

重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 平成30年3月22日 |
| 記入者名 | 飼沼 貴之 |
| 所属・職名 | 総務 |

1. 設置者概要

| | | |
|------------|---|---|
| 種類 | 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人（株式会社） |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきかいしゃ しゅうえいさんぎょう 株式会社 秀榮産業 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒444-3174 愛知県岡崎市真伝町荒戸 21-5 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0564-23-4544 |
| | FAX番号 | 0564-23-4556 |
| | ホームページアドレス | https://www.shuei-sangyo.com/ |
| 代表者 | 氏名 | 稲垣 守男 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和 60年 6月 27 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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ ぼっじょ・でる・あるじえんと 住宅型有料老人ホーム ポッジョ・デル・アルジェント | |
| 所在地 | 〒444-3174 愛知県岡崎市真伝町荒戸 21-5 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 東岡崎駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 名鉄名古屋本線東岡崎駅よりバス、大沼又は滝団地方面、真伝町バス停下車、徒歩2分。 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0564-25-2550 |
| | FAX番号 | 0564-21-2722 |
| | ホームページアドレス | https://www.shuei-sangyo.com/ |

| | | |
|---------------|----|--------------|
| 管理者 | 氏名 | 岩中 功一 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 平成 23年 4月 1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成 23年 4月 1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 ①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 | |
| | 指定した自治体名 | |
| | 事業所の指定日 | 平成 年 月 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 平成 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|------|----------------|--|-----------|
| 土地 | 敷地面積 | 5,067.34㎡ | |
| | 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 (平成22年4月1日～平成52年3月31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 | 2,231.37㎡ |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2,231.37㎡ |
| | 耐火構造 | ① 耐火建築物 | |
| | | 2 準耐火建築物 | |
| | | 3 その他 () | |
| | | 4 その他 () | |
| 構造 | ① 鉄筋コンクリート造 | | |
| | 2 鉄骨造 | | |
| | 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 | 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 | 有 | 無 | 14.21 m ² | 50 | 個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ6 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| ※「個室」「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 | ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 4ヶ所 | 個室 | 4ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 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 | 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 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)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | お一人で日常生活を営むことが困難な高齢者とそのご家族にとって、「第二の自宅」と思って頂けるサービスを目指す。なかでも、1. 個人の自由と尊厳、プライバシーの尊重、2. 個人に合わせたケアプログラム、3. 身体介護だけでなく「個」を見つめる視点、入居者様ご自身やご家族が参加して頂くケアを展開する。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者様の心身の状態やご要望に応じて、適度な社会生活を維持できるように少人数のグループケアを展開します。また、入居者様のこれまでの生活習慣や文化を尊重したサービス提供に努め、「ご自分らしい」暮らしをご支援できる施設作りにも努めます。加えて、お一人お一人との関わりを大切に、丁寧なサービスをご提供します。 |
| 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 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 糖尿病・内分泌内科クリニックTOSAKI |
| | | 住所 | 名古屋市天白区元植田2丁目1007 |
| | | 診療科目 | 内科・糖尿病・内分泌内科 |
| | | 協力内容 | 医師が定期的に施設を訪問し、受診希望の入居者様への診療(内科)を行うほか、入居者様の健康管理上の助言・指導を施設職員に対し行います。また、入居者様に体調変化等が生じた際には、可能な範囲で医師が必要な助言・指導を行います。 |
| | 2 | 名称 | 医療法人博報会 岡崎東病院 |
| | | 住所 | 岡崎市洞町字向山16番地2 |

| | | | |
|----------|--|------|--|
| | | 診療科目 | 内科・リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | 入居者様への健康相談、受診、治療その他医療全般に関する事を行います。 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | シバタ歯科 |
| | | 住所 | 愛知県岡崎市羽根西 2-6-7 |
| | | 協力内容 | 要介護者等を対象とした出張歯科治療。(医療費その他の費用は入居者の自己負担) |

(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 | 1 一時介護室へ移る場合 ② その他 (他の居室等へ移る) | |
| 判断基準の内容 | 第一段階 状態の観察 (一週間程度・緊急の場合は除く) 第二段階 介護士 (主任又はリーダー) が必要と認めた場合 第三段階 主治医が必要と認めた場合 | |
| 手続きの内容 | 1. 入居者の希望により居室を住み替える場合 2. 介護上の判断により居室を住み替える場合 3. 他の施設へ住み替える場合 ※1 の場合の費用負担は、発生しません。ただし、従前居室の修繕が必要な場合は、実費費用をいただきます。なお施設の都合により必ずしもご希望通りにならない場合がございます。 2 の場合の費用負担については、以下の通りとします。 (具体例) 精神不安定、認知症状の悪化、極度の体調悪化 (費用負担) 新たな費用は発生しません。ただし、従前居室の修繕が必要な場合は、実費費用をいただきます。 3 の場合の費用負担については、以下の通りとします。 (具体例) 施設生活が続けたい程度の精神不安定及び体調の悪化 (費用負担) 通常の退去手続きによる。 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり ② なし | |
| 居室利用権の取扱い | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり ② なし | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり ② なし |
| | 便所の変更 | 1 あり ② なし |

| | | | | |
|--|--------|-----------|--------|--|
| | 浴室の変更 | 1 あり ② なし | | |
| | 洗面所の変更 | 1 あり ② なし | | |
| | 台所の変更 | 1 あり ② なし | | |
| | その他の変更 | 1 あり | (変更内容) | |
| | | 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 | 原則要支援者及び要介護者の方が入居条件ですが、自立されている方もご相談により入居が可能です。 | | |
| 契約の解除の内容 | 1. 入居者様は1ヵ月前までに書面で通知することにより、いつでも利用契約を解除できます。 2. 利用者の滞納などの理由により、利用契約を解除する場合があります。 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 第五章 第三十条 | |
| | 解約予告期間 | 1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6,500円 税込、最大6泊まで。費用には、食費1,960円、居室代2,400円、水光熱費1,030円、管理費(共益費)1,080円が含まれています。ただし、個別の要望に基づく外出同行等を除きます。)体験利用の際の介護は、介護保険が適用されません。 2 なし | | |
| 入居定員 | 50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と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

（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 | 0.5 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 0.5 |
| 直接処遇職員 | 16 | 9 | 7 | 9.3 |
| 介護職員 | 13 | 8 | 5 | 8.3 |
| 看護職員 | 3 | 1 | 2 | 1.0 |
| 機能訓練指導員 | 2 | 0 | 2 | 0.5 |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 委託 |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 委託 |
| 事務員 | 3 | 3 | 0 | 3 |
| その他職員 | 5 | 1 | 4 | 2.5 |
| 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 | | |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 4 | 2 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 5 | 1 | 4 |
| 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 | 3 | 1 | 2 |
| 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 (22 時～ 6 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 | 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 |
| ※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 | 0 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 | | 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 | 0 | 6 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 5 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に | 1年未満 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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 |
| 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 | 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し、 入居契約書第九条に定める運営懇談会の意見を聞いたうえで改定する。 |
| | 手続き | 運営懇談会を開催し、了承を得る。 |

(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5 | |
| | 年齢 | 85歳 | 85歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 14.21 m ² | 14.21 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 | 0円 | 0円 | |
| | 敷金 | 300,000円 | 300,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 291,220円 | 300,940円 | |
| 家賃 | | 100,000円 | 100,000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 | 58,800円 | 58,800円 |
| | | 管理費(共益費) | 52,700円 | 52,700円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 10,600円 | 10,600円 |
| | その他(生活サービス費) | 69,120円 | 78,840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(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> <p>※3 なお、記載された生活サービス費は、平成29年11月1日以降の新規入居者へ適用する。</p> | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|---------------|---|
| 家賃 | 金利・火災保険・減価償却・共用部修繕・保証料・借地代・租税公課・事業費・事務費を合算し居室数で割る。 |
| 光熱水費 | 水道・電気・検査等業務委託費にかかる費用を合算し居室数で割る。 |
| 敷金 | 家賃の3ヶ月分 |
| 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(共益費) | 人件費(介護職員・厨房職員以外)を合算し居室数で割る。 水道・電気・ガスの共有部分にかかる費用を合算し居室数で割る。 |
| 食費 | 食材料費・厨房人件費・業務委託費・保健衛生費・厨房消耗品を合算し食数で割る。 |
| 利用者の個別的な選択による | 別添補足資料 |

| | |
|-------------|--|
| サービス利用料 | |
| その他のサービス利用料 | 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し、入居契約書第九条に定める運営懇談会の意見を聞いたうえで改定する。 |

(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 | |
| 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 | | |
| 想定居住期間（償却年月数） | | ヶ月 |
| 償却の開始日 | | |
| 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） | | 円 |
| 初期償却率 | | % |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | |
| 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 | 13人 |
| | 女性 | 35人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 1人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 5人 |
| | 85歳以上 | 42人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 9人 |
| | 要支援2 | 5人 |
| | 要介護1 | 10人 |
| | 要介護2 | 7人 |
| | 要介護3 | 4人 |
| | 要介護4 | 9人 |
| | 要介護5 | 4人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 6人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 12人 |
| | 1年以上 5年未満 | 30人 |
| | 5年以上 10年未満 | 0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 | 89.1歳 |
| 入居者数*の合計 | 48人 |
| 入居率** | 96% |

※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。

※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|----------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 3人 |
| | 社会福祉施設 | 0人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 2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 | 0人 |
| | | (解約事由の例) |

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 | ポツジョ・テル・アルジェント ご意見受付窓口 | |
| 電話番号 | 0564-25-2550 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8時30分～17時30分 |
| | 土曜 | 8時30分～17時30分 |
| | 日曜・祝日 | 8時30分～17時30分 |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日・年末年始 | |

(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 施設賠償責任保険 補償金額 対人・対物賠償 1億円 |
| | 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) 東京海上日動火災保険 施設賠償責任保険 施設緊急マニュアルに沿って、医療機関と連絡を取り適切に処理する。 身元引受人へ速やかに連絡し、対処法を相談する。 |
| | 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 | 意見箱を設置して、随時調査を実施 |
| | | 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 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 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1回程度 |
| | 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 | 無し | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類：別添1（事業者が運営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 事業者が岡崎市内で運営する他の介護サービス事業

| 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"/> | <input type="checkbox"/> | ホッショ・テル ・アルジエントヘル パーステーション | 岡崎市真伝町荒戸21-5 |
| 訪問入浴介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ホッショ・テル ・アルジエント訪 問看護ステーシ ョン | 岡崎市真伝町荒戸21-5 |
| 訪問リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ホッショ・テル ・アルジエントテ イサービスセンター | 岡崎市真伝町荒戸21-5 |
| 通所リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 短期入所生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ホッショ・テル ・アルジエントショ ートステイセンター | 岡崎市真伝町荒戸21-5 |
| 短期入所療養介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 福祉用具貸与 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 特定福祉用具販売 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 夜間対応型訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 認知症対応型通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 居宅介護支援 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ホッショ・テル ・アルジエントケア プランセンター | 岡崎市真伝町荒戸21-5 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ホッショ・テル ・アルジエントヘル パーステーション | 岡崎市真伝町荒戸21-5 |
| 介護予防訪問入浴介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ホッショ・テル ・アルジエント訪 問看護ステーシ ョン | 岡崎市真伝町荒戸21-5 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ホッショ・テル ・アルジエントテ イサービスセンター | 岡崎市真伝町荒戸21-5 |
| 介護予防通所リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ホッショ・テル ・アルジエントショ ートステイセンター | 岡崎市真伝町荒戸21-5 |
| 介護予防短期入所療養介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | |
|------------------|----|----|---------------------------------|--------------|
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 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 | ホッショ・テル ・アルジエントケア プランセンター | 岡崎市真伝町荒戸21-5 |
| ＜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 | 備 考 |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|----------|----------|------|--------------------|
| | 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） | | 利用料に含む※2 | その都度徴収※2 | 料金※3 | |
| | 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 | | 実費 | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 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 | なし | あり | なし | あり | | | | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 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 | | | | |
| 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 | | 要相談 | 要相談 | |
| おやつ | | | なし | あり | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | 実費 | 実費 | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | | | ※利用できる範囲を明確化すること |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | 実費 | 実費 | ※年に2回実施 |
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | |

※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。