									
10年以上	3	1	3					1	1	
従業者の健康診断の実施状況				<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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	2年に1回、ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案。
	手続き	入居者懇談会の意見をきいて改定する事がある。

**(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)**

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護3	
	年齢	85歳女性	85歳男性	
居室の状況	床面積	14.17 m <sup>2</sup>	14.30 m <sup>2</sup>	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	2,580,000円	1,590,000円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		184,902円	18,900円	
家賃		円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	16,422円	20,520円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	64,800円	64,800円
		管理費	103,680円	103,680円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	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	入居一時金に含まれる。 *算定根拠はP11「前払金の受領」で記載
敷金	
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務管理部門の人件費及び事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提

	供のための人件費及び事務費、共用施設等の維持管理費及び光熱水費、入居者が居住する居室の光熱水費。
食費	1人1日3食1か月分の食材費及び委託費、厨房維持管理費 1日2160円(税込)1日3食30日喫食の場合 <朝食540円、昼食648円、夕食972円>
光熱水費	管理費に含む ※ただし、持ち込み電気製品については有料です。
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	基本報酬、及びP5「介護サービスの内容」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）	
※ 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	建物建設費及び借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。 【別添3】
想定居住期間（償却年月数）	基本プラン 85歳女性 7年（84ヶ月） 基本プラン 85歳男性 4年（48ヶ月）
償却の開始日	入居日の翌日
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）	入居一時金毎に異なる
初期償却率	15%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 ・入居一時金－（入居一時金－非返還部分の額） ÷30×（入居日から契約終了日までの日数） ・初期償却費用については無利息で全額返還します。 *月額利用料と原状回復費用は以下に基づき受領

		いたします。 ① 利用料…居室利用料×滞在日数＋食費＋介護 保険一割負担×滞在日数 ② 原状回復費用…入居者の希望により居室内の 造作に変更を加えた場合又は入居者の責に帰 する居室の毀損補修の場合
	入居後3月を超えた契約終了	想定居住期間内に契約終了した場合、以下の算定 式に基づく額を返還します。 $\text{返還金} = \text{入居一時金} \times \text{想定居住期間償却率} (85\%) \div (\text{入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数}) \times (\text{契約終了日から償却期間満了日までの実日数})$
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	<input checked="" type="checkbox"/> 4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（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	6人
	女性	28人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	24人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	4人
	要介護2	6人
	要介護3	9人
	要介護4	7人
	要介護5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	4人

	1年以上5年未満	24人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

**(入居者の属性)**

平均年齢	86.4歳
入居者数の合計	34人
入居率*	85%

※ 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	人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	3人
	死亡者	7人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	3人 (解約事由の例)
		他施設入居の為

**8. 苦情・事故等に関する体制**

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	サンテーム土浦新館介護棟相談窓口 担当 生活相談員及び介護支援専門員	
電話番号	029-875-3891	
対応している時間	平日	午前9時から午後5時
	土曜	午前9時から午後5時
	日曜・祝日	午前9時から午後5時
定休日	なし	
窓口の名称	茨城県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情相談窓	

		口 ※介護保険制度による窓口です。
電話番号		029-301-1565
対応している時間	平日	午前9時から午後5時
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土、日曜日及び祝日
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	午前10時から午後5時
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土、日曜日及び祝日

**(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 日本興亜損保による施設賠償責任保険加入
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故発生時には、速やかに入居者様の家族・縣市担当課等に連絡を行い、必要な措置を講じます。また、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は誠意をもって対応します。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	玄関に常設で設置
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	平成27年1月30日
		評価機関名称	株式会社 川原経営総合センター
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

### 9. 入居希望者への事前の情報開示

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

### 10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 2回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: ) 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人	1 あり 2 なし	

福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別の実施する介護サービス一覧表）

別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

別添 3 サンテーム土浦新館介護棟 入居一時金算定根拠

別添 4 サンテーム土浦新館介護棟料金表

別添 5 短期利用のサービス等の概要

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。



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

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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	筑水苑	常総市水海道高野町671-1
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	筑水苑	常総市水海道高野町671-1
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	サンテータヌ土浦	土浦市文京町8-3
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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		
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	筑水苑	常総市水海道高野町671-1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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	筑水苑	常総市水海道高野町671-1
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	筑水苑	常総市水海道高野町671-1
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	サンテータヌ土浦	土浦市文京町8-3
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし	筑水苑	常総市水海道高野町671-1
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「税込」	備考
	なし	あり	なし	あり				
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	○		使用物品により異なる	自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		2,700 / 1回	2回 / 週までは無料 それ以降は有料
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（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○			*短期利用者はなし
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	○		2,376円 / 1H	*短期利用者はなし
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		内容により異なる	ドライクリーニングは実費徴収
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	○			おやつ代は食費に含まれます
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○		内容により異なる	理容料は実費徴収
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり				*短期利用者はなし
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり			1,620 / 1H	*短期利用者はなし
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○		1,620 / 1H	*短期利用者はなし
金銭・貯金管理			なし	あり				

健康管理サービス								
定期健康診断			<input type="checkbox"/> なし	あり				
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			2,376円／1H	短期利用者は緊急時送迎のみ実費
入退院時の同行（協力医療機関）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				短期利用者は緊急時送迎のみ実費
入退院時の同行（協力医療機関以外）	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			2,376円／1H	短期利用者は緊急時送迎のみ実費
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				*短期利用者はなし
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			1,620円／1H	*短期利用者はなし

※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。

## サンテール土浦新館入居一時金算定根拠

平成 25 年 7 月 1 日

サンテール土浦新館では、家賃相当額について入居一時金方式を採用しています。これは、茨城県有料老人ホーム設置運営指導指針に定めるとおり、「終身にわたって受領すべき家賃相当額の全部又は一部を前払金として一括して受領するもの」で、その算定の根拠についても同指導指針に定める次の考え方に従っています。

$$\begin{aligned} \text{入居一時金} &= (1 \text{ ヶ月の家賃相当額} \times \text{想定居住期間 (月数)}) \\ &+ (\text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額}) \end{aligned}$$

- \* 1 入居一時金の算出方法は全国有料協作成による「想定居住期間及び想定居住期間を超える家賃の試算」シートによる算定によります。
- \* 2 1 か月の家賃相当額は、3.3 m<sup>2</sup>あたり 5500 円です。
- \* 3 入居一時金は年齢別、男女別となっております。
- \* 4 入居一時金の試算に基づいて計算された一時金は、10000 円単位以下を切り捨てています。

## 別添 4

## サンテヌ土浦新館介護棟料金表

平成 27 年 7 月 1 日

区分	金額	内容	
1. 入居一時金	年齢に応じた金額設定		
基本プラン（85歳男性）	1,590,000円	償却年数4年	
基本プラン（85歳女性）	2,580,000円	償却年数7年	
2. 月払い利用料 （消費税総額表示）	指定した口座振替日となります		
1) 管理費	103,680円	中途入退去時日割り計算	
2) 食費	64,800円	1日2,160円×30日分 （欠食は差し引く）	
3) 光熱水費	無料 ※管理費に含む	持ち込み電気製品有料 （1コンセント1,080円となります）	
4) 介護用品費	実費負担 月額1,620円	オムツ・パット等実費 エアーマット等貸出料	
5) 消耗品費	実費負担	居室用消耗品は実費負担 （トイレトペーパー等）	
6) 通院サービス	提携病院無料 ※提携外は有料	付添費用2,376円（1Hあたり）	
7) 付添・代行サービス	有料	付添費用2,376円（1Hあたり）	
		代行費用1,620円（1Hあたり）	
8) 入浴追加サービス	実費負担	1回あたり 2,700円	
9) レクリエーション費	月額1,080円	材料費等	
10) エンゼルケア費	1回10,800円	看取り後の処置費用	
11) その他特別なサービス	旅行等	ご相談に応じます	
3. 介護保険本人負担額			
認定区分	入居者負担額	30日分目安	1日につき
要介護1	16,422円	164,217円	533単位
要介護2	18,394円	183,935円	597単位
要介護3	20,520円	205,194円	666単位
要介護4	22,492円	224,913円	730単位
要介護5	24,587円	245,863円	798単位
4. サービス提供体制強化加算	I. 370円 II. 185円	I. 3,697円 II. 1,848円	I. 12単位 II. 6単位
5. 認知症専門ケア加算	93円	924円	3単位
6. 夜間看護体制加算	309円	3,081円	1月につき
7. 処遇改善加算	3の額に4~6の加算額× 3.4%	参考：介護1（サービス提供強化加算、夜間看護体制加算）600円程度	1月につき

※1 7)の付添・代行サービス費は緊急時は除きます。

※2 健康診断・インフルエンザ等予防接種の費用は実費負担となります。

短期利用のサービス等の概要

(1) サービスの内容

利用可能期間	最短 2日 (1泊2日) ~ 最長 30日 (29泊30日)
サービスの内容	1 重要事項説明書「4 サービスの内容」と同一である
	2 重要事項説明書「4 サービスの内容」と相違するところがある
	《上記2に該当する場合のサービス内容の相違点》 緊急時以外の協力医療機関への通院介助及び送迎については、行いません。

(2) 利用料

費用の支払方法 ※	利用者宛に費用項目の明細を付し翌月の 15 日までに請求します。利用者はこれに基づき原則として月末までに振り込みの方法により、「社会福祉法人筑水会」の口座に支払うものとします。						
1日あたりの利用料	5,616円						
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有						
料金プラン ※	利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	5,616	3,456	0	2,160	0	0	0
算定根拠 ※	管理費	月払い方式の設定の30分の1に相当する額					
	介護費用	-					
	食費	月払い方式の設定で定める1日あたりの料金					
	光熱水費	管理費に含む					
	家賃相当額	-					
	その他	-					
1日あたりの利用料に含まれない実費負担等 ※	おむつ代、居室用消耗品、週3回以上の入浴、緊急時の病院付き添いサービス、洗濯（ドライクリーニング）、理美容、買い物代行、レクリエーションの材料費、行事食の通常食との差額等、持込み電気製品のコンセント料金						
介護保険に係る利用料 ※ (1割が自己負担)	特定施設入居者生活介護						
			日 額	自己負担額			
	①	要介護1	5,473円	548円			
		要介護2	6,131円	614円			
		要介護3	6,839円	684円			
		要介護4	7,497円	750円			
		要介護5	8,195円	820円			
	②	夜間看護体制加算 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		11円	1日につき		
	③	サービス提供体制加算 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		I、13円	1日につき		
				II、7円			
④	認知症専門ケア加算 ( <input checked="" type="checkbox"/> 無・有)		3円	1日につき			
	介護職員処遇改善加算	①額に②~④の加算額×3.4%			1日につき		

(3) その他

利用(契約)に際しての留意点、特記事項等	個別的な外出のご要望があっても、お応えできない場合もありますのでご了承ください。
----------------------	--

