

やすらぎ梅寿園 重要事項説明書

| | | | |
|------|-------|-------|-------------|
| 記入者名 | 武藤 邦彦 | 記入年月日 | 平成28年 4月 1日 |
| | | 所属・職名 | 施設長 |

1. 事業主体概要

| | | | |
|---------------------------------|------------|---|--|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
| 事業主体の名称 | 法人等の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| | 名称 | (ふりがな) しゃかいふくしほうじん しんあいかい 社会福祉法人 親愛会 | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒310-0851 | 茨城県水戸市千波町2770-16 | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 029-243-5322 | |
| | FAX番号 | 029-243-5765 | |
| | ホームページアドレス | なし あり: http://www.shinaikai.or.jp | |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 武藤 邦彦 | |
| | 職名 | 理事長 | |
| 事業主体の設立年月日 | 昭和48年2月22日 | | |

| | | | |
|---------------------------|--|--|--------------------------------|
| 事業主体が当該都道府県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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | ヘルプサービスみどりおか 水戸市見川町1820-16 |
| 訪問入浴介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 訪問リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | デイ緑岡(他4ヶ所) 水戸市見川町1820-17 |
| 通所リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 短期入所生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | ショートステイ梅寿園(他2ヶ所) 水戸市見川町1820-17 |
| 短期入所療養介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | グランドホームとんぼ 東茨城郡茨城町中石崎 2651-1 |
| 福祉用具貸与 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | ライフ緑岡 水戸市見川町1820-17 |
| 特定福祉用具販売 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | ライフ緑岡 水戸市見川町1820-17 |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 夜間対応型訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 認知症対応型通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | ウイステリア倶楽部 茨城町前田1707-349 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 複合型サービス | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 居宅介護支援 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | 介護支援センター緑岡(他2所) 水戸市見川町1820-17 |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | ヘルプサービスみどりおか 水戸市見川町1820-16 |
| 介護予防訪問入浴介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 介護予防訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |

| | | | | |
|------------------|----|----|-------------------|------------------|
| 介護予防通所介護 | あり | なし | デイ緑岡(他4ヶ所) | 水戸市見川町1820-17 |
| 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 | ショートステイ梅寿園(他2ヶ所) | 水戸市見川町1820-17 |
| 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 | グランドホームとんぼ | 東茨城県茨城町中石崎2651-1 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | ライフ緑岡 | 水戸市見川町1820-17 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | ライフ緑岡 | 水戸市見川町1820-17 |
| <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 | 介護支援センター緑岡 | 水戸市見川町1820-17 |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | ケアステーション梅寿園(他1か所) | 水戸市見川町1820-17 |
| 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 | | |

2. 施設概要

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | | |
| 施設の名称 | (ふりがな) やすらぎばいじゅえん やすらぎ梅寿園 | | | |
| 施設の所在地 | 〒310-0913 茨城県水戸市見川町1820-17 | | | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 029-241-1210 | | |
| | FAX番号 | 029-241-1210 | | |
| | ホームページ | なし | | |
| | アドレス | あり : http://www.shinaikai.or.jp | | |
| 施設の開設年月日 | 昭和62年4月14日 | | | |
| 施設の管理者の氏名 及び職名 | 氏名 | 武藤 邦彦 | | |
| | 職名 | 施設長 | | |
| 施設までの主な利用交通手段 | | | | |
| JR常磐線水戸駅下車、北口より関東鉄道バスときわ台団地入口行き終点下車、徒歩約5分(400m)、常磐自動車道水戸インターより約7km(約15分) | | | | |
| 施設の類型及び表示事項 | ○類型：介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護） ○居住の権利形態：利用権方式 ○利用料の支払い方式：一時金方式 ○入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護 ○介護保険：茨城県指定介護保険特定施設、介護予防特定施設 ○介護居室区分：相部屋あり（1人部屋～3人部屋） ○介護に関わる職員体制：2.5：1 | | | |
| 介護保険事業所番号 | 特定施設入居者生活介護事業所 茨城県指定第0870100641号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 茨城県指定0870100641号 | | | |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日） | | | | |
| 事業の開始（予定）年月日 | 平成12年3月10日 | | | |
| 指定の年月日 | 平成12年3月10日 | | | |
| 指定の更新年月日 | 平成12年3月10日 | | | |

3. 従業者に関する事項

| | | | | | | |
|--------------------|----|-----|-----|-----|----|--------|
| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
| 有料老人ホームの人数及びその勤務形態 | | | | | | |
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|-----|--------------------|-----|----|-------------------|
| 施設長 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0.2 |
| 生活相談員 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| 看護職員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 (内自立対応0.3) |
| 介護職員 | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 | 5.8 (内自立者対応1) |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 計画作成担当者 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0.2 (生活相談員が兼務) |
| 栄養士 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 (併設施設と兼務) |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40時間 |
| <p>※ 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。</p> | | | | | | |
| 従業者である介護職員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護福祉士 | 4 | 0 | 0 | 0 | | |
| 実務者研修 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護職員初任者研修 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 介護支援専門員 | 0 | 1 | 0 | 0 | | |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 看護師及び准看護師 | 2 | 0 | 0 | 0 | | |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数 | | | | | | |
| 人数 | 夜勤帯平均人数 (16時30分～9時30分) | | 最少時人数 (休憩者等を除く) | | | |
| 看護職員 | 0 | | 0 | | | |
| 介護職員 | 1 | | 1 | | | |
| 特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 生活相談員 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| 看護職員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.7 |

| | | | | | | |
|---|---------|-----|---------------|---------|-------|-------------------|
| 介護職員 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4.8 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 計画作成担当者 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0.2 (生活相談員が兼務) |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40時間 |
| ※ 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。 | | | | | | |
| 従業者である介護職員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | | 非常勤 | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 実務者研修 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護職員初任者研修 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 介護支援専門員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | | 非常勤 | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 看護師及び准看護師 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 管理者の他の職務との兼務の有無 | | | | | | あり |
| 管理者が有している当該業務に係る資格等 | なし | あり | 資格等の名称 施設士 | | | |
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合（要介護者の数に対する介護・看護職員の配置比） | | | | | | 61.1% (1.6:1) |
| 従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等 | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
| | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 10年以上の者の人数 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| | 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 |

| | | | | |
|----------------|---|---|---------------|----|
| 前年度1年間の採用者数 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10年以上の者の人数 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | なし | あり |

4. サービスの内容

| | | | | |
|---|--|---------------|--|---------------|
| 施設の運営に関する方針 | | | | |
| 入居者様、そのご家族様に満足して頂ける介護の実践と共に、信頼関係を築く。 | | | | |
| 介護サービスの内容、利用定員等 | | | | |
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無 | なし | | | あり |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | | | あり |
| 医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | | | あり |
| 看取り介護加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | | | あり |
| 介護職員処遇改善加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | | | あり |
| サービス提供体制強化加算 | なし | | | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | なし | | | あり |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況 | | | | 別紙 |
| 協力医療機関の名称 | 医療法人圭友会 山手クリニック | | | |
| (協力の内容) | 内科、外科、麻酔科 茨城県日立市千石町2-13-3 ホームから約30km（約40分） 医師の派遣、健康相談、看護指導、他の機関に入院・受診する場合の紹介 | | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | あり | | その名称 尾山歯科医院 |
| (協力の内容) | 歯科 茨城県水戸市千波町2270-3 ホームからやく600m（約3分） 往診、及び通院による診療協力 | | | |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | | |
| 要介護時に介護を行う場所 | | | | |
| 一般居室（軽度の介護等）、介護居室、一時介護居室 | | | | |
| 入居後に居室を住み替える場合 | | | | |
| 一時介護室へ移る場合 | | | | |
| 判断基準・手続について | | | | |
| (その内容) 入居者に対して、より適切な介護等を提供するために必要と判断した場合 事業所が指定する医師の意見を聴く、入居者の意思を確認する、入居者の 身元引受人等に意見を聴く等、書面にて確認する。 | | | | |
| 追加的費用の有無 | | なし | | あり |
| 居室利用権の取扱い | | | | |
| (その内容) 一時的に利用する共用施設であり、居室の利用権に変更はない。 | | | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | | なし | | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | | なし | | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | | | |
| 便所の変更の有無 | | なし | | あり |

| | | | |
|--|---|--|---------------|
| | 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| | 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| | 台所の有無 | なし | あり |
| | その他の変更の有無 | なし | あり |
| | (その内容) 室内全体の仕様が異なる。 | | |
| | 介護居室へ移る場合 | | |
| | 判断基準・手続について | | |
| | (その内容) 入居者に対してより適切な介護等を提供するために必要と判断した場合、緊急やむをえない場合を除いて、一定の観察期間を設ける。住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、占有面積の変動に伴う費用負担の増減について、入居者及び身元引受人に説明、同意を得る。 | | |
| | 追加的費用の有無 | なし | あり |
| | 居室利用権の取扱い | | |
| | (その内容) 一般居室の権利は消滅する。 | | |
| | 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| | 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| | 従前居室との仕様の変更 | | |
| | 便所の変更の有無 | なし | あり |
| | 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| | 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| | 台所の有無 | なし | あり |
| | その他の変更の有無 | なし | あり |
| | (その内容) 一般居室から介護居室への住み替えの場合、室内全体の使用が異なる。 | | |
| | その他 () | なし | あり |
| | 判断基準・手続について | | |
| | (その内容) | | |
| | 追加的費用の有無 | なし | あり |
| | 居室利用権の取扱い | | |
| | (その内容) | | |
| | 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| | 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| | 従前居室との仕様の変更 | | |
| | 便所の変更の有無 | なし | あり |
| | 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| | 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| | 台所の有無 | なし | あり |
| | その他の変更の有無 | なし | あり |
| | (その内容) | | |
| | 施設の入居に関する要件 | | |
| | 自立している者を対象 | なし | あり |
| | 要支援の者を対象 | なし | あり |
| | 要介護の者を対象 | なし | あり |
| | 留意事項 | 概ね60歳以上。(2人入居の場合はどちらかが60歳以上) | |
| | 契約の解除の内容 | 『契約の終了』 1、入居者が志望したとき。(2名の場合はどちらも死亡した場合) | |

| | |
|---------|---|
| | <p>2、事業者が第29条に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき（予告期間90日）</p> <p>3、入居者が第30条に基づき解約を行ったとき（予告期間30日）</p> <p>『事業者からの契約解除』</p> <p>事業者は次のいずれかに該当し、且つそのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持する事が、社会通念上著しく困難と認められる場合に、90日間の予告期間において契約を解除することがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居契約書に虚偽の事項を掲載する等の不正手段により入居した時 ・月払いの利用料その他の支払いを、正当な理由無くしばしば遅滞 ・入居契約書第20条の規定（禁止・制限）に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、またはその危害の切迫した恐れがあり、かつ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とき。 <p>『入居者からの解約』</p> <p>入居者は、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することが出来る。</p> |
| 体験入居の内容 | 入居後と同等のサービスを提供 一泊3, 780円 食事一食650円 |
| 入居定員 | 33名 |
| その他 | <p>『短期解約特約』</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業者は、老人福祉法施行規則に従って短期解約特例を定め、入居後3月が経過するまで(入居日の翌日から平成 年 月 日まで)の間に契約が解除または死亡により終了する場合に対応します。 ・本契約における目的施設の1日当たりの利用料は(A型2, 395円、B型3, 080円、C型1, 232円、D型1, 369円)です。これは、入居一時金のうち返還対象部分を、1月30日として償却月数で割り返した額です。 ・入居一時金のうち非返還部分は、上記に関らず全額を無利息で返還します。 |

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|------------|------|------|------|------|------|----|
| 65歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 75歳以上85歳未満 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 6 |
| 85歳以上 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 8 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 合計 |
| 65歳未満 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 75歳以上85歳未満 | 1 | 0 | 0 | | | 1 |
| 85歳以上 | 2 | 0 | 1 | | | 3 |

入居者の平均年齢 86.3歳

入居者の男女別人数 男性 5名 女性 13名

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 54.5%

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|--------|------|------|------|------|------|----|
| 自宅等 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 社会福祉施設 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 医療機関 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 死亡者 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 合計 |
| 自宅等 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 社会福祉施設 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|---------------|--------------|---------------|----------------|
| | 医療機関 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| | 死亡者 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| | その他 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 入居者の入居期間 | | | | | | |
| | 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上 1年未満 | 1年以上 5年未満 | 5年以上 10年未満 | 10年以上1 5年未満 |
| | 入居者数 | 2 | 1 | 4 | 3 | 5 |
| 施設、設備等の状況 | | | | | | |
| 建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | | | なし | あり |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | | なし | あり |
| 居室の状況 | 区分 | | 室数 | 人数 | 1の居室の床面積 | |
| | 一般居室個室 | あり | なし | 1 2 | 2 4 | 32.5㎡~39.6㎡ |
| | 一般居室相部屋 | あり | なし | | | ㎡ |
| | | | | | | ㎡ |
| | | | | | | ㎡ |
| | 介護居室個室 | あり | なし | 3 | 3 | 9.54㎡ |
| | 介護居室相部屋 | あり | なし | 2 | 6 | ㎡ |
| | | | | | | 27.55㎡ |
| 一時介護室 | あり | なし | 1 | 3 | ㎡ | |
| | | | | | 27.55㎡ | |
| 共用便所の設置数 | | | | | | |
| | 1 | うち男女別の対応が可能な数 | | | | 1 |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | | 1 |
| 個室の便所の設置数 | 1 2 | 個室における便所の設置割合 | | | | 80% |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | | 1 |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | |
| | | 一般居室 1 2 | 1 | 2 | 1 | |
| | | 共用 1 | | (介護浴室) | (介護浴室) | |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 1階食堂(55.11㎡、32席)キッチンがあり無料使用可能 | | | | | |
| 入居者等が調理を行う設備状況 | | | | なし | あり | |
| その他、共用施設の設備状況 | | | | | | |
| なし | | あり (その内容) 談話室、ランドリー、多目的ホール(併設施設)、駐車場(有料) | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | |
| (その内容) 廊下に手すり設置、介護居室に段差なし、車椅子での移動可能 | | | | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | | なし | | 一部あり | | 各居室内にあり |
| 外線電話回線の設置状況 | | なし | | 一部あり | | 各居室内にあり |
| テレビ回線の設置状況 | | なし | | 一部あり | | 各居室内にあり |
| 施設の敷地に関する事項 | | | | | | |
| 敷地の面積 | | | 3.867㎡ | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | | 一部あり | | あり |
| 抵当権の設定 | | なし | | あり | | |
| 貸借(借地) | | | | | | |
| なし | | あり | | 契約期間 | 始 | 終 |
| 契約の自動更新 | | | | なし | | あり |
| 施設の建物に関する事項 | | | | | | |

| | | | | | |
|---------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 建物の構造 | | 鉄筋コンクリート造4階建 | | | |
| 建物の延床面積 | | 854.08㎡ | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> 一部あり | <input type="checkbox"/> あり | | |
| 抵当権の設定 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | | |
| 貸借（借家） | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 契約期間 | 始 | 終 |
| | | | 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

| | | | | | |
|----------|---|------------|--|--|--|
| 窓口の名称 | 苦情受付窓口（苦情処理担当者を定め、苦情処理体制を整備。入居者からの苦情には守秘義務を課し速やかに対応。苦情を申し出ることによる差別的な待遇は一切行わない。誠実に苦情解決に努め、経過を記録。苦情解決責任者：武藤 邦彦 苦情受付担当者：小松崎 孝男 第三者委員：名越 三郎、佐久間公明 | | | | |
| 電話番号 | 029-241-1210 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 | | | |
| | 土曜 | 9:00～17:00 | | | |
| | 日曜・祝日 | 9:00～17:00 | | | |
| 定休日等 | なし | | | | |

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

| | | | | | |
|----------|---|--------------------------|--|--|--|
| 窓口の名称 | ①（社）全国有料老人ホーム協会 ②茨城県国民健康保険団体連合会介護保険課 | | | | |
| 電話番号 | ①03-3272-3781 ②029-301-1565 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | ①10:00～17:00 ②9:00～17:00 | | | |
| | 土曜 | | | | |
| | 日曜・祝日 | | | | |
| 定休日等 | 土・日・祝日・年末年始等 | | | | |

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 type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | （その内容）あいおい損害賠償保険に加入しており、事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に害が生じた場合は、損害保険等の手配を行い、誠実に対応します。※但し天災等の不可抗力は除く |
|-----------------------------|--|--|

その他、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に関する事

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | （その内容）あいおい損害賠償保険に加入しており、介護サービス提供中に事故が発生し、入居者の生命、身体等に害が生じた場合は、損害保険等の手配を行い、誠実に対応します。 |
|-----------------------------|--|--|

サービスの提供内容に関する特色等

（その内容）当事業所は、まごころをこめて社会福祉法人が運営しております。それぞれの状況に応じた居室のタイプを選べ、家庭的な雰囲気の中でやすらぎのある生活を応援します。また、プロとして日常生活全般の介護をさせていただきます。

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 type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施した年月日 | 平成24年6月16日 | | |
| | | 当該結果の開示状況 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | |

第三者による評価の実施状況

| | | | | | |
|-----------------------------|--|-------------|-----------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施した年月日 | | | |
| | | 実施した評価機関の名称 | | | |
| | | 当該結果の開示状況 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | |

5. 利用料金

| | | | |
|-----------|---|--------------------------------|-------------------------------|
| 利用料の支払い方式 | <input checked="" type="checkbox"/> 一時金方式 | <input type="checkbox"/> 月払い方式 | <input type="checkbox"/> 選択方式 |
| 敷金 | 円（家賃の ヶ月分） | | |
| 一時金方式 | | | |

一時金及び月単位で支払う利用料

| 年齢に応じた金額設定 | | なし | あり | | |
|---|----------|--|----------|----------------|----------------|
| 要介護状態に応じた金額設定 | | なし | あり | | |
| 料金プラン | | | | | |
| プラン名称 | 一時金 | 月額 | | (内訳) | |
| | | 計 | 管理費 | 食費 (30日として) | 光熱水費 (見込み額) |
| 一般居室 A型 | 一人 | 一人 | 一人 | 一人 | 一人 |
| | 350万円 | 166,625円 | 97,000円 | 58,500円 | 10,800円 |
| 一般居室 B型 | 二人 | 二人 | 二人 | 二人 | 二人 |
| | 450万円 | 263,425円 | 133,000円 | 117,000円 | 13,100円 |
| 一般居室 C型 | 一人 | 一人 | 一人 | 一人 | 一人 |
| | 450万円 | 166,625円 | 97,000円 | 58,500円 | 10,800円 |
| 一般居室 D型 | 二人 | 二人 | 二人 | 二人 | 二人 |
| | 550万円 | 263,425円 | 133,000円 | 117,000円 | 13,100円 |
| 介護居室 C型 | 180万円 | 166,625円 | 97,000円 | 58,500円 | 6,500円 |
| 介護居室 D型 | 200万円 | 166,425円 | 97,000円 | 58,500円 | 6,500円 |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※別途介助料あり(介護サービス一覧表参照) | | | | | |
| 算定根拠 | 家賃相当額 | なし(将来にわたる家賃相当額の前払い金としてホームに支払われる入居一時金に含まれるため) | | | |
| | 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | |
| | 食費 | 食材費、食事部門の人件費、設備・備品代(調理具・食器等)等。 朝430円 昼・夕760円 | | | |
| | 光熱水費 | 電気、水道、給湯料は、これを供給する事業体の料金規程による。 見込み額10,800円(二人13,100円) | | | |
| | 管理費 | 共用施設等の維持・管理費、事務管理部門の人件費、及び事務費。要支援者・要介護者以外の入居者に対する日常生活支援サービス等にかかわる人件費。 97,000円(二人133,000円) | | | |
| | 一時金 | 地代、建設費、修繕費、借入れ利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間鑑定して算出。 ※前欄参照 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | | | |
| 償却開始日の設定 | | 入居日 | その他 | (入居日の翌日) | |
| 初期償却率(%) | 0% | | | | |
| 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 | 0円 | | | | |
| 権利金等(※)の額 | 0円 | | | | |
| (※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。 | | | | | |
| 償却年月数 (想定居住期間) | 4年(48ヶ月) | | | | |
| 契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例 | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者または返還金受取人に、契約終了日から償却期間満了日までの額を返還します。 (1人入居で契約が終了した場合) 入居一時金×償却期間の日数÷契約終了日から償却期間満了日までの日数 | | | | | |

(2人入居で一方の契約が終了する場合)

返還金はありません。

・償却期間を超える場合:返還金はありませんが、入居一時金の追加徴収もありません。

保全措置の実施状況

~~なし~~

あり

(保全先)

(社) 全国有料老人ホーム教会の入居者基金制度に加入。
当ホームが基金に個別入居者の拠出金を支払うことにより、万一倒産に至り、入居者の全てがたいきよせざるを得なくなり、且つ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間終了後においても、保証金として500万円が入居者に支払われる。

三月以内の契約終了による返還金について

三月の起算日

~~入居日~~

その他

(入居日の翌日)

契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法

入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合また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還する。但し利用期間に係る利用料を下記算定方式方法に基づき受領する。

一日あたりA型2,395円、B型3,080円、C型1,232円、D型1,369円および、本契約第24条から第26条に定める日割り計算の費用、同第31条に定める原状回復費用を差し引く。

一時金の支払方法

入居契約締結日後90日以内に振り込む。

月払い方式

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定

なし

~~あり~~

要介護状態に応じた金額設定

なし

~~あり~~

料金プラン

| プラン名称 | 月額 | (内訳) | | | | |
|-------|----|-------|------|----|------|-----|
| | 計 | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 管理費 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

算定根拠

家賃相当額

介護費用

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

食費

光熱水費

管理費

一時金方式・月払い方式共通

介護保険サービスの自己負担額

※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。

※1単位=10.27

| 区分 | 介護給付の単位 | 30日の目安分 | 代理受領時の自己負担分 |
|--|--|---------------|--|
| 要支援1 | 179単位/日 | 55,149円 | 5,514円/月 |
| 要支援2 | 308単位/日 | 94,894円 | 9,489円/月 |
| 要介護1 | 533単位/日 | 164,217円 | 16,421円/月 |
| 要介護2 | 597単位/日 | 183,935円 | 18,395円/月 |
| 要介護3 | 666単位/日 | 205,194円 | 20,519円/月 |
| 要介護4 | 730単位/日 | 224,913円 | 22,491円/月 |
| 要介護5 | 798単位/日 | 245,863円 | 24,586円/月 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・個別機能訓練加算・・・12単位/日 ・医療機関連携加算・・・80単位/月 ・介護職処遇改善加算・・・6.1% ・サービス提供体制強化加算18単位/日 | | | |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲） | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 内容 | 介護職員のうち介護福祉士の占める割合が100分の60以上 | | |
| 利用料 | 円（月額・日額） | | |
| 算定根拠 | | | |
| 支払い方法 | 月単位（日割りの有無 あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし） | | |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | | | |
| 個別的な選択による生活支援サービス | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 算定根拠 | 人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。（介護サービス一覧表参照） | | |
| 料金改定の手続 | | | |
| 目的施設が所在する地域の字自体が発表する消費者物価指数、および人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定。 | | | |

6. その他

| | | |
|--|--|---------------|
| 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"/> あり | なし |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> あり | （その内容） | |
| <input checked="" type="checkbox"/> あり | | |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

重要事項等の説明を受け理解しました。

印

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____

| | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービス | | 特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用等で実施するサービス | | 別途利用料を徴収した上で実施するサービス | | 備考 | |
|----------------------|-----------------------|----|------------------------------------|----|----------------------|----|----------------|--------------------|
| | | | | | | | 要支援者・要介護者 | 自立者への一時介護サービス、等 |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 必要に応じ実施325円/回 |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 同 上325円/回 |
| おむつ代 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 実費負担 | 実費負担 |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 週2回以上で700円/回 | 必要に応じ実施760円/回 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 同 上 | 同 上760円/回 |
| 身辺介助(移動・着替え等) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 同 上1,080円/回 |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 必要に応じて実施 |
| 通院介助(協力医療機関) | なし | あり | 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 | なし | あり | 指定機関以外1,200円/回 | 同 上1,300円/回 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 必要に応じ実施760円/回 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 必要に応じ適宜実施325円/回 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 必要に応じ実施600円/回 |
| 居室の配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 必要に応じ適宜実施108円/回 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 実費負担 | 実費負担 |
| おやつ | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 同 上 | 同 上 |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 実費負担 | 実費負担 |
| 買物代行(通常の利用区域) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 必要に応じ週1回実施1,300円/回 |
| 買物代行(上記以外の区域) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 指定場所以外1,200円/回 | 同 上1,300円/回 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 必要に応じ実施 |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 必要に応じ実施 |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 年に2回。医療費自己負担 | 年に2回。医療費自己負担 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 必要に応じ適宜実施 |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 同 上 |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 同 上 |
| 生活のリズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり | 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 | なし | あり | 実施していない | 実施していない |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 適宜実施 | 適宜実施、交通費自己負担 |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 同上 | 同 上1,300円/回 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 同上 | 洗濯600円/回買物1,300円/回 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 同上 | 適宜実施 |