

重要事項説明書

サンリッチ伊東 「介護付有料老人ホーム」

(号室 様)

利用者からの苦情に対応する当施設外の主な窓口等は下記のとおり（月～金）

名称	連絡先	受付時間（月曜日～金曜日）
静岡県国民健康保険団体連合会	054-253-5590	9時 ～ 17時
伊東市役所 高齢者福祉課	0557-32-1563	8時30分 ～ 17時15分
（公社）全国有料老人ホーム協会	03-3548-1077	10時 ～ 16時

重要事項説明書

記入年月日	平成 29 年 4 月 1 日
基準日	平成 29 年 4 月 1 日
記入者名	澤地 里美
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人／ 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ いずのさと 株式会社 伊豆の里	
主たる事務所の所在地	〒414-0055 静岡県伊東市岡171-2	
連絡先	電話番号	0557-35-3022
	FAX番号	0557-35-3023
	ホームページアドレス	http://www.sunrich-ito.jp
代表者	氏名	福家 英也 (ふけ ひでや)
	職名	代表取締役
設立年月日(開設日)	平成 19 年 9 月 1 日	
主な実施事業	※別添の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一覧表のとおり。	

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) さんりっちいとう サンリッチ伊東	
所在地	〒414-0055 静岡県伊東市岡171-2	
主な利用交通手段	最寄駅	南伊東駅 (伊豆急行線)
	交通手段と所要時間	<ul style="list-style-type: none"> ・ 南伊東駅より約 1,000m (タクシーで約 4 分) ・ JR伊東駅より、タクシーで約 6 分
連絡先	電話番号	0557-35-3022
	FAX番号	0557-35-3023
	ホームページアドレス	http://www.sunrich-ito.jp
管理者	氏名	澤地 里美 (さわち さとみ)
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 19 年 7 月 20 日

(類型)【表示事項】

1	介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）	
2	介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）	
3	住宅型	
4	健康型	
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	2270400563
	指定した自治体名	静岡県
	事業所の指定日	平成19年 9月 1日
	指定の更新日（直近）	平成25年 9月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	9,072.08㎡	
	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	
		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	6,084.38㎡
		うち、老人ホーム部分	6,084.38㎡
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		2 鉄骨造 (一部鉄筋造)	
		3 木造	
		4 その他 ()	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	
2 事業者が賃借する建物			
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】	1 全室個室	
		2 相部屋あり	
		最少	2人部屋
		最大	2人部屋

	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
Aタイプ	有	有(シャワー)	20.79 m ²	30	介護居室個室
Dタイプ	有	有	29.40 m ²	1	一般居室個室
Bタイプ	有	有	31.36 m ²	49	一般居室個室
Cタイプ	有	有	42.06 m ²	4	一般居室個室
特Cタイプ	有	有	55.38 m ²	1	一般居室個室
介護室1	有	有	34.40 m ²	1	一時介護室
介護室2	有	有	34.40 m ²	1	一時介護室

※区分欄は、「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の用途別を記入しています。

共用施設	共用便所における便房	13ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	男女各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	0ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他()	0ヶ所
	食堂	1 あり (約 135 m ²) 2 なし		
	機能訓練室	約 46 m ²		
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 2 なし			
エレベーター	1 あり (車椅子対応)			
	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	1 あり 2 なし		
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし		
	火災通報設備	1 あり 2 なし		
	スプリンクラー	1 あり 2 なし		
	防火管理者	1 あり 2 なし		
	防災計画	1 あり 2 なし		
その他				

4. サービスの内容

(全体の方針)

理念	1. 諸規則の範囲において、利用者の意思を尊重し、必要なサービス提供を心がけていく。 2. まだあるんじゃないかと考えて、サービスを探求していく。
----	--

運営に関する方針	<p>① ホームは、利用者に対して、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、通院時及び退院後の療養上の世話を行う事により利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援します。</p> <p>② ホームが提供する特定施設入居者生活介護（介護予防含む）は、介護保険法令及び厚生労働省通知の内容に沿ったものとします。</p> <p>③ 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努力し、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。</p> <p>④ サービスの提供は、個別の特定施設サービス計画（予防含む）を作成し、利用者の同意のもとに実行します。</p> <p>⑤ 利用者の個人情報の取り扱いについては、その利用目的を示し予め本人の同意を得て取り扱うものとし、個人情報の保護に関する法律の精神に立って、個人情報の管理等に努めます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>ア. なるべく利用者の意思を尊重して、個別対応の介護サービスを必要な都度提供するよう日々心がけています。</p> <p>イ. 現在、身体拘束をしなければならない利用者はおりませんが、万一の場合にも身体拘束廃止に向けた取り組みを積極的に行っていきます。</p> <p>ウ. 利用者等の希望によりターミナルケアを実施していきます。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

（介護サービスの内容）

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	(I) 1 あり 2 なし
	ケア加算	(II) 1 あり 2 なし
	サービス提	(I)イ 1 あり 2 なし

	供体制強化 加算	(Ⅰ)口	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) 2. 5 : 1 以上	
	2	なし		

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	・伊豆高原クリニック (0557-55-2522)
		住所	・伊東市八幡野 989-89 (施設から約 11 km)
		診療科目	・泌尿器科、内科
		協力内容	・一般診療及び緊急時の対応など。
その他近隣の医療機関(所要時間は自動車の場合)	2	※利用者皆様は、病院を自由に選べる権利があります。協力医療機関以外では、隣に ⇒ 伊東市民病院 30分程度 ⇒ 中伊豆リハビリテーションセンター 45分程度 ⇒ 順天堂大学医学部附属静岡病院などがあります。お気軽に看護師等にご相談ください。	
協力歯科医療機関		名称	・下村歯科医院 (0557-45-4677)
		住所	・伊東市吉田 404 (施設から約 4 km)
		協力内容	・歯科医療に関する治療及び相談指導、往診など。

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 (2人部屋) <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 (他のホームへの住み替え)
判断基準の内容	1の場合 ⇒ 退院後や日常生活上で一時的に介護を要する場合などに、入居者の希望によって利用していただきます。 2の場合 ⇒ 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住み替えていただくことがあります。 3の場合 ⇒ 他のホームに住み替えていただくことがあります。
手続きの内容	ア. 必要に応じて事業者の指定する医師又は主治医の意見を聴く イ. 入居者の意思を確認する。 ウ. 入居者の身元引受人等の意見を聴く エ. 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。 オ. 本人、身元引受人の同意を得る。 カ. 入居者の行動が、他の入居者又は職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場合に限り、身元引受人と協議して他の専門施設へ移って頂くことがあります。この場合の費用は入居者負担になります。必要に応じて、身元引受人、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が協議して経過観察期間を定めます。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし（他の専門施設への住み替えは費用有り）	
居室利用権の取扱い	ア. 今まで通り入居一時金の償却をさせていただきます、利用権は継続されます。 イ. 他の専門施設への住み替えの場合には、入居一金の精算を行います。	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし（上記イの場合は精算を行います。）	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	ア. 入居者とは、概ね60歳以上の方で健康な方及び日常生活で介護の必要な方をいいます。2人入居の場合は夫婦、親子、兄弟姉妹に限ります。 イ. 追加入居者の場合も1人入居の場合と同条件とします。 ウ. 追加入居者は、当初契約締結日から3年以内に限るものとします。	
契約の解除の内容	一 入居契約書等に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき 三 入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき	

	四 入居者の行動が、他の入居者又は職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	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第29条
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<p>1 あり</p> <p>ア. 体験入居は2泊3日程度ですが、30日間程度の長期のご利用をいただいても結構です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立者 ⇒ お1名様1泊にて、4,628円、お食事は、朝524円、昼637円、夕750円になります。(税込) ・要支援・要介護者 ⇒ お1名様1泊にて、7,200円、お食事は上記と同じです。 ・施設見学は随時受け入れをしています。 <p>2 なし</p>	
入居定員	85室90人	
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.3
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員	31	23	8	24.4
介護職員	27	20	7	21.9
看護職員	4	3	1	2.5
機能訓練指導員	1	1		0.1
計画作成担当者	2	2		1.1
栄養士	1	1		1.0
調理員	8	4	4	6.7
事務員	9	4	5	3.6
その他職員	16		16	8.1
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います。				
※2 特定施設入居者生活介護等の人数も記入しています。				

(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	19	15	4
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	6	4	2
介護支援専門員	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			
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 (①16:30～翌朝 8:30、②17:30～翌朝 9:30)		
	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)	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) ・要介護者の利用者数に、要支援1及び要支援2の利用者1人を0.3人と換算して算出しています。 (10月1日現在の利用者⇒要支援者13人、要介護者47人、職員24.4人で計算)	2.1 : 1
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(当施設は、外部サービス利用型特定施設以外の	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	

施設)	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 (有料老人ホームの施設長)									
	資格等の名称		看護師、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				1	1					1		
前年度1年間の退職者数				1	1							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数(当施設のみに応)	1年未満			1	1					1		
	1年以上 3年未満	2	1	4	2			1				
	3年以上 5年未満			8	1	1						
	5年以上 10年未満	1		7	3	1				1		
	10年以上											
	従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 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	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定 条件	・料金の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する。	

手続き	・運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。
-----	----------------------------

(利用料金のプラン【代表的なプラン2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護度5	自立	
	年齢	60歳以上	60歳以上	
居室の状況	床面積	20.79㎡	31.36㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有(シャワー) 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	3,000,000円	15,000,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		186,385円	185,561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 右記は1割負担額を計上しています。また、加算給付により変更あり。		0円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	59,241円	59,241円
		管理費	77,760円	99,360円
		介護費用	10,000円	0円
		光熱水費	1,620円	2,160円
		その他	11,542円	24,800円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	なし
敷金	なし
介護費用	介護保険サービスの自己負担額は含まない。(主におむつ代が必要)
管理費	ア.事務管理部門の人件費・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・事務費、目的施設の維持管理費です。 イ.管理費対応の費用の詳細は別に定める入居一時金等の算定根拠資料に明示しています。
食費	ア.食費は、食材費、栄養士、その他食事部門の人件費、設備・備品代(調理器具・食器)です。 イ.月額59,241円/1人(1日3食で31日の場合)この金額は定食の金額です。 ウ.メニューの選択により金額が変わりますので、ご了承下さい。 エ.特別なメニューを御希望される場合は申し出をしてください。実費に

	<p>て提供させていただきます。</p> <p>オ. 根拠は別紙により明示しています。</p>																				
光熱水費	<p>ア. 個別の外部契約（電気、電話等）による実費負担。</p> <p>イ. 水道代は、給水・給湯費に含みます。</p>																				
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	<p>・別添の有料老人ホーム・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によります。</p> <p>ア. 紙おむつ、紙パンツ、使い捨て手袋などの費用、別に定める「おむつ代等一覧表」により負担をしていただきます。</p> <p>イ. 要介護者等以外の入居者（自立）に対する生活支援サービス このサービスは管理費で賄っていきます。</p> <p>ウ. 補助具について 原則、当施設に設置している補助具を利用させていただきますが、入居者の方の好みの物を使用されても結構です。この場合の購入費用は個人負担になります。</p> <p>エ. おやつ代 ⇒ 実費負担をしていただきます。</p> <p>オ. 入浴回数 当施設での標準的入浴回数は週に3回となっておりますが、身体状況（汗も、汚れなど）や医師の指示がある場合には、この回数を超えて入浴することが可能です。この場合の費用は介護保険給付で賄います。</p> <p>カ. 洗濯回数 当施設での標準的洗濯回数は週に2回となっておりますが、汚れ物が著しく多く出た場合で着替えがない場合に限り、この回数を超えて洗濯をいたします。この場合の費用は介護保険給付で賄います。</p> <p>キ. 居室清掃 当施設での標準的居室清掃回数は週1回となりますが、著しく汚れた場合に限り、この回数を超えて居室清掃をいたします。この費用は介護保険給付で賄います。</p> <p>ク. 要介護認定等申請手続きの援助又は、代行を致します。</p>																				
その他のサービス利用料	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">① 生活支援サービス費 ⇒ 都度払い（この表の金額は変更になることがあります。）</td> </tr> <tr> <td>ア. 入浴介助（一般、特浴、清拭）</td> <td>1回2,160円</td> </tr> <tr> <td>イ. 通院介助（市外医療機関）</td> <td>1時間あたり1,080円</td> </tr> <tr> <td>ウ. 居室清掃</td> <td>1回1,080円</td> </tr> <tr> <td>エ. リネン交換</td> <td>1回1,080円</td> </tr> <tr> <td>オ. 日常の洗濯（自室の洗濯機使用）</td> <td>1回540円</td> </tr> <tr> <td>カ. " (施設の洗濯機使用)</td> <td>1回648円</td> </tr> <tr> <td>キ. 居室への食事のルームサービス（配膳・下膳）</td> <td>1回216円</td> </tr> <tr> <td>ク. おやつ</td> <td>1か月1,542円</td> </tr> <tr> <td>ケ. 買い物代行（市内に限定）</td> <td>1回540円</td> </tr> </table>	① 生活支援サービス費 ⇒ 都度払い（この表の金額は変更になることがあります。）		ア. 入浴介助（一般、特浴、清拭）	1回2,160円	イ. 通院介助（市外医療機関）	1時間あたり1,080円	ウ. 居室清掃	1回1,080円	エ. リネン交換	1回1,080円	オ. 日常の洗濯（自室の洗濯機使用）	1回540円	カ. " (施設の洗濯機使用)	1回648円	キ. 居室への食事のルームサービス（配膳・下膳）	1回216円	ク. おやつ	1か月1,542円	ケ. 買い物代行（市内に限定）	1回540円
① 生活支援サービス費 ⇒ 都度払い（この表の金額は変更になることがあります。）																					
ア. 入浴介助（一般、特浴、清拭）	1回2,160円																				
イ. 通院介助（市外医療機関）	1時間あたり1,080円																				
ウ. 居室清掃	1回1,080円																				
エ. リネン交換	1回1,080円																				
オ. 日常の洗濯（自室の洗濯機使用）	1回540円																				
カ. " (施設の洗濯機使用)	1回648円																				
キ. 居室への食事のルームサービス（配膳・下膳）	1回216円																				
ク. おやつ	1か月1,542円																				
ケ. 買い物代行（市内に限定）	1回540円																				

コ. 同行サービス (市内に限定)	1時間につき 1,080円
サ. 金銭管理	1か月 1,080円
シ. 入退院時の同行 (市外医療機関)	1時間につき 1,080円
ス. 治療食 (加算額)	1食 52円
② その他サービス費 ⇒ 都度払い (この表の金額は変更になることがあります。)	
ア. 体験入居 (自立) 食事別途	1泊につき 4,628円
イ. 体験入居 (要支援・介護) 食事別途	1泊につき 7,200円
ウ. ゲストルーム滞在 (中学生以上)	1泊につき 4,628円
エ. ゲストルーム滞在 (小学生)	1泊につき 3,085円
オ. 体験入居及びゲストの食事代	朝⇒524円、昼⇒637円 夕⇒750円
カ. コピー代	1枚10円、カラーコピー代1枚30円 (両面は2枚と計算)
キ. FAX代	1枚20円
ク. コインランドリー	洗濯機1回200円、乾燥機30分100円
ケ. ふとんの貸出	1泊1組につき 540円
コ. 駐車場代	1か月 5,140円
サ. 加湿器貸出	1か月 1,020円
シ. コーヒー、紅茶 ⇒	各1杯100円 (喫茶コーナー)

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

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	・要介護度 (要支援含む) に応じて介護費用の1割を徴収します。年間の所得状況により2割負担になる方がいます。
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)	ア. 介護保険制度における人員配置が手厚い場合とは、要介護者等の数が2.5又はその端数を増すごとに1人以上の直接処遇員(看護・介護職員)が配置されていることとされています。 イ. 当施設では、この手厚い人員配置(2.5:1以上)にそってサービス提供をしておりますが、この費用は介護保険給付で賄います。
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領)

算定根拠		<p>ア. 入居一時金は、老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品の受領に該当しません。</p> <p>イ. 事業費（施設の開発費、土地代、建設費、大規模修繕等修繕費、借入利息等）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</p> <p>ウ. 入居一時金の算定にあたっては、平均寿命等を勘案して設定しています。これは厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡（平成24年3月16日付）で示された算式と同じ考え方です。</p>
想定居住期間（償却年月数）		ア. 別に定める入居一時金等の算定根拠資料に明示しています。
償却の開始日		ア. 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）		0円
初期償却率		0%
返還金の算定方法	入居後3か月以内の契約終了	<p>ア. 当施設の入居一時金は日額償却になりますので、返還金計算方式は契約終了時返還金の算定方法と同じになります。</p> <p>イ. $返還金 = (入居一時金 \div 入居金償却期間日数「想定居住期間」) \times (契約終了日から償却期間満了日までの日数)$</p>
	入居後3か月を超えた契約終了	ア. $返還金 = (入居一時金 \div 入居金償却期間日数「想定居住期間」) \times (契約終了日から償却期間満了日までの日数)$
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	
	4 全国有料老人ホーム協会	<p>ア. 保全先 ⇒ 入居者生活保証制度（公益社団法人全国有料老人ホーム協会）</p> <p>イ. 当社がこの保証制度に個別入居者の拠出金を支払うことにより、万一倒産等に至り、入居者のすべてが退去せざるを得なくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間終了後でも保証金として、500万円が支払われます。</p>
	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	24人
	女性	56人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	6人
	75歳以上85歳未満	22人
	85歳以上	51人
要介護度別	自立	20人
	要支援1	7人
	要支援2	6人
	要介護1	14人
	要介護2	14人
	要介護3	5人
	要介護4	10人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	9人
	1年以上5年未満	42人
	5年以上10年未満	26人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	86.4歳
入居者数の合計	80人
入居率*	88.8%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	2人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	11人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	2人

	(解約事由の例) 金銭面、回復が見込めない、自宅へ戻るなど。
--	-----------------------------------

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)

窓口の名称	○ 窓口担当者：黒柳達也 解決責任者：澤地 里美 ア. ご利用時間 担当者勤務日における8時30分から17時30分 となりますが、事情により即時対応できない場合があります。 イ. ご利用方法 電話（下記参照）又は面接（随時） ウ. その他 提案箱（フロント、1Fロビー前）を設置しています。 オ. 苦情を申し出たことによる不当な差別は行いません。	
電話番号	・ 0557-35-3022	
対応している時間	平日	・ 8時30分から17時30分
	土曜	・ 状況により可
	日曜・祝日	・ 状況により可
定休日	・ 毎月の勤務表により定める。	

(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	(その内容) ア. 日新火災海上保険株式会社の「賠償責任保険」に加入。
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容) ア. 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。 イ. 通常サービス（介護サービス含む）提供行為で事業者の責めに及ばない事故や不可抗力による場合を除き速やかに利用者に対して損害を賠償します。 ウ. 但し、利用者に故意又は重大な過失がある場合は損害額を減ずることができます。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし
高齢者の急変について	ア. 高齢者の方は日々元気で過ごされていても、機能低下等の影響や病状が悪化して突然に急変することがしばしばあります。 イ. 私どもはその急変に出来る限りの対応をさせていただ	

	きます。しかしながら万が一のことも予想されますので、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。
高齢者のリスクについて	<p>ア. 高齢者のみなさんは年齢に伴う機能低下がありますので、今までの家に住んでいて生じるリスクは施設においても同じリスクがあります。転倒したり、骨折したりすることは家でも施設でも十分考えられます。</p> <p>イ. 実際には限られた人員配置のなかで介護せざるを得ないこと及び全ての介護サービス提供時間帯において利用者1人に対して職員1人の割合の人員体制はとれませんのでご理解をいただきたいと思ひます。</p> <p>ウ. ご家族等との情報共有の中で利用者のリスク予防策がとれることでもありますのでご協力をお願いいたします。</p>
非常災害対策	<p>ア. 非常災害が発生した場合、施設は「消防計画」に従い、利用者の避難等について適切な処置を講じます。</p> <p>イ. 非常時に備え、定期的に避難訓練等を行います。利用者の方も参加して実施します。</p> <p>ウ. スプリンクラー、自動火災報知器、避難階段、誘導灯などの防災設備は法令に準拠しています。</p>

(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	・平成28年 8月31日
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	・平成28年11月23日
		評価機関名称	・特定非営利活動法人福祉経営ネットワーク
		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	<p>1 入居希望者に公開 (ホームページ)</p> <p>2 入居希望者に交付</p> <p>3 公開していない</p>
管理規程	<p>1 入居希望者に公開 (ホームページ)</p> <p>2 入居希望者に交付</p> <p>3 公開していない</p>
事業収支計画書	<p>1 入居希望者に公開</p> <p>2 入居希望者に交付</p> <p>3 公開していない</p>
財務諸表の要旨	<p>1 入居希望者に公開 (ホームページ)</p> <p>2 入居希望者に交付</p> <p>3 公開していない</p>

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2回程度				
	2 なし				
	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 代替措置なし</td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)	2 代替措置なし	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (状況により他の専門施設への住み替えあり)				
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	なし。				
不適合事項がある場合の内容					

※ 添付書類は別添のとおりです。

入居予定者 _____様

入居予定者 _____様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____

説明を受けた者の署名 _____

説明を受けた者の署名 _____

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		
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		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	サンリッチ伊東	伊東市岡171-2
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		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	サンリッチ伊東	伊東市岡171-2
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		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無						なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			備考	
			包含※2	都度※2	料金※3		
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		○	1枚 81円～134円
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	2,160 1回の金額、ただし週3回までは保険で
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	2,160 1回の金額、ただし週3回までは保険で
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり			協力医療機関及び周辺医療機関
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1,080 1回の金額、ただし週1回までは保険で
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1,080 1回の金額、ただし週1回までは保険で
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	648 1回の金額、ただし週2回までは保険で
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		○	実費負担
おやつ			なし	あり		○	実費負担
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	540 週1回までは介護保険で(周辺地域)
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			管理費にて対応
金銭・貯金管理			なし	あり		○	1,080 1か月あたり
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			年2回、管理費にて対応
健康相談	なし	あり	なし	あり			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			管理費にて対応
服薬支援	なし	あり	なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			
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			協力医療機関及び周辺医療機関(管理費)
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			協力医療機関及び周辺医療機関(管理費)
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			協力医療機関及び周辺医療機関(管理費)
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			協力医療機関及び周辺医療機関(管理費)

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わります。（1割又は2割の利用者負担）。※2：都度払いの場合、可能な限り1回あたりの金額など、単位を明確に記入するようにしています。

※3：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの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○を記入しています。