

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成28年7月1日 |
| 記入者名 | 相野台 優 |
| 所属・職名 | 事務局 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---------------------------|---|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 医療法人 |
| 名称 | (ふりがな) それいゆ会 (それいゆかい) | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒318-0004 茨城県高萩市上手網赤塚 268 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0293-24-0770 |
| | FAX番号 | 0293-24-0866 |
| | ホームページアドレス | http://www.soleil.or.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 林 克英 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 7 年 2 月 9 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) べるびー水戸 (べるびーみと) |
|----|---------------------------|

| | | |
|---------------|---------------------------------|----------------------------|
| 所在地 | 〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地ミオスビル3F | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | J R 常磐線赤塚駅 |
| | 交通手段と所要時間 | J R 常磐線「赤塚駅」北口より 80m 徒歩 1分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 029-309-0770 |
| | FAX番号 | 029-309-1018 |
| | ホームページアドレス | http://www.bv-mito.jp |
| 管理者 | 氏名 | 川崎 英輝 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 12 年 12 月 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 20 年 11 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 茨城県指定第 0870103298 介護予防特定施設入居者生活介護 茨城県指定 第 0870103298 |
| | 指定した自治体名 | 茨城県 |
| | 事業所の指定日 | 平成 20 年 11 月 1 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 平成 26 年 7 月 24 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|---------|-----------|--|----------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 1305.83 m ² | |
| | 所有関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり (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 | | 2981.30 m ² | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | | 2981.30 m ² | | |
| | 耐火構造 | <input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 () | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 () | | | | |
| 所有関係 | <input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input type="checkbox"/> 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 | | <input type="checkbox"/> 1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 全室個室 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | | 人部屋 | | |
| | 最大 | | 人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 室数 | 区分* |
| | タイプ 1 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 16.45 m ² | 1人用・6室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 2 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.67 m ² | 1人用・1室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 3 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.83 m ² | 1人用・1室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 4 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.85 m ² | 1人用・12室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 5 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.95 m ² | 1人用・1室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 6 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 19.06 m ² | 1人用・2室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 7 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 21.21 m ² | 1人用・2室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 8 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 21.39 m ² | 1人用・1室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 9 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 21.40 m ² | 1人用・1室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 10 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 21.79 m ² | 1人用・4室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 11 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 22.35 m ² | 1人用・2室 | 介護居室個室 |
| タイプ 12 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 24.12 m ² | 1人用・1室 | 介護居室個室 | |
| タイプ 13 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 23.56 m ² | 2人用・1室 | 介護居室個室 | |
| タイプ 14 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 25.11 m ² | 2人用・1室 | 介護居室個室 | |
| タイプ 15 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 25.18 m ² | 2人用・2室 | 介護居室個室 | |
| タイプ 16 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 26.17 m ² | 2人用・2室 | 介護居室個室 | |

| | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|----------------------|----------|--------|
| | タイプ 17 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 26.23 m ² | 2 人用・1 室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 18 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 31.04 m ² | 2 人用・2 室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 19 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 32.05 m ² | 2 人用・1 室 | 介護居室個室 |
| | タイプ 20 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 32.87 m ² | 2 人用・2 室 | 介護居室個室 |
| | 一時介護室 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 18.83 m ² | 1 人用・1 室 | 一時介護室 |
| ※「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 | 8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 | 6ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 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 | ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | 1ヶ所 | | |
| | | | その他 () | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | |
| エレベーター | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 応接室、多目的ホール、談話室、1階ロビー、等 | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|----------|---|
| 運営に関する方針 | 「べるびー」は美しく生きるという意味のフランス語 belle-vie から名付けました。高齢者の人権を尊重し、不安なく快適な生活ができる場とサービスを提供します。 |
|----------|---|

| | |
|-----------------|---|
| サービスの提供内容に関する特色 | 全室個室、プライバシーに配慮して介護サービスを提供します。全室ペットと同居が可能です。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | |
| | 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | |
| | 看取り介護加算 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (Ⅰ)ロ | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| (Ⅱ) | | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| (Ⅲ) | | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (介護・看護職員の配置率) 2 : 1 | |
| | 2 なし | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|--------|--------|--|--|
| 医療支援 | ※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 | |
| | | 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人それいゆ会 高萩それいゆ病院 |
| | | 住所 | 茨城県高萩市上手網赤塚 268 |
| | | 診療科目 | 内科・精神科・リハビリテーション科・泌尿器科 ・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科 |
| | | 協力内容 | 医科受診 |

| | | | |
|----------|---|------|----------------------------|
| | 2 | 名称 | 医療法人社団いばらき会 いばらき診療所みと |
| | | 住所 | 茨城県水戸市五軒町 1-3-34-第一会計ビル 2F |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| | 3 | 名称 | 国家公務員共済組合連合会 水府病院 |
| | | 住所 | 茨城県水戸市赤塚 1-1 |
| | | 診療科目 | 内科・小児科・外科・整形外科 |
| | | 協力内容 | 医科受診 |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 千波歯科クリニック |
| | | 住所 | 茨城県水戸市千波町 1242-3 |
| | | 協力内容 | 歯科受診 |
| | 2 | 名称 | 小川歯科医院 |
| | | 住所 | 茨城県水戸市見和 3-606-3 小川ビル 1F |
| | | 協力内容 | 歯科受診 |

(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 | <input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 () | | |
| 判断基準の内容 | 入居者が重度の認知症により居室での介護が困難となった場合。風紀を乱す場合。 | | |
| 手続きの内容 | ①事業者の指定する医師の話を聴く。②身元引受人の話を聴く。を経て一時介護室へ移室する。 | | |
| 追加的費用の有無 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 居室利用権の取扱い | 一時的に利用する共用施設であり、従来居室の利用権に変更はない | | |
| 前払金償却の調整の有無 | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 便所の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 浴室の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 洗面所の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 台所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | その他の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (変更内容) 室内全体の仕様が異なります。 |
| | <input 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 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 | <p>概ね 60 歳以上の方。</p> <p>※身元引受人又は成年後見人を 1 名定めていただきます。</p> <p>※他の入居者に伝染する疾患のない方</p> <p>※2 人入居の場合はご夫婦又は兄弟姉妹に限ります。</p> <p>※状況等により自立の方も可。ご相談に応じます。</p> | |
| 契約の解除の内容 | <p>1. 入居者が逝去した場合 (2 名入居の場合はどちらも逝去した場合)</p> <p>2. 入居者から契約解除が行われた場合</p> <p>3. 事業者から契約解除が行われた場合</p> <p>※主な解除事由</p> <p>○入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危険を及ぼし、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できない場合。</p> <p>○虚偽の事項を記載する等、不正手段により入居した場合。</p> <p>○月払いの利用料その他支払いを正当な理由なく、しばしば延滞するとき。</p> <p>○禁止または制限される行為の規定に違反したとき。</p> | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 契約書第 29 条 |
| | 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 | <p>1 あり (内容 : 1 泊 2 日 ¥6480 ただし、1 泊から 1 週間まで)</p> <p>2 なし</p> | |
| 入居定員 | | 57 人 |
| その他 | なし | |

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 |
| | 合計 | ※1※2 |

| | | 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 | 17 | 14 | 3 | 15.5 |
| 看護職員 | 6 | 4 | 2 | 5 |
| 機能訓練指導員 | 3 | 1 | 2 | 1.2 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 1 |
| 栄養士 | 1 | 1 | | 1 |
| 調理員 | 4 | 3 | 1 | 3.5 |
| 事務員 | 4 | 2 | 2 | 3 |
| その他職員 | 2 | | 2 | 1 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ ² | | | | 37.5 |
| ※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 | 10 | 7 | 3 |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 6 | 6 | |
| 介護支援専門員 | 2 | 1 | 1 |

(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 | 2 | | 2 |
| 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 (17時～9時30分) | | |
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 2人 | 2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 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 2 なし | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | 1 あり | | | | | | | |
| | 資格等の名称 | あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | | | |
| | 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 | 2 | | 1 | 4 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | | 3 | 3 | | | | | | |
| 年数に応じた業務に従事した経験の職員数 | 1年未満 | 2 | | 1 | 2 | | | | | |
| | 1年以上 | | 2 | 4 | | | | 2 | 1 | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | 2 | | 6 | 1 | 1 | | 1 | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| 5年以上 | | | 3 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------|--|--|-------------------------------------|----|--------------------------|----|--|--|--|--|
| | 10年未満 | | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | 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】 | | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | 1 減額なし 2 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が15日以上の場合に限り、管理費が半額 |
| 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3例】)

| | | ゴールドプラン | シルバープラン | スタンダードプラン |
|----------------|------|---|---|---|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護5 | 要介護3 | 要支援1 |
| | 年齢 | 90歳 | 85歳 | 60歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 16.45㎡ | 18.85㎡ | 21.79㎡ |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無 |
| | 浴室 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 |
| | 台所 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 5,600,000円 | 7,600,000円 | 15,500,000円 |
| | 敷金 | 円 | 円 | 円 |
| 月額費用の合計 | | 188,586円 | 184,519円 | 158,715円 |

| 家賃 | | 管理費に含む | 管理費に含む | 管理費に含む | |
|--------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------|
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 24,586円（1割負担・30日の場合）※条件により各種加算あり | 20,519円（1割負担・30日の場合）※条件により各種加算あり | 5,515円（1割負担・30日の場合）※条件により各種加算あり | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 64,800円 | 64,800円 | 64,800円 |
| | | 管理費 | 99,200円 | 99,200円 | 88,400円 |
| | | 介護費用 | 管理費に含む | 管理費に含む | 管理費に含む |
| | | 光熱水費 | 管理費に含む | 管理費に含む | 管理費に含む |
| その他 | 円 | 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） | 入居一時金は、専用居室及び共用施設を終身にわたって利用するための家賃相当額に充当する。（地代・建設費・修繕費・借入利息・管理事務費を基礎とし、近傍家賃を参照し想定居住期間を勘案して算出） |
| 敷金 | 家賃の 0 ヶ月分 |
| 介護費用 | 上乗せ介護費用はなし |
| 管理費 | 共用施設等の維持管理費・管理部門人件費・生活サービス等人件費・共益費・光熱水費 |
| 食費 | 食材費・厨房管理費人件費 |
| 光熱水費 | 管理費に含む（別途、徴収なし） |
| 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（上乗せサービス） | なし |

※ 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 | <p>当ホームでは、家賃相当額の支払い方式について一時金方式を採用している。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、その算定の基礎についても、同指導指針に定める次の考え方に拠っている。</p> <p>入居一時金の額 = (1 ヶ月の家賃相当額 × 想定居住期間 (月数)) + (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)</p> | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | <p>スタンダードプラン : 3,285 ~ 1,825 日 シルバープラン : 1,825 日 ~ 1460 日 ゴールドプラン : 1,460 日</p> | |
| 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 | 年齢により 0 円 ~ 2,380,000 円 | |
| 初期償却率 | 0% | |
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | <p>入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返金する。但し、利用期間に係る利用料を受領する。本契約 45 条に規定する目的施設の 1 日 (1 名) 当たりの利用料は、管理費 + 食費の日数割りで算出する。(返還金は退去に伴う原状回復費用や立替金等の支払い債務と相殺する場合があります)</p> |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | <p>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。</p> <p>支払済入居一時金 - 入居一時金総額 ÷ 償却期間の日数 × 利用日数</p> |
| 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 | |
| | 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 | 14人 |
| | 女性 | 30人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 4人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 8人 |
| | 85歳以上 | 32人 |
| 要介護度別 | 自立 | 4人 |
| | 要支援1 | 5人 |
| | 要支援2 | 2人 |
| | 要介護1 | 5人 |
| | 要介護2 | 9人 |
| | 要介護3 | 2人 |
| | 要介護4 | 7人 |
| | 要介護5 | 10人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 0人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 2人 |
| | 1年以上 5年未満 | 20人 |
| | 5年以上 10年未満 | 16人 |
| | 10年以上 15年未満 | 5人 |
| | 15年以上 | 1人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|-------|
| 平均年齢 | 86.7歳 |
| 入居者数の合計 | 44人 |
| 入居率* | 77% |
| ※ 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 | 人 |
| | 医療機関 | 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 | | 人 |
| | | (解約事由の例) より経済的負担の軽い特別養護老人ホームへ転居を希望 | |

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 (事業主体や施設設置) | | 入居者ご意見対応委員会 担当：施設長・生活相談員 |
| 電話番号 | | 029-309-0770 |
| 対応している時間 | 平日 | 10:00～17:00 |
| | 土曜 | 10:00～17:00 |
| | 日曜・祝日 | 10:00～17:00 |
| 定休日 | | なし |

| | | |
|--------------|-------|--|
| 窓口の名称 (上記以外) | | ①社団法人全国有料老人ホーム協会 ②水戸市役所介護保険課 ③国民健康保険団体連合会 ④茨城県社会福祉協議会 |
| 電話番号 | | ①03-3272-3781 ②029-224-1111 ③029-301-1565 ④029-241-1133 |
| 対応している時間 | 平日 | ①10:00～17:00 ②9:00～17:00 ③9:00～17:00 ④9:00～17:00 |
| | 土曜 | - |
| | 日曜・祝日 | - |
| 定休日 | | 土・日・祝 |

(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"/> あり | (その内容) 社団法人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」 |
| | 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) 事故対応マニュアルに基づく |
| | 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 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 実施日 | 随時 |
| | | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 2 なし | | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 実施日 | 平成 25 年 1 月 17 日 |
| | | | 評価機関名称 | 全国有料老人ホーム協会サービス第三者評価 |
| | | | 結果の開示 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--|--------------|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (開催頻度) 年 6 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:) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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)

※ _____ 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 |
|------------------------------|----|----|------------------------|------------------------------------|
| <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 | 高萩それいゆ病院 | 茨城県高萩市上手網赤塚268 |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 高萩それいゆ病院 | 茨城県高萩市上手網赤塚268 |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 高萩それいゆ病院 介護老人保健施設ノア | 茨城県高萩市上手網赤塚268 茨城県高萩市高浜町3-154-1 |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | 介護老人保健施設ノア | 茨城県高萩市高浜町3-154-1 |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | べるびー水戸 | 茨城県赤塚1-1ミオスビル3F |
| 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 | | |
| 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 | 高萩それいゆ病院 介護老人保健施設ノア | 茨城県高萩市上手網赤塚268 茨城県高萩市高浜町3-154-1 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | 高萩それいゆ病院 | 茨城県高萩市上手網赤塚268 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 高萩それいゆ病院 | 茨城県高萩市上手網赤塚268 |
| 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 | 高萩それいゆ病院 | 茨城県高萩市上手網赤塚268 |
| 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 | 介護老人保健施設ノア | 茨城県高萩市高浜町3-154-1 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | べるびー水戸 | 茨城県赤塚1-1ミオスビル3F |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | 高萩それいゆ病院 | 茨城県高萩市上手網赤塚268 |
| <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 | 介護老人保健施設ノア | 茨城県高萩市高浜町3-154-1 |
| 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 | | 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 |
|------------------|----------------------------------|----|--------------------------------|----|----|------|------|------|-----------------------------|
| | なし | あり | なし | あり | なし | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | | 必要に応じ実施 |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | | 同上 |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 備考 | | （おむつ・はくパンツ¥205/枚・パット¥72/枚） |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | | 入浴不可の場合、毎日清拭実施 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | | 週 3 回 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | | | 適宜実施 |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | | 同上 |
| 通院介助（協力医療機関） | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 同上 |
| 通院介助（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 備考 | | 外出付添¥2600/時間・職員 1 名につき |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 週 2 回実施 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 週 1 回実施（汚れた場合、その都度実施） |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 毎日実施 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 必要に応じ実施 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | | | 実費負担 |
| おやつ | | | なし | あり | | ○ | | | 同上 |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | | | 同上 |
| 買物代行（通常の区域） | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 週 1 回実施 |
| 買物代行（上記以外の区域） | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 代行¥840/回・時間 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 同上 |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | | 実施しない |
| 健康管理サービス | | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | ○ | | | | 年 2 回（施設の定める項目以外の希望健診は実費負担） |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 必要に応じ実施 |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 同上 |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | | 同上 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | | | | 同上 |
| 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 | | ○ | | | 福祉タクシー（交通費実費負担） |
| 入退院時の同行（協力医療機関） | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 適宜実施（交通費実費負担） |

| | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 入退院時の同行（協力医療機関以外） | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ○ | 外出付添¥2600/時間・職員1名につき（交通費実費） |
| 入院中の洗濯物交換 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> ○ | <input type="checkbox"/> | 週2回 |
| 入院中の買い物 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ○ | 代行¥840/回・時間 |
| 入院中の見舞い訪問 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> ○ | <input type="checkbox"/> | 週2回 |

※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包含される場合と、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。