

重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和2年7月1日 |
| 記入者名  | 坂上 万州雄   |
| 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                         | 法人の種類      | あり                     | 特定非営利活動法人         |
|                                 | 名称         | (ふりがな)                 | ひだまりのかい<br>陽だまりの会 |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒514-0001  | 三重県津市江戸橋一丁目84-1 ニ葉ビル3F |                   |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号       | 059-233-1333           |                   |
|                                 | FAX番号      | 059-233-1331           |                   |
|                                 | メールアドレス    | info@hidamari.in       |                   |
|                                 | ホームページアドレス | http://hidamari.in     |                   |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名                 | 氏名         | 中家 啓貴                  |                   |
|                                 | 職名         | 理事長                    |                   |
| 事業主体の設立年月日                      | 平成14年9月25日 |                        |                   |



事業主体が県内で実施する他の介護サービス（有料老人ホーム内に併設、同一敷地内含む）

| 介護サービスの種類                | 事業所の名称 | 所在地                    | 入居者の利用数                 |
|--------------------------|--------|------------------------|-------------------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>    |        |                        |                         |
| 訪問介護                     | あり なし  | ヘルパーステーション<br>陽だまり長屋鈴鹿 | 鈴鹿市秋永町大門 2079 番地<br>23名 |
|                          |        | ヘルパーステーション<br>陽だまりの丘片田 | 津市片田井戸町 268 番地<br>25名   |
|                          |        | ヘルパーステーション<br>陽だまりの庄松阪 | 松阪市中林町 431 番地<br>39名    |
| 通所介護                     | あり なし  | デイサービス<br>陽だまり長屋鈴鹿     | 鈴鹿市秋永町大門 2079 番地<br>22名 |
|                          |        | デイサービス<br>陽だまりの庄松阪     | 松阪市中林町 431 番地<br>23名    |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b> |        |                        |                         |
| 認知症対応型共同生活介護             | あり なし  | グループホーム<br>陽だまり長屋鈴鹿    | 鈴鹿市秋永町大門 2092 番地<br>8名  |

| <b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業サービス&gt;</b> |       |                        |                        |
|---|-------|------------------------|------------------------|
| 訪問型サービス(現行相当)                           | あり なし | ヘルパーステーション<br>陽だまり長屋鈴鹿 | 鈴鹿市秋永町大門 2079 番地<br>0名 |
|   |       | ヘルパーステーション<br>陽だまりの丘片田 | 津市片田井戸町 268 番地<br>0名   |
|   |       | ヘルパーステーション<br>陽だまりの庄松阪 | 松阪市中林町 431 番地<br>4名    |
| 通所型サービス(現行相当)                           | あり なし | デイサービス<br>陽だまり長屋鈴鹿     | 鈴鹿市秋永町大門 2079 番地<br>0名 |
|   |       | デイサービス<br>陽だまりの庄松阪     | 松阪市中林町 431 番地<br>0名    |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>            |       |                        |                        |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護                        | あり なし | グループホーム<br>陽だまり長屋鈴鹿    | 鈴鹿市秋永町大門 2092 番地<br>0名 |

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

|                        |                                 |                    |
|------------------------|---------------------------------|--------------------|
| 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) ひだまりながや すずか<br>陽だまり長屋 鈴鹿 |                    |
| 施設の所在地                 | 〒510-0258                       | 三重県鈴鹿市秋永町大門2079番地  |
|                        |                                 |                    |
| 施設の連絡先                 | 電話番号                            | 059-380-3399       |
|                        | FAX番号                           | 059-380-4488       |
|                        | メールアドレス                         | nagaya@hidamari.in |
|                        | ホームページ<br>アドレス                  | http://hidamari.in |
| 施設までの主な利用交通手段          |                                 |                    |
| 伊勢鉄道 中瀬古駅より徒歩10分       |                                 |                    |
| 施設の管理者の氏名及び職名          | 氏名                              | 坂上 万州雄             |
|                        | 職名                              | 施設長                |
| 建物の竣工日                 | 平成19年7月20日                      |                    |
| 有料老人ホーム事業の開始日          | 平成22年2月1日                       |                    |

### (類型)【表示事項】

|  |  |
|--|--|
| <del>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)</del>       |  |
| <del>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)</del> |  |
| 3 住宅型  |  |
| <del>4 健康型</del>                               |  |
| 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                                       |  |
| 事業の開始(予定)年月日                                   |  |
| 事業所の指定日  |  |
| 指定の更新日(直近)                                     |  |

### 3. 建物概要

|             |                |  |              |                        |                 |     |                |                |                     |
|-------------|----------------|--|--------------|------------------------|-----------------|-----|----------------|----------------|---------------------|
| 土地          | 敷地面積           | 2530.80 m <sup>2</sup>   |              |                        |                 |     |                |                |                     |
|             | 所有関係           | 運営する法人が所有  |              | あり                     | <del>一部あり</del> |     | なし             |                |                     |
|             |                | 事業者が賃借する土地   |              |                        |                 |     |                |                |                     |
|             |                | 抵当権の設定   |              | あり                     |                 | なし  |                |                |                     |
|             |                | 契約期間   |              | あり                     | 年 月 日～ 年 月 日    |     | なし             |                |                     |
| 契約の自動更新     |                | あり   |              | なし                     |                 |     |                |                |                     |
| 建物          | 延床面積           | 全体   |              | 1283.56 m <sup>2</sup> |                 |     |                |                |                     |
|             |                | うち、老人ホーム部分   |              | 747.24 m <sup>2</sup>  |                 |     |                |                |                     |
|             | 耐火構造           | 1 耐火建築物<br><del>2 準耐火建築物</del><br><del>3 その他 ( )</del>                     |              |                        |                 |     |                |                |                     |
|             | 構造             | <del>1 鉄筋コンクリート造</del><br><del>2 鉄骨造</del><br>3 木造<br><del>4 その他 ( )</del> |              |                        |                 |     |                |                |                     |
|             | 所有関係           | 運営する法人が所有  |              | あり                     | <del>一部あり</del> |     | なし             |                |                     |
| 事業者が賃借する建物  |                |  |              |                        |                 |     |                |                |                     |
| 抵当権の設定      |                | あり   |              | なし                     |                 |     |                |                |                     |
| 契約期間        |                | あり   | 年 月 日～ 年 月 日 |                        | なし              |     |                |                |                     |
| 契約の自動更新     |                | あり   |              | なし                     |                 |     |                |                |                     |
| 居室の状況       | 居室区分<br>【表示事項】 | 1 全室個室   |              |                        |                 |     |                |                |                     |
|             |                | <del>2 相部屋あり</del>   |              |                        |                 |     |                |                |                     |
|             |                | 最少   |              | 人部屋                    |                 |     |                |                |                     |
|             | 最大             |  | 人部屋          |                        |                 |     |                |                |                     |
|             | 居室の状況          | 区分   |              | 室数                     | 人数              | トイレ | 浴室             | 面積             |                     |
|             |                | 一般居室<br>個室   | あり           | なし                     | 20              | /   | 無              | 無              | 11.4 m <sup>2</sup> |
|             |                |  |              |                        | 4               | /   | 有              | 無              | 19.0 m <sup>2</sup> |
|             |                |  |              |                        | 1               | /   | 有              | 無              | 24.6 m <sup>2</sup> |
|             |                | 一般居室<br>相部屋  | あり           | なし                     |                 |     | 有/無            | 有/無            | m <sup>2</sup>      |
|             |                |  |              |                        |                 |     | 有/無            | 有/無            | m <sup>2</sup>      |
|             |                |  |              |                        |                 | 有/無 | 有/無            | m <sup>2</sup> |                     |
| 介護居室<br>個室  |                | あり   | なし           |                        | /               | 有/無 | 有/無            | m <sup>2</sup> |                     |
|             |                |  |              |                        | /               | 有/無 | 有/無            | m <sup>2</sup> |                     |
|             |                |  |              | /                      | 有/無             | 有/無 | m <sup>2</sup> |                |                     |
| 介護居室<br>相部屋 | あり             | なし   |              |                        | 有/無             | 有/無 | m <sup>2</sup> |                |                     |
|             |                |  |              |                        | 有/無             | 有/無 | m <sup>2</sup> |                |                     |
|             |                |  |              |                        | 有/無             | 有/無 | m <sup>2</sup> |                |                     |
| 一時<br>介護室   | あり             | なし   |              |                        | 有/無             | 有/無 | m <sup>2</sup> |                |                     |

|               |   |                 |                      |      |  |
|---------------|---|-----------------|----------------------|------|--|
| 共用施設          | 共用便所の設置数  | 9               | うち男女別の対応が可能な数        | 2    |  |
|               |   |                 | うち車椅子等の対応が可能な数       | 7    |  |
|               | 共用浴室の設置数  | 2(4)            | 個浴                   | 1    |  |
|               |   |                 | 大浴場(浴槽数:大浴場の中に個浴を設置) | 1(3) |  |
|               | 共用浴室における介護浴槽の設置数  | 1               | <del>手洗い浴</del>      |      |  |
|               |   |                 | <del>リフト浴</del>      |      |  |
|               |   |                 | ストレッチャー浴             | 1    |  |
|               |   |                 | その他( )               |      |  |
|               | 食堂  | あり              | なし                   |      |  |
|               | 入居者や家族が利用できる調理設備  |                 | あり                   | なし   |  |
| エレベーター        | <del>1 あり(車椅子対応)</del><br><del>2 あり(ストレッチャー対応)</del><br><del>3 あり(上記1、2に該当しない)</del><br>4 なし    |                 |                      |      |  |
| バリアフリーの対応状況   | (内容)<br>床には段差がなく、施設内(居室・廊下・トイレ・浴室等)への、手摺の設置などにより「三重県ユニバーサルデザインのまちづくり推進条例」の適合施設として適合証の交付を受けています。 |                 |                      |      |  |
| その他の共用施設の設備状況 | あり  | なし              |                      |      |  |
| (内容)          |   |                 |                      |      |  |
| 緊急通報装置の設置状況   | 全居室内にあり   | <del>一部あり</del> | なし                   |      |  |
| 外線電話回線の設置状況   | 全居室内にあり   | 一部あり            | なし                   |      |  |
| テレビ回線の設置状況    | 全居室内にあり   | <del>一部あり</del> | なし                   |      |  |
| 消防用設備等        | 消火器   |                 | あり                   | なし   |  |
|               | 自動火災報知設備  |                 | あり                   | なし   |  |
|               | 火災通報設備  |                 | あり                   | なし   |  |
|               | スプリンクラー   |                 | あり                   | なし   |  |
|               | 防火管理者   |                 | あり                   | なし   |  |
|               | 防災計画  |                 | あり                   | 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               | 入居者が介護を必要とした場合にも、介護サービス事業者との連携で、安心してお過ごしいただける生活環境創りをし、健全かつ快適な生活を提供できる施設運営を目指します。 |    |    |
| サービスの提供内容に関する特色        | 入居者の方が、安心して生活のできるサービスを提供します。   |    |    |
| 入浴、排せつ又は食事の介護          | 自ら実施   | 委託 | なし |
| 食事の提供                  | 自ら実施   | 委託 | なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与           | 自ら実施   | 委託 | なし |
| 健康管理の供与                | 自ら実施   | 委託 | なし |
| 安否確認又は状況把握サービス         | 自ら実施   | 委託 | なし |
| 生活相談サービス               | 自ら実施   | 委託 | なし |
| 利用者の個別的な選択によるサービスの実施状況 | 別添   |    |    |

(医療連携の内容)

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| 医療支援<br>※複数選択可 | ① 救急車の手配 (搬送先では、家族対応)<br>② 入退院の付き添い<br>③ 通院介助<br>④ その他 (②③は、家族対応を原則とし、困難な場合は有償で対応) |   |
| 協力医療機関         | 名称   | かわいクリニック  |
|                | 所在地  | 三重県津市河芸町浜田 688-1  |
|                | 診療科目   | 内科、外科、循環器内科、呼吸器内科、リハビリテーション科  |
|                | 協力内容   | 往診(2週間に1回程度)、緊急時の相談及び連絡、看取り対応<br>※協力内容は、利用者の希望によります。<br>医療費は、利用者の負担となります。 |
| 協力歯科医療機関       | 名称   | とも歯科クリニック   |
|                | 所在地  | 三重県津市白塚町字北永定 2288-1   |
|                | 協力内容   | 訪問診療、通常受診、無料歯科検診<br>※協力内容は、利用者の希望によります。<br>医療費は、利用者の負担となります。              |

(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             | 介護が必要となった場合、居室の住み替えはありません。但し入居者の状況により、安全及び健康維持の為ご家族・ケアマネージャと検討を行い、居室の移動を行う事があります。<br>入居されている居室において、サービスを受けられます。 |                 |                       |
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 | <del>1 一時介護室へ移る場合</del><br><del>2 介護居室へ移る場合</del><br>3 その他（入居者及びご家族の希望による）                                      |                 |                       |
| 判断基準の内容                  | 居室の移動により、生活環境の向上が見込まれる場合。   |                 |                       |
| 手続きの内容                   | 入居者及びご家族からの申告により、施設が審査し、住み替えを受託した場合。  |                 |                       |
| 追加的費用の有無                 | あり(旧居室の清掃、現状回復費)  |                 | なし                    |
| 居室利用権の取扱い                | 継続  |                 |                       |
| 前払金償却の調整の有無              | あり  |                 | なし                    |
| 従前の居室との仕様変更              | 面積の増減   | あり(居室タイプが変更の場合) | なし                    |
|                          | 便所の変更   | あり(居室タイプが変更の場合) | なし                    |
|                          | 浴室の変更   | あり              | なし                    |
|                          | 洗面所の変更  | あり(居室タイプが変更の場合) | なし                    |
|                          | 台所の変更   | あり              | なし                    |
|                          | その他の変更  | あり              | 居室面積の変更で家賃変更の場合があります。 |
|                          | なし  |                 |                       |

(入居に関する要件)

|                    |  |    |    |
|--------------------|--|----|----|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者  | あり | なし |
|                    | 要支援の者  | あり | なし |
|                    | 要介護の者  | あり | なし |
| 留意事項               | 1、概ね65歳以上の自立の方<br>2、要支援・要介護の認定を受けている方<br>3、障害福祉サービス受給の方（要相談）<br>4、共同生活を営める方<br>5、自傷行為や暴力行為など著しい精神障害や行動障害のない方<br>6、法定感染・法定伝染病のない方 |    |    |

| 契約の解除の内容       | 居室利用権                          |   |
|----------------|--------------------------------|---|
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1、 事業者は入居者が次の各項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り維持することが困難と判断した場合に契約を解除する事があります。               <ol style="list-style-type: none"> <li>一、 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合。</li> <li>二、 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば延滞、又は2ヶ月以上滞納した場合。</li> <li>三、 入居契約書第 19 条の禁止または制限される行為の規程に違反した場合。</li> <li>四、 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、又はその危害の恐れがあり、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事ができない場合。</li> <li>五、 正当な理由なく、身元引受人を定められない場合。</li> <li>六、 医療行為が常時必要な場合で、本施設では対応できない場合。</li> <li>七、 共同生活の秩序を乱す行為が頻回にあった場合。</li> </ol> </li> <li>2、 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。               <ol style="list-style-type: none"> <li>一、 契約解除の通告について 30 日の予告期間をおきます。</li> <li>二、 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設けます。</li> <li>三、 解除通告に伴う予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合は入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力します。</li> </ol> </li> <li>3、 入居契約書第 29 条第 1 項四号によって契約を解除する場合は、事業者は前項に加え、次の各号の手続きを行います。               <ol style="list-style-type: none"> <li>一、 医師の意見を聞く。</li> <li>二、 一定の観察期間を設ける。</li> </ol> </li> <li>4、 当事業所双方は、暴力団、過激的政治活動集団・宗教団体等の反社会勢力との関係ないし関与がある事が判明した場合、相手方は無条件無催告にて本契約を解除できるものとします。</li> </ol> |
|                | 解約予告期間                         | 1 か月（「入居契約解約通告書」を発行）  |
| 入居者からの解約予告期間   | 1 か月（「入居契約解約届」を提出）             |   |
| 体験入居           | あり                             | 空室を利用し、1 週間以内   |
|                | なし                             |   |
| 入居定員           | 2 5 人                          |   |
| その他            | 介護保険外・体験入居時の入浴は、自費負担 500 円／1 回 |   |



## 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  |    |         |
| 管理者  |      | 1   |     |      | 1  | 1.0     |
| 生活相談員  |      |     |     |      |    |         |
| 直接処遇職員   | 看護職員 | 1   |     | 1    | 2  | 1.4     |
|  | 介護職員 | 6   | 2   | 5    | 13 | 4.8     |
| 機能訓練指導員  |      |     |     |      |    |         |
| 計画作成担当者  |      |     |     |      |    |         |
| 栄養士  |      |     |     |      |    |         |
| 調理員  |      |     |     |      |    |         |
| 事務員  |      | 1   |     |      | 1  | 1.0     |
| その他職員  |      |     |     |      |    |         |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数   |      |     |     | 39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。 |      |     |     |      |    |         |
| 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  |      |     |     |      |    |         |
| 介護福祉士  |      | 3   |     |      | 1  |         |
| 実務者研修の修了者  |      |     |     |      |    |         |
| 初任者研修の修了者  |      | 3   | 1   |      | 1  |         |
| 介護支援専門員  |      |     |     |      |    |         |

### （夜勤を行う看護・介護職員の人数）

| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数 |                 |                |
|--------------------|-----------------|----------------|
|                    | 夜勤帯平均人数（19時～7時） | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員               |                 |                |
| 介護職員               | 1               | 1              |

(職員の状況)

|                          |          |     |        |     |       |     |         |     |         |     |
|--------------------------|----------|-----|--------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者                      | 他の職務との兼務 |     | あり     |     |       |     | なし      |     |         |     |
|                          | 業務に係る資格等 |     | あり     |     |       |     |         |     |         |     |
|                          |          |     | 資格等の名称 |     |       |     |         |     |         |     |
|                          |          | なし  |        |     |       |     |         |     |         |     |
| 職員                       | 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              |          |     |        |     |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数              |          |     |        |     |       |     |         |     |         |     |
| 応じた職員の人数<br>業務に従事した経験年数に | 1年未満     |     |        |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 1年以上     |     |        |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 3年未満     |     |        |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 3年以上     |     |        |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 5年未満     |     |        |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 5年以上     |     |        | 3   |       |     |         |     |         |     |
|                          | 10年未満    |     |        |     |       |     |         |     |         |     |
| 10年以上                    | 1        | 1   | 3      | 3   |       |     |         |     |         |     |
| 職員の健康診断の実施状況             |          |     | あり     |     |       |     | なし      |     |         |     |

6. 利用料金

(利用料金の支払方法)

|                            |  |                         |
|----------------------------|--|-------------------------|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】          | 1 利用権方式<br><del>2 建物賃貸借方式</del><br><del>3 終身建物賃貸借方式</del>              |                         |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】       | <del>1 全額前払い方式</del>   |                         |
|                            | <del>2 一部前払い・一部月払い方式</del>   |                         |
|                            | 3 月払い方式  |                         |
|                            | <del>4 選択方式</del>  | 1 全額前払い方式               |
|                            | ※該当する方式をすべて選択  | 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                 | あり   | なし                      |
| 要介護状態に応じた金額設定              | あり   | 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<br>2 日割り計算で減額(「家賃」及び「管理運営費」を除く)<br>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(含、税法改定)、サービス内容の変更  |
|                            | 手続き  | 3ヶ月前に書面にて、変更理由及び変更内容を通知 |

(利用料金のプラン)【代表的なプラン2例】

|  |                  | プラン1<br>(通常入居及び夫婦入居の主たる者) |                     | プラン2<br>(夫婦入居の配偶者分) |                     |  |
|--|------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--|
| 入居者の状況   | 要介護度             | 条件対象外                     |                     | 条件対象外               |                     |  |
|  | 年齢               | 条件対象外                     |                     | 条件対象外               |                     |  |
| 居室の状況  | 床面積              | 11.4 m <sup>2</sup>       |                     | 11.4 m <sup>2</sup> |                     |  |
|  | 便所               | <del>あり</del>             | なし                  | あり                  | <del>なし</del>       |  |
|  | 浴室               | <del>あり</del>             | なし                  | <del>あり</del>       | なし                  |  |
|  | 台所               | <del>あり</del>             | なし                  | <del>あり</del>       | なし                  |  |
| 入居時点で必要な費用   | 前払金              | なし                        |                     | なし                  |                     |  |
|  | 入居金 ※退去時に返却      | 100,000 円                 |                     | 100,000 円           |                     |  |
| 月額費用の合計  |                  | 145,400 円                 |                     | 79,000 円            |                     |  |
| 家賃   |                  | 60,000 円                  |                     | 30,000 円            |                     |  |
| サービス費用   | 特定施設入居者生活介護※1の費用 |                           | 円                   |                     | 円                   |  |
|  | 介護保険外※2          | 食費                        | 49,500 円            |                     | 49,500 円            |  |
|  |                  | 管理費                       | 20,000 円            |                     | なし                  |  |
|  |                  | 介護費用                      | 「個別選択によるサービス一覧表」に記載 |                     | 「個別選択によるサービス一覧表」に記載 |  |
|  |                  | 光熱水費                      | なし                  |                     | なし                  |  |
|  | その他 (共益費)        | 15,900 円                  |                     | なし                  |                     |  |
| <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、本欄には記入しない)</p> |                  |                           |                     |                     |                     |  |

(利用料金の算定根拠)

| 費目                   | 算定根拠  |
|----------------------|---|
| 家賃 (居室タイプによる)        | 60,000 円 (11.4 m <sup>2</sup> )、80,000 円 (19.0 m <sup>2</sup> )、85,000 円 (24.6 m <sup>2</sup> )       |
| 入居金                  | 100,000 円 ※退去時に返却   |
| 介護費用                 | 「個別選択によるサービス一覧表」に記載 (介護保険サービスの自己負担額は含まない。)  |
| 管理費                  | 20,400 円  |
| 食費 (30 日分)           | 50,400 円 「1 日 1,680 円 (朝食 420 円・昼食 630 円・夕食 630 円)」<br>※食費は、実食数のみお支払いいただきます。                          |
| 光熱水費                 | なし  |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | ① 洗濯代 (100 円/回)<br>② 持込み電化製品利用料 (1 点につき 10 円/日)<br>③ おむつ類 (実費精算) ※持ち込み可能<br>④ 理美容代、レクレーション参加費など、実費負担分 |
| その他のサービス利用料          | ① 共益費 16,200 円<br>② 冷房費 (7 月～8 月) 月額 2,880 円<br>③ 暖房費 (11 月～3 月) 月額 2,880 円                           |
| その他留意事項              | ① 汚染などによる、クリーニング委託 (実費)<br>② 退去時の清掃費 27,500 円、38,500 円 (特別室)<br>③ 汚染・破損等の原状回復費 (実費)                   |

7. 入居者の状況

| 入居者の人数 (冒頭に記した記入日現在)   |        |       |       |       |       |      |
|------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|------|
|                        | 要介護 1  | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | 計    |
| 65 歳未満                 |        |       |       |       |       | 一人   |
| 65 歳以上 75 歳未満          |        |       |       |       |       | 一人   |
| 75 歳以上 85 歳未満          | 3      | 1     | 1     | 1     |       | 6 人  |
| 85 歳以上                 |        | 6     | 5     | 4     | 2     | 17 人 |
|                        | 自立     | 要支援 1 | 要支援 2 | 自立支援  |       | 計    |
| 65 歳未満                 |        |       |       |       |       | 一人   |
| 65 歳以上 75 歳未満          |        |       |       |       |       | 一人   |
| 75 歳以上 85 歳未満          |        |       |       |       |       | 一人   |
| 85 歳以上                 |        |       |       |       |       | 一人   |
|                        | 合計     |       |       |       |       | 一人   |
| 入居者の平均年齢               | 87.8 歳 |       |       |       |       |      |
| 入居者の男女別人数              | 男性     | 8 人   |       | 女性    | 15 人  |      |
| 入居率 (一時的に不在となっている者を含む) | 100%   |       |       |       |       |      |
| 認知症高齢者数 (日常生活自立度Ⅱ以上の者) | 18 人   |       |       |       |       |      |
| 医療機関 (認知症に限らず) へ受診中の者  | 23 人   |       |       |       |       |      |

| 前年度に退去した者の状況 |          |               |                      |               |                |           |     |
|--------------|----------|---------------|----------------------|---------------|----------------|-----------|-----|
|              | 要介護1     | 要介護2          | 要介護3                 | 要介護4          | 要介護5           | 計         |     |
| 自宅等          |          |               |                      |               |                | 一人        |     |
| 社会福祉施設       |          |               |                      | 1             | 1              | 2人        |     |
| 医療機関         |          |               |                      |               | 1              | 1人        |     |
| 死亡者          |          |               |                      |               |                | 一人        |     |
| その他          |          |               |                      |               |                | 一人        |     |
|              | 自立       | 要支援1          | 要支援2                 |               |                | 計         |     |
| 自宅等          |          |               |                      |               |                | 一人        |     |
| 社会福祉施設       |          |               |                      |               |                | 一人        |     |
| 医療機関         |          |               |                      |               |                | 一人        |     |
| 死亡者          |          |               |                      |               |                | 一人        |     |
| その他          |          |               |                      |               |                | 一人        |     |
| 生前解約の<br>状況  | 施設側の申し出  |               |                      |               |                |           | 一人  |
|              |          |               | (解約事由)               |               |                |           |     |
|              | 入居者側の申し出 |               |                      |               |                |           | 3人  |
|              |          |               | (解約事由) 社会福祉施設入居、長期入院 |               |                |           |     |
| 入居者の入居期間     |          |               |                      |               |                |           |     |
| 入居期間         | 6ヶ月未満    | 6ヶ月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満         | 5年以上<br>10年未満 | 10年以上<br>15年未満 | 15年<br>以上 | 合計  |
| 入居者数         |          | 4             | 16                   | 3             | —              | —         | 23人 |

### 8. 苦情・事故等に関する体制

| 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                         | 名称：事務 担当者：坂上万州雄          |            |  |
| 電話番号                          | 059-380-3399             |            |  |
| 対応している時間                      | 平日                       | 9:00～17:00 |  |
|                               | 土曜                       | —          |  |
|                               | 日曜・祝日                    | —          |  |
| 定休日等                          | 土曜日、日曜日                  |            |  |
| 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                         | 特定非営利活動法人 陽だまりの会 介護福祉事業部 |            |  |
| 電話番号                          | 059-233-1333             |            |  |
| 対応している時間                      | 平日                       | 9:00～17:00 |  |
|                               | 土曜                       | —          |  |
|                               | 日曜・祝日                    | —          |  |
| 定休日等                          | 土曜日、日曜日                  |            |  |

(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                 | あり | (その内容)<br>三井住友海上保険 施設所有(管理)者賠償責任保険  |           |
|                               | 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 | あり | (その内容)<br>万が一事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に障害が発生した場合には、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して、損害を賠償します。<br>但し、入居者に重大な過失がある場合は、損害額を減ずる事があります。<br>天災・事変その他の不可抗力及び火災・盗難・暴動あるいは、外出中の不慮の事故により、入居者が受けた損害・火災については事業者は、一切の賠償責任は負いません。 |           |
|                               | なし |   |           |
| 事故対応及びその予防のための指針              | あり | なし  | 事故対応マニュアル |

(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 | あり | 実施日    | 意見箱を設置 |    |
|                                  |    | 結果の開示  | あり     | なし |
|                                  | なし |        |        |    |
| 第三者による評価の実施状況                    | あり | 実施日    |        |    |
|                                  |    | 評価機関名称 |        |    |
|                                  |    | 結果の開示  | あり     | なし |
|                                  | 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<br><del>2 入居希望者に交付</del><br><del>3 公開していない</del> |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開<br><del>2 入居希望者に交付</del><br><del>3 公開していない</del> |
| 事業収支計画書  | <del>1 入居希望者に公開</del><br><del>2 入居希望者に交付</del><br>3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | <del>1 入居希望者に公開</del><br><del>2 入居希望者に交付</del><br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | <del>1 入居希望者に公開</del><br><del>2 入居希望者に交付</del><br>3 公開していない |

10. その他

|  |  |   |
|--|--|---|
| 運営懇談会  | あり   | (開催頻度) 年 回  |
|  | なし   |   |
|  | 代替措置あり   | (内容) 利用者参加の施設行事にご家族を招き、簡易的な懇談を行う。   |
| 代替措置なし   |  |   |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | あり   | 提携ホーム名<br>① グループホーム 陽だまり長屋 鈴鹿<br>② 有料老人ホーム 陽だまりの丘 片田<br>③ 有料老人ホーム 陽だまりの庄 松阪 |
|  | 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<br><del>2 なし</del><br><del>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</del> |   |
| 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 | <del>1 あり</del><br>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             | <del>1 あり</del><br>2 なし  |   |

添付書類：「入居者の個別選択によるサービス一覧表」

住宅型有料老人ホーム 陽だまり長屋鈴鹿の入居に関して「重要事項説明書」の説明をおこないました。

説明年月日 令和 年 月 日

説明者職・署名 \_\_\_\_\_ ㊟

入居者又は身元引受人で説明を受けた者の署名

※ \_\_\_\_\_ ㊟ (続柄: \_\_\_\_\_)

※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





入居者の個別選択によるサービス一覧表

【令和元年10月1日作成】

| 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            | 月額の利用料等で、実施するサービス      |                   | 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 | 月額の利用料等で、実施するサービス |    |    |                                       |
| <b>介護サービス</b>                               | なし                     | あり                | なし | あり | ※別途利用料を徴収する場合は、単価等を記載のこと。             |
| 食事介助  | なし                     | あり                | あり | あり | 注) 職員の有償対応は、状況により対応ができない場合があります。      |
| 排泄介助・おむつ交換                                  | なし                     | あり                | あり | あり | 訪問介護サービスまたは、自費サービスで提供します。             |
| おむつ代  | なし                     | あり                | あり | あり | 実費負担をお願いいたします。(持ち込み可能です。)             |
| 入浴(一般浴)介助・清拭                                | なし                     | あり                | あり | あり | 訪問介護サービスまたは、自費サービスで提供します。             |
| 特浴介助  | なし                     | あり                | あり | あり | ※1,020円/30分(施設内)                      |
| 身辺介助(移動・着替え等)                               | なし                     | あり                | あり | あり | 通所介護サービスにて提供します。                      |
| 身辺介助(介護保険外サービス)                             | なし                     | あり                | あり | あり | 各月1回は無償です。                            |
| 機能訓練  | なし                     | あり                | あり | あり | ※5,090円/回(2時間以内)                      |
| 受診付添い(協力医療機関のみ)                             | なし                     | あり                | あり | あり | ※2,040円/時間(2時間超過分)                    |
| 受診付添い                                       | なし                     | あり                | あり | あり | (救急搬送時の病院内対応は、ご家族に限ります。)              |
| ※協力医療機関月2回目以降                               | なし                     | あり                | あり | あり | ※2,040円/回(協力医療機関以外の処方も含みます。)          |
| ※協力医療機関以外                                   | なし                     | あり                | あり | あり |                                       |
| 定期外処方薬受取り                                   | なし                     | あり                | あり | あり | 注) 職員の有償対応は、状況により対応ができない場合があります。      |
| <b>生活サービス</b>                               | なし                     | あり                | なし | あり |                                       |
| 居室清掃  | なし                     | あり                | あり | あり | 訪問介護サービスまたは、自費サービスで提供します。             |
| リネン交換                                       | なし                     | あり                | あり | あり | 100円/回                                |
| 日常の洗濯                                       | なし                     | あり                | あり | あり | 訪問介護サービスまたは、自費サービスで提供します。             |
| 居室配膳・下膳                                     | なし                     | あり                | あり | あり | 実費負担をお願いいたします。                        |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                             | なし                     | あり                | あり | あり | 季節イベント以外は、無償で提供します。                   |
| おやつ   | なし                     | あり                | あり | あり | 業者に委託、実費負担をお願いいたします。(1,500円～2,000円程度) |
| 理美容師による理美容サービス                              | なし                     | あり                | あり | あり | 訪問介護サービスまたは、自費サービスで提供します。             |
| 買い物代行(通常の利用区域)                              | なし                     | あり                | あり | あり |                                       |
| 買い物代行(上記以外の区域)                              | なし                     | あり                | あり | あり |                                       |
| 役所手続き代行                                     | なし                     | あり                | あり | あり | ご家族での対応を原則とします。                       |
| 金銭・貯金管理                                     | なし                     | あり                | あり | あり | ※2,040円/回(1時間以内)                      |
| 生活サービス代行                                    | なし                     | あり                | あり | あり | ※1,020円/30分(1時間超過分)                   |
|   | なし                     | あり                | あり | あり | おこづかい管理(20,000円以内のみ対応します。             |
|   | なし                     | あり                | あり | あり | ご家族での対応を原則とします。                       |
|   | なし                     | あり                | あり | あり | ※2,040円/回(1時間以内)                      |
|   | なし                     | あり                | あり | あり | ※1,020円/30分(1時間超過分)                   |
| <b>健康管理サービス</b>                             | なし                     | あり                | なし | あり | 注) 職員の有償対応は、状況により対応ができない場合があります。      |
| 定期健康診断                                      | なし                     | あり                | あり | あり | ご家族での対応をお願いします。                       |
| 定期歯科検診(2回/年)                                | なし                     | あり                | あり | あり | 無償提供(協力医による)                          |
| 訪問診療  | なし                     | あり                | あり | あり | 主治医、協力医による。(協力医以外は、家族手配)              |
| 訪問歯科診療                                      | なし                     | あり                | あり | あり | 協力医による。(協力医以外は、家族手配)                  |
| 健康相談  | なし                     | あり                | あり | あり | 主治医(協力医以外は、家族手配)                      |
| 生活指導・栄養指導                                   | なし                     | あり                | あり | あり | 主治医(協力医以外は、家族手配)                      |
| 服薬支援  | なし                     | あり                | あり | あり | 無償で対応します。                             |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)                            | なし                     | あり                | あり | あり | 主治医又は、施設看護師の指示により、実施します。              |
| 看護処置  | なし                     | あり                | あり | あり | ※1,530円/30分                           |
| <b>入退院時・入院中のサービス</b>                        | なし                     | あり                | なし | あり | 注) 職員の有償対応は、状況により対応ができない場合があります。      |
| 移送サービス                                      | なし                     | あり                | あり | あり | ご家族での対応又は、介護タクシーの利用をお願いします。           |
| 入退院時の同行(協力医療機関)                             | なし                     | あり                | あり | あり | ご家族での対応を原則とします。                       |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外)                           | なし                     | あり                | あり | あり | ※5,090円/回(2時間以内)                      |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                               | なし                     | あり                | あり | あり | ※2,040円/時間(2時間超過分)                    |
| 入院中の見舞い訪問                                   | なし                     | あり                | あり | あり | ご家族での対応をお願いします。                       |
|   | なし                     | あり                | あり | あり | ご家族での対応をお願いします。                       |
| <b>有償サービスの時間帯による割り増しについて</b> 金額に「※」印のあるサービス |                        |                   |    |    |                                       |
| 早期 (5:00～7:00)                              |                        |                   |    |    | 「※」印の金額×25%増額                         |
| 夜間 (19:00～22:00)                            |                        |                   |    |    | 「※」印の金額×25%増額                         |
| 深夜 (22:00～05:00)                            |                        |                   |    |    | 「※」印の金額×35%増額                         |

