

伊豆ヘルス・ケアマンション 重要事項説明書

記入年月日	平成29年08月10日
記入者名	小柴和馬
所属・職名	営業部・部長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) いずへるす・けあ (か) 伊豆ヘルス・ケア株式会社	
主たる事務所の所在地	〒413-0302 静岡県賀茂郡東伊豆町奈良本 1405	
連絡先	電話番号	0557-23-0666
	FAX番号	0557-22-0333
	ホームページアドレス	http://www.izu-hcm.com/
代表者	氏名	山根春作
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和63年10月19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) いずへるす・けあまんしょん 伊豆ヘルス・ケアマンション	
所在地	〒413-0302 静岡県賀茂郡東伊豆町奈良本 1405	
主な利用交通手段	最寄駅	伊豆急行線「伊豆熱川」駅 下車
	交通手段と所要時間	当施設シャトルバス利用の場合 ・ 駅よりバス利用で乗車約10分。駅より2.7km
連絡先	電話番号	0557-23-0666
	FAX番号	0557-22-0333
	ホームページアドレス	http://www.izu-hcm.com/
管理者	氏名	加部純夫

	職名	施設長
	建物の竣工日	平成03年12月13日
	有料老人ホーム事業の開始日	平成03年12月13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	① 一般型特定施設入居者生活介護事業所の指定 ② 介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指 定（共通）第 2270100155 号
	指定した自治体名	静岡県
	事業所の指定日	① 平成 12 年 3 月 1 日 ② 平成 18 年 4 月 15 日
	指定の更新日（直近）	① 平成 26 年 4 月 1 日 ② 平成 24 年 4 月 15 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	32,471.68㎡（9822.68坪） 【本館エリア 24,856.21㎡（7,519坪） 介護棟エリア 7,615.47㎡（2,303.67坪）】	
	所有関係	本館エリア 24,856.21㎡（7,519坪） ㈱東伊豆開発システム<<伊豆ヘル ス・ケア㈱100%出資>>所有。（賃貸借）	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 平成 10 年 3 月 20 日～より 15 年間の契約、 以後 1 年毎の自動更新で契約。賃貸期間は入 居者との間で入居契約書を締結した時から 契約が終了する時までの延長となります。
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	24,856.21㎡の内 ㈱東伊豆開発システム持分 1,055,228/1,067,159（約 98.9%） 他区分所有者 1 戸 持分 11,931/1,067,159（約 1.1%） 介護棟エリア 7,615.47㎡（2,303.67坪） ㈱大同ビル所有。建物 2 階部 分を介護棟エリアとして賃貸。		

建物	延床面積	全体	20,613.14㎡(介護棟518.50㎡含む)			
		うち、老人ホーム部分	20,613.14㎡(介護棟518.50㎡含む)			
耐火構造	<input checked="" 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 ()					
構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄骨鉄筋コンクリート造地上15階建(A棟、B棟) <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄筋コンクリート造地上3階建(コテージ棟・介護棟) <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()					
所有関係	本館；(株)東伊豆開発システム<<伊豆ヘルス・ケア(株)100%出資>>所有。(賃貸借)					
		抵当権の有無 契約期間 契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし 平成10年3月20日～より15年間の契約、以後1年毎の自動更新で契約。賃貸期間は入居者との間で入居契約書を締結した時から契約が終了する時までの延長となります。	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし 20,094.64㎡の内 (株)東伊豆開発システム持分 1,055,228/1,067,159 (約98.9%) 他区分所有者1戸 持分 11,931/1,067,159 (約1.1%)		
	介護棟；(株)大同ビル所有。建物2階部分を介護棟として賃借。					
		抵当権の有無 契約期間 契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし 平成22年1月30日～より10年間の契約、以後2年毎の自動更新で契約。賃貸期間は入居者との間で入居契約書を締結した時から契約が終了する時までの延長となります。	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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				
		<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	戸数・室数	区分※
	タイプA	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	42.00㎡	18	一般居室個室
	タイプB	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	46.45㎡	18	一般居室個室
タイプC	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	64.87㎡	17	一般居室個室	
タイプD	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	67.55㎡	34	一般居室個室	

	タイプE	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	74.60 m ²	1	一般居室個室
	タイプF	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	74.60 m ²	1	一般居室個室
	タイプG	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	76.80 m ²	3	一般居室個室
	タイプH	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	92.02 m ²	3	一般居室個室
	タイプI	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	92.02 m ²	9	一般居室個室
	タイプJ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	95.83 m ²	7	一般居室個室
	タイプK	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	97.81 m ²	3	一般居室個室
	タイプL	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	105.11 m ²	8	一般居室個室
	タイプM	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	124.84 m ²	9	一般居室個室
	タイプN	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	128.05 m ²	6	一般居室個室
	タイプ介護A	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.00 m ²	4	介護居室個室
	タイプ介護B	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	19.25 m ²	3	介護居室個室
	タイプ介護C	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	22.05 m ²	2	介護居室個室
共用施設	共用便所における 便房	11ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	11ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	4ヶ所	チェアー浴	2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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2	なし		
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応) 4基	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応) 3基		
	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	<input type="checkbox"/> 4	なし		
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
その他	サークル活動、機能訓練室、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	地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たして行く。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関との連携により、機能訓練設備を用いて専門職による自立支援のサポートを行う。
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 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"/> 1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(II)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(III)		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1	
	2 なし		

(医療提携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
		<input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（夜間の宿直医又はオンコール状態の確保）	
提携医療機関	1	名称	豊寿園温泉医院（伊豆ヘルス・ケアに併設）
		住所	静岡県賀茂郡東伊豆町奈良本 1405
		診療科目	内科、外科、整形外科、リハビリテーション科等

		提携内容	年2回の健康診断実施、日常医療、健康相談、往診
--	--	------	-------------------------

(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 ※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 3 その他 ()	
判断基準の内容	緊急介護又は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は求める場合があります。	
手続きの内容	① ホームが指定する医師の意見を聴く。 ② 概ね3ヶ月間の観察期間を置く。 ③ 本人・身元引受人の同意を得る。	
追加的費用の有無	静養室の場合；なし 介護棟の場合；あり	
居室利用権の取扱い	静養室の場合；契約継続 介護棟の場合；これまでの契約は終了	
前払金償却の調整の有無	静養室の場合；契約継続 介護棟の場合；あり	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) <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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	入居時満65歳以上。自立している方（要支援者であっても自分で公共機関を利用でき、入浴・排泄・食事ができる方）	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した時。 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		3ヶ月

体験入居の内容	1 あり（内容：空室がある場合、1泊食事付（6,000円＋税） 2 なし
入居定員	189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

（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	1.0
生活相談員	2	2	0	2.0
直接処遇職員				
介護職員	18	15	3	14.0（内、自立者対応2.5名）
看護職員	5	4	0	4.1
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	1	1	0	1.0
調理員	10	10	0	10.0
事務員	5	4	1	4.2
その他職員	35	31	4	31.6
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		
		常勤	非常勤
社会福祉士	1	1	0
介護福祉士	11	10	1
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	17	15	2
介護支援専門員	1	1	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	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19時 ~ 7時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	1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 <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)	1.33 : 1

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし					
	業務に係る資格等		1あり							
	資格等の名称									
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0
前年度1年間の退職者数	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0

業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0
	1年以上 3年未満	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	6	0	0	0	1	0	0	0
	10年以上	2	0	4	0	2	0	0	0	0	0
	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 *昼・夕の月極契約の食費は返金あり。 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	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（本館Dタイプ）	要介護（介護棟Bタイプ）
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	67.55 m ²	19.25 m ²
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無

	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	38,500,000円	5,400,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		220,068円	249,588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	0円	
	介護保険外※ ²	食費	76,788円	64,800円
		管理費	112,460円	152,388円
		介護費用	(自立ホーム費) 25,650円	(上乗せ介護費) 32,400円
		床暖房、光熱、水道費	7,170円	(管理費含む) ※床暖房なし
その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有		
<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（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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物の賃借料、設備備品費、借入利息、等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	無し
介護費用	<ul style="list-style-type: none"> ・(自立) 介護費：自立者に対する一時的介護費用 ・(要支援・要介護) 上乗せ介護費：長期推計に基づき、要介護者等2.5人に対し週40時間換算で介護・介護職員を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って賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。
管理費	共用施設の維持管理費・修繕費・事務管理部門、生活支援サービスの人材費・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。(本館；床暖房費・水道代は月額費用に含む。介護棟；管理費に含む。)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2

(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	基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担。
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）	(前掲)

(前払金の受領)

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）		自立 180 ヶ月／要介護 60 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）		自立＝入居一時金×14.5% 要介護＝均等償却
初期償却率		自立 14.5%／要介護（均等償却）
年齢限定 10 年償却方式あり（満 78 才以上の方、2 人入居の場合両者 78 才以上。居室限定。）		
想定居住期間（償却年月数）		自立 120 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）		自立＝入居一時金×20%
初期償却率		自立 20%
返還金の算定方法	入居後 3 ヶ月以内の契約終了	<ul style="list-style-type: none"> ・入居一時金－（入居一時金－初期償却額）÷想定居住月数÷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する。 ※月額利用料については日割計算で受領します。
	入居後 3 ヶ月を超えた契約終了	<ul style="list-style-type: none"> ・（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）÷（入居日から想定居住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 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) 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。	
	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	57 人
	女性	111 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	15 人
	75 歳以上 85 歳未満	70 人
	85 歳以上	82 人
要介護度別	自立	140 人
	要支援 1	5 人
	要支援 2	3 人
	要介護 1	6 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	3 人
	要介護 4	5 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	4 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	32 人
	10 年以上 15 年未満	38 人
	15 年以上	43 人

(入居者の属性)

平均年齢	83.3 歳
入居者数の合計	168 人
入居率*	88.9%
※ 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) 平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日

退去先別の人数	自宅等	9 人
	社会福祉施設	1 人
	医療機関	1 人
	死亡者	8 人
	その他	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人

況		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	1 1 人
		(解約事由の例) 親族からの誘い等あり自宅や近辺の施設に転居。

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		① 伊豆ヘルス・ケアマンション 支配人又は副支配人 ② 静岡県 東伊豆町役場 健康づくり課 ③ 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
電話番号		① TEL 0 5 5 7 - 2 3 - 0 6 6 6 ② TEL 0 5 5 7 - 9 5 - 6 2 0 4 ③ TEL 0 3 - 3 5 4 8 - 1 0 7 7
対応している 時間	平日	1 0 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝祭日

(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	(その内容) 東京海上日動火災保険の「賠償責任保険制度」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) 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	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	1 あり	実施日	平成 16 年 10 月 14 日
		結果の開示	1 あり (館内掲示) 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 19 年 4 月 1 日 ~ 平成 19 年 月 30 日
		評価機関名称	有限会社 システムデザイン研究所
		結果の開示	1 あり (館内掲示) 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 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 :) 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	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 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 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	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)	

性	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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
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）

説明年月日 平成 年 月 日

伊豆ヘルス・ケア株式会社
代表取締役 山 根 春 作

説明者氏名

入居者署名： 住 所

氏 名 _____ (印)

身元引受人署名： 住 所

氏 名 _____ (印)

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		
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	伊豆ヘルス・ケア アマンション	静岡県賀茂郡東伊豆町奈良本140 5
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	伊豆ヘルス・ケア アマンション	静岡県賀茂郡東伊豆町奈良本140 5
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）		包含※2	都度※2	料金※3	備考 「※」：自立者へ「介護費」で提供する一時的介護サービス
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○		月額に含む	保険給付＋上乘せ介護 ※
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		○	200円/枚	自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1,500円/回	週3回まで介護保険で提供し、希望により週4回目を実費で提供 ※
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	同上	保険給付＋上乘せ介護 ※
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋加算給付 ※
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋加算給付 ※
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	500円/15分	① 協力機関週1回保険給付で、週2回目は実費で提供 ※ ② 協力機関以外 実費で実施 ※
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			ケアプランにより週3回まで実施 ※
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			同上 ※
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			同上 ※
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				ケアプランにより実施 ※
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		○	200円/日	要介護者のみ
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	3000円~/回	外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	200円/回	指定場所週2回以上はケアプランにより実費で実施 ※
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	200円/回	必要に応じ月1回以内で実施 ※
金銭・貯金管理			なし	あり	○			必要に応じ管理費で実施
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○		希望により年2回、自己負担
健康相談	なし	あり	なし	あり				適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施（管理費・食費）
服薬支援	なし	あり	なし	あり				適宜実施 ※

生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				適宜実施	※
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				※交通費等を受領する有償運送は道路運送法違反となる。	
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			町内の医療機関の場合に適宜実施。(管理費)	
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				町内の医療機関の場合に適宜実施。(管理費)	
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				町内の医療機関の場合に適宜実施。(管理費)	

※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。