

住宅型有料老人ホーム 中央通ななかまど 重要事項説明書

| | |
|-------|-------------------------------|
| 記入年月日 | 令和2年7月1日時点 |
| 記入者名 | 千葉 洋平 |
| 所属・職名 | 住宅型有料老人ホーム 中央通ななかまど 施設長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--------------------------------|--|
| 種類 | 個人／法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ こうわ 株式会社 航和 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒020-0544 岩手県岩手郡雫石町柿木5-4 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 019-692-3669 |
| | FAX番号 | 019-656-9079 |
| | メールアドレス | info@kouwa.iwate.jp |
| | ホームページアドレス | www.kouwa.iwate.jp |
| 代表者 | 氏名 | 佐々木 航 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成19年11月1日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別に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 ちゅうおうどおりななかまど 住宅型有料老人ホーム 中央通ななかまど | |
| 所在地 | 〒020-0021 岩手県盛岡市中央通二丁目5番5号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 盛岡駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 例：①バス利用の場合 ・盛岡駅からバスで乗車7分 『中央通り二丁目』停留所から徒歩3分 ②自動車利用の場合 ・盛岡市役所から乗車6分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 019-624-0165 |
| | FAX番号 | 019-624-0166 |
| | メールアドレス | 7kamado.youhei@gmail.com |
| | ホームページアドレス | www.kouwa.iwate.jp |
| 管理者 | 氏名 | 千葉 洋平 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 平成27年2月27日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成27年3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 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 | 879.89㎡ | |
| | 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27年3月1日～令和17年4月30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 | 761.43㎡ |
| | | うち、老人ホーム部分 | 569.10㎡ |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | |
| | | ② 準耐火建築物 | |
| | | 3 その他 () | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | |
| | | 2 鉄筋造 | |
| | | ③ 木造 | |
| 4 その他 () | | | |
| 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | |
| | ② 事業者が賃貸する建物 | | |
| | 抵当権の設定 | 1 あり ② なし | |
| | 契約期間 | ① あり (平成27年3月1日～令和17年4月30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 | | | | |
| | | 最小 | | 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 | 13.25~14.90 m ² | 9 | 一般居室個室 |
| タイプ2 | 無 | 無 | 14.9 m ² | 4 | 一般居室個室 | |
| タイプ3 | 無 | 無 | 14.9 m ² | 5 | 一般居室個室 | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 6ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 0ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 6ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | | 2ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | 0ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | | 1ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | 0ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | 0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 | | | | |
| | 自動火災報知機 | 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 | 利用者の方が家庭的な環境のもとで、自由楽しく生活を送り、一人一人の能力を生かし、自立した生活を営めるように支援する。 | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | | | |
| 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 | <u>入居継続支援加算</u> | 1 あり | 2 なし | |
| | <u>生活機能向上連携加算</u> | 1 あり | 2 なし | |
| | 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 | |
| | <u>若年性認知症入居者受入加算</u> | 1 あり | 2 なし | |
| | 医療機関連携加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | <u>口腔衛生管理体制加算</u> | 1 あり | 2 なし | |
| | <u>栄養スクリーニング加算</u> | 1 あり | 2 なし | |
| | <u>退院・退所時連携加算</u> | 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 | |
| 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 (協力病院のみ通院介助可能) | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人 遠山病院 |
| | | 住所 | 〒020-0877 岩手県盛岡市下ノ橋町6-14 |
| | | 診療科目 | 内科・外科・整形外科・胃腸科・皮膚科・婦人科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療並びに緊急時の医療行為、発病時の診療・治療 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 内田歯科クリニック |
| | | 住所 | 岩手県盛岡市大通3丁目7-20 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |

(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 ※複数選択可 | | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 () | | |
| 判断基準の内容 | | | | |
| 手続きの内容 | | | | |
| 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 | | |
| 契約の解除の内容 | (1)利用者、身元保証人等による解約の申し出があったとき。 (2)本人の死亡 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | (1)入居者が、入所申込書に虚偽の事項を記載する等の不正な手段により入居したとき。 (2)入居者が、正当な理由なく月払いの費用、その他の支払うべき費用を二か月以上滞納したとき。 (3)入居者が、契約書第20条(禁止または制限される行為)の規定に違反したとき。 (4)入居者が、他の入居者や職員または面会者等の生命に危害を及ぼすおそれがあり、かつ入居者に対する通常に対応ではこれを防止することが出来ないとき。 (5)入居者が、連続して1か月を超えて病院または診療所に入院(長期不在)すると見込まれる場合、もしくは入院(長期不在)したとき。 |
| | 解約予告期間 | 1 ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 ヶ月 | |
| 体験入所の内容 | ① あり (内容: 一泊二日(夕食、朝食、リネン、居室代込み) 3,000円(税別)) 2 なし | |
| 入居定員 | 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 | | 0.8 |
| 生活相談員 | | 1 | | 0.2 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | | 6 | 1 | 1.0以上 |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2} | | | | |
| <p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従事者の人数を常勤の従事者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※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。</p> | | | | |

(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 | 5 | 4 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 2 | 2 | 0 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 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 | | | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復師 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |
| <u>はり師</u> | | | |
| <u>きゅう師</u> | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (16:30~9:30) | | | | |
|-----------------------|------|---|-----------------|---|
| | 平均人数 | | 最少時人数 (休憩者等を除く) | |
| | 看護職員 | 0 | 人 | 0 |
| 介護職員 | 1 | 人 | 0 | 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 | 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 | 介護福祉士 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 | | | 3 | 1 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 3 | | | | | | | |
| 応じた業務に従事した人数 経験年数に | 1年未満 | | 4 | | | | | | | |
| | 1年以上 | | 1 | | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | 1 | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | 1 | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | ① あり 2 なし | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | ① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | ③ 月払い方式 | 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 不在期間がその月の1日から末日まで不在の場合は家賃と管理費のみ請求。その期間施設職員のサービスも行われなかった場合は家賃のみ請求。 | |
| 利用料金の 改定 | 条件 | (1) 事業者は、法令の改定、著しい経済情勢の変化(固定資産税、消費者物価指数の変動等)を勘案し、入居者が支払う月払い費用、その他の費用の額を改定することが出来る。 (2) 事業者は、前項の費用改定の場合には、契約書第9条に定める運営懇談会の意見を聞いた上でこれを行うものとする。 |
| | 手続き | 1か月前に文書・口頭での説明を行い、同意書に署名・押印を頂く。 |

(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 | 要介護2 | 要介護5 | |
| | 年齢 | 90 歳 | 88 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 14.73 m ² | 14.9 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 | 40,000 円 | 40,000 円 | |
| 月額費用の合計 | | 138,400 円 | 148,400 円 | |
| 家賃 | | 35,000 円 | 45,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | | 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 51900(30日で計算) 朝450円 昼640円(おやつ含) 夕640円 円 | 51900(30日で計算) 朝450円 昼640円(おやつ含) 夕640円 円 |
| | | 管理費 | 36,000 円 | 36,000 円 |
| | | 介護費用 | 0 円 | 0 円 |
| | | 光熱水費 | 15,500 円 | 15,500 円 |
| | その他 | 7500円(冬期間暖房費として) 円 | 7500円(冬期間暖房費として) 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> | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|---------------------|--|
| 家賃 | 物件の構造や立地条件、地価、需要等に基づいて周囲の物件と相対的に設定し充当。 |
| 敷金 | 退居時のハウスクリーニング代相当 |
| 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 | 事務管理部門の人件費、事務費、入居者に対する日常支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費。 ※入退居時は日割り計算。月途中での入院等で不在になる場合は入居者の全額自己負担。その月の1日から末日まで不在の場合で、かつ施設職員によるサービス(入院先への荷物の搬入等)が行われなかった場合には算定されない。 |
| 食費 | 朝食450円 昼食640円 夕食640円 ※前々日までのキャンセルの場合、食費は算定されない。 |
| 光熱水費 | 入居者が居住する居室内の光熱水費、共用施設内の光熱水費。(但し、冬期間【10月～4月】は暖房費として7,500円追加。) ※入院等によりその月の1日から末日まで不在の場合は算定されない。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | 自費サービス料金(提携病院以外の受診付き添い等)30分 1,250円(税別) |
| | 家電製品持ち込み料(冷蔵庫、電子レンジ等) 1点につき1,000円(税込) |

(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 | 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） | 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 | 4 | 人 |
| | 女性 | 14 | 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 | 6 | 人 |
| | 85歳以上 | 11 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援 1 | 0 | 人 |
| | 要支援 2 | 0 | 人 |
| | 要介護 1 | 1 | 人 |
| | 要介護 2 | 3 | 人 |
| | 要介護 3 | 4 | 人 |
| | 要介護 4 | 4 | 人 |
| | 要介護 5 | 6 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 2 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 3 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 11 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 2 | 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 | 87.6 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 18 | 人 |
| 入居率※ | 100 | % |
| ※ 入居者数の合計を入居定員で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | | |

(前年度における退去者の状況)

| | | | |
|---------|----------|---|---|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 4 | 人 |
| | 医療機関 | 3 | 人 |
| | 死亡者 | 0 | 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 | 7 | 人 |
| | | (解約事由の例) 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設への入居。長期入院のため。 | |

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 | 中央通ななかまど 相談苦情窓口 ご意見ボックス | |
| 電話番号 | 019-624-0165 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:30 |
| | 土曜 | 無し ※施設内にご意見ボックスを常時設置 |
| | 日曜・祝日 | 無し ※施設内にご意見ボックスを常時設置 |
| 定休日 | 土、日、祝日 8/13~8/16、12/30~1/3 | |

(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) 損保ジャパン日本興和株式会社 |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき | ① あり | (その内容) 損保ジャパン日本興和株式会社 |
| | 2 なし | |
| 事故が発生したときの対応 | 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、意見等利用者の意見等を把握する取組の状況 | ① あり | 実施日 | 常時 |
| | | 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 |
| | 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 | | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類：別添1（別を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）

※ _____ 様

説明年月日 令和 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。

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 当施設への入居にあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）
- (3) 他施設等へ転居する場合、その転居先の施設等

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

株式会社 航和
代表取締役 佐々木 航 殿

(利用者)

住所

氏名

印

(家族)

住所

氏名

印

別添1 事業主体が盛岡市内で実施する他の介護サービス一覧表

| 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 | 訪問介護事業所 ななかまど | 盛岡市津志田町3丁目6-15 |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | ななかまど通所介護事業所 | 盛岡市中央通二丁目5番5号 |
| | | | 通所介護事業所 ななかまど津志 | 盛岡市津志田町三丁目6-15 |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 介護医療院 | あり | なし | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | |
| 訪問型サービス | あり | なし | | |
| 通所型サービス | あり | なし | ななかまど通所介護事業所 | 盛岡市中央通二丁目5番5号 |
| | あり | なし | 通所介護事業所 ななかまど津志 | 盛岡市津志田町3丁目6-15 |

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） | | | | 包含※2 | 都度※2 | |
| | 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 | | ○ | ※実費でのお支払い。毎月の入居費用に併せて請求 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,250 ※30分毎 入浴準備・介助・後始末含む |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,000 ※30分毎 機械操作・介助含む |
| 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（協力病院の場合） | なし | あり | なし | あり | ○ | | ※施設指定の協力病院への受診付添・送迎無料 |
| 通院介助（協力病院以外の場合） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,250 ※30分毎 移動（タクシー等）の費用も自己負担。 |
| 生活サービス | | | | | | ○ | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,250 ※30分毎 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,250 ※1回のリネン交換 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 500円 ※洗濯機・乾燥機使用料は別途自己負担 |
| 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 | | | |
| おやつ | | | なし | あり | | ○ | ※昼食代に含む |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | ※月一回程度訪問理美容師来設。理美容代は実費にて自己負担。 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | | 1,250 ※30分毎 |
| 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 | ○ | | ※協力病院に限る。 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | ※協力病院に限る。 |
| 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 | ○ | | ※服薬確認・薬管理。併設介護事業所と連携 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | ※ケース記録あり。併設介護事業所と連携 |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | ○ | | ※協力病院に限る。 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | ○ | | ※協力病院に限る。 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | ○ | | ※協力病院に限る。 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | ○ | | ※協力病院に限る。 |

※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。