

浜松〈ゆうゆうの里〉有料老人ホーム重要事項説明書
 (入居契約 兼 指定(介護予防)特定施設利用契約)

| | |
|-----------|-----------|
| 記入年月日 | 令和6年10月1日 |
| 記入者名 | 高橋 徹 |
| 所属・職名 | 施設長 |
| 取込種別 | |
| 被災確認事業所番号 | |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---|-------------------------------|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 一般財団法人 |
| 名称 | (ふりがな) いっぱんざいだんほうじん にほんろうじんふくしざいだん 一般財団法人 日本老人福祉財団 | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 有 |
| | 法人番号 | 6010005004221 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒103 - 0012 東京都中央区日本橋堀留町 1-7-7 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03 - 3662 - 3611 |
| | FAX番号 | 03 - 3662 - 3656 |
| | メールアドレス | contact@yuyunosato.or.jp |
| | ホームページアドレス有無 | 有 |
| | ホームページアドレス | https://www.yuyunosato.or.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 小口 明彦 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和48年12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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ はまつ ゆうゆうのさと 介護付有料老人ホーム 浜松〈ゆうゆうの里〉 | | | |
| 所在地 | 〒431-1304 静岡県浜松市浜名区細江町中川 7399 | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 静岡県 | 市区町村 | 221309 浜松市 |

| | | |
|---------------|------------|---|
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR「浜松」駅 |
| | 交通手段と所要時間 | <p>■バス利用の場合 JR「浜松」駅より「聖隷三方原病院 気賀三ヶ日方面」行バスで約 12.7km 約 45分 「聖隷三方原病院」下車 350m 徒歩約 5分</p> <p>■自動車利用の場合 東名高速道路 浜松西インターより約 4.8km 約 12分</p> |
| 連絡先 | 電話番号 | 053 - 439 - 2711 |
| | FAX番号 | 053 - 438 - 1352 |
| | メールアドレス | hamamatsu-contact@yuyunosato.or.jp |
| | ホームページ有無 | 有 |
| | ホームページアドレス | https://www.yuyunosato.or.jp/place/hama/ |
| 管理者 | 氏名 | 高橋 徹 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和51年5月18日(1、2、3号館) 平成 7年2月22日(4、5号館) |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和51年6月10日(1、2、3号館) 平成 7年4月 1日(4、5号館) |

(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 | <ul style="list-style-type: none"> ・特定施設入居者生活介護事業所 浜松市 2278100082 号 ・介護予防特定施設入居者生活介護事業所 浜松市 2278100082 号 |
| | 指定した自治体名 | 浜松市 |
| | 事業所の指定日 | <ul style="list-style-type: none"> ・特定施設入居者生活介護事業所 平成 12 年 2 月 1 日 ・介護予防特定施設入居者生活介護事業所 平成 18 年 4 月 1 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | <ul style="list-style-type: none"> ・特定施設入居者生活介護事業所 令和 2 年 4 月 1 日 ・介護予防特定施設入居者生活介護事業所 令和 6 年 4 月 1 日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|---------|--|--|---|---------------------|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 20,708.07 m ² | | | | |
| | 所有関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 (普通賃借・定期賃借) | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 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 | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 22,090.27 m ² 鉄筋コンクリート造地上 4～8 階建 | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 22,090.27 m ² | | | |
| | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 (1～5 号館) | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 (ゲストハウス) | | | | |
| | | 3 その他 () | | | | |
| 構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 地上 4～8 階建 (1～5 号館) | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 (ゲストハウス) | | | | | |
| | 3 木造 | | | | | |
| | 4 その他 () | | | | | |
| 所有関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | | |
| | 2 事業者が賃借する建物 (普通賃借・定期賃借) | | | | | |
| | 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】 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (縁故者居室を含む) | | | | |
| | | 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* |
| | Aタイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 シャワーブース のみ設置 | 25.5 m ² | 14 | 一般居室個室 |
| | A'タイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 27.1 m ² | 7 | 〃 |
| | Bタイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 30.0 m ² | 33 | 〃 |
| | C1タイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 39.7 m ² | 6 | 〃 |

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|----------------------|----|---------------------|
| C2タイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 41.3 m ² | 28 | 〃 |
| Dタイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 49.4 m ² | 33 | 〃 |
| Eタイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 51.0 m ² | 7 | 〃 |
| F1タイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 60.8 m ² | 28 | 〃 |
| F2・F3タイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 62.1 m ² | 4 | 〃 |
| F2'・F3'タイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 63.9 m ² | 10 | 〃 |
| G1・G2タイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 61.2 m ² | 2 | 〃 |
| G3タイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 62.0 m ² | 1 | 〃 |
| M1タイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 24.3 m ² | 9 | 介護居室個室 |
| M1'タイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 25.5 m ² | 3 | 〃 |
| M2タイプ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 31.5 m ² | 76 | 〃 |
| 共用介護個室 (一時介護室兼用) 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 18.81 m ² | 4 | 共用介護個室 (一時介護室兼用) |
| 共用介護個室 (一時介護室兼用) 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 18.11 m ² | 2 | 〃 |
| 共用介護個室 (一時介護室兼用) 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 18.13 m ² | 2 | 〃 |
| 共用介護個室 (一時介護室兼用) 4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 20.19 m ² | 2 | 〃 |

※「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 | 10ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 7ヶ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 7ヶ所 |
| | 共用浴室 | 5ヶ所 ・3号館1階(2ヶ所) ・5号館3階(2ヶ所) ・5号館4階(1ヶ所) | 個室 | 1ヶ所 |
| | | | 大浴場 | 4ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 3ヶ所 ・5号館3階(2ヶ所) ・5号館4階(1ヶ所) | チェアー浴 | 3ヶ所 |
| | | | リフト浴 | 0ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 1槽 | 1ヶ所 |
| | | その他(大浴槽) 1槽 (個別浴槽) 1槽 | 各1ヶ所 | |
| 食堂 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | |

| | | | |
|---------|---|---|---|
| | エレベーター | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 自動火災報知設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 火災通報設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | スプリ ンクラ ー | 1、2、3 号館 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | 4、5号館 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 防火管理者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| 防災計画 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし | |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし | |
| 緊急通報装置等 | 浴室 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし | |
| | その他（ ） | 1 あり 2 一部あり 3 なし | |
| その他 | 健康相談室、リハビリホール(機能訓練、サークル活動、行事・催事の場所として使用)、デイルーム、ゆうゆうホール、多目的ホール(サークル活動、行事・催事の場所として使用)、茶室、ロビー、応接室、図書室、アスレチックジム、サロン、売店コーナー(購入代金は実費)、ゲストルーム5室(宿泊は有料)、理美容室(理美容代実費負担)、ランドリー室(洗濯機・乾燥機の利用は有料)、ゆうゆう農園、駐車場 等 | | |

4. サービス等の内容 (全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 人が人として生きるための尊厳を大切にし、しかも自分らしく、生きがいのある人生最後のステージを悠々とお過ごしいただくための居住空間・日常生活サービス・介護サービスを提供します。大きな安心感に裏付けられた“充実した、自分らしい人生”を送って頂くことを大きな目標としています。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 浜松〈ゆうゆうの里〉では、入居時から生涯にわたって、健康寿命を長く保つサービスと医療支援・介護をベースとした「終身にわたる安心」を提供しています。自立期から終末期まで、自分らしい、充実した豊かな人生をお過ごし頂けるよう、心身の状態に応じてサポートいたします。介護に関するサービスの提供内容については、入居者及び |

| | | | |
|----------------|---|------|-----------|
| | 家族の生活に対する意向をもとに、別添2「サービス一覧表」に基づき、サービス担当者会議において検討し決定します。 | | |
| 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

| | | | | | |
|--|----------------|------|------|------|------|
| <p>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</p> <p>※「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p> | 入居継続支援加算 | (I) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | (I) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし | |
| | ADL等維持加算 | (I) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし | |
| | 個別機能訓練加算 | (I) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 | (I) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | | 1 あり | 2 なし |
| | 協力医療機関連携加算 | (I) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし | |
| | 口腔衛生管理体制加算 (※) | | | 1 あり | 2 なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | | 1 あり | 2 なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | | | 1 あり | 2 なし |
| | 退院・退所時連携加算 | | | 1 あり | 2 なし |
| | 退居時情報提供加算 | | | 1 あり | 2 なし |
| | 看取り介護加算 | (I) | 1 あり | 2 なし | |
| | | (II) | 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 | | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | (I) | 1 あり | 2 なし | | |
| | (II) | 1 あり | 2 なし | | |
| 新興感染症等施設療養費 | | | 1 あり | 2 なし | |

| | | | | | | |
|----------------------|--------------|----------|---------------------------|----|---|----|
| | 生産性向上推進体制加算 | (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) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 1 | あり | 2 | なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅳ) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) (1) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) (2) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) (3) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) (4) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) (5) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) (6) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) (7) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) (8) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) (9) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅴ) (10) | 1 | あり | 2 | なし |
| (Ⅴ) (11) | 1 | あり | 2 | なし | | |
| (Ⅴ) (12) | 1 | あり | 2 | なし | | |
| (Ⅴ) (13) | 1 | あり | 2 | なし | | |
| (Ⅴ) (14) | 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) 2 : 1 以上 | | | |
| | 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 | 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院 |
| | | 住所 | 静岡県浜松市中央区三方原町 3453 (浜松〈ゆうゆうの里〉から 350m) |

| | | | | |
|-------------------|---|---------|--|-----------|
| | | 診療科目 | 総合診療内科、血液内科、感染症・リウマチ内科、腎臓内科、内分泌代謝科、神経内科、消化器内科・肝臓内科、呼吸器内科、循環器科、脳卒中科、外科、消化器外科、呼吸器外科、整形外科、四肢外傷治療科、脳神経外科、てんかん・機能神経外科、形成外科、救急科、心臓血管外科、リハビリテーション科、歯科、放射線科、放射線治療科、小児科、産科、婦人科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、眼科、ホスピス科、緩和支援治療科、化学療法科、精神科、麻酔科・ペインクリニック、病理診断科、臨床検査科 | |
| | | 協力科目 | リハビリテーション科 | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| | | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 1 | あり | | |
| | | 医療機関の名称 | 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院 | |
| | | 医療機関の住所 | 静岡県浜松市中央区三方原町 3453 (浜松〈ゆうゆうの里〉から 350m) | |
| | 2 | なし | | |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 平松歯科医院 | |
| | | 住所 | 静岡県浜松市浜名区新都田 2 丁目 1 - 12 (浜松〈ゆうゆうの里〉から 6.3km) | |
| | | 協力内容 | 月 2 回の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) 緊急時(夜間も含む)には必要に応じて相談に応じる。 入居者・職員への口腔ケアに関する知識及び技術向上の為の助言・指導(年 2 回) | |

(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

| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>入居後に居室を 住み替える場合 ※複数選択可</p> | <p>1 共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他（ ）</p> |
| <p>判断基準の内容</p> | <p>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する場合には、入居契約に基づくサービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。</p> <p>【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】 退院後や日常生活上で一時的介護を要する場合など、入居者の希望に応じて、共用介護個室（一時介護室兼用）において介護を行います。（原則3ヶ月以内、但し、二人入居の場合、この限りではありません。）</p> <p>【介護居室へ移る場合】 日常的に介護が必要となった場合には、医師の意見、介護職員による会議の決定を踏まえ、一定の観察期間の後、継続的に介護居室での介護が必要とされる場合には、本人同意の上、一般居室から介護居室へ住み替えていただきます。</p> |
| <p>手続きの内容</p> | <p>【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】 入居者に対し、介護サービスの提供の場所を一時介護室に変更する場合は、次の手続きを行います。なお、それぞれの手続きは書面にて確認します。</p> <p>①事業者の指定する医師の意見を聴く。 ②入居者の意思を確認する。 ③入居者の身元引受人等の意見を聴く。</p> <p>共用介護個室（一時介護室兼用）を利用された場合は、諸雑費 670 円/日、洗濯諸雑費 60 円/品が必要となります。</p> <p>【介護居室へ移る場合】 入居者に対し、介護居室への住み替えを求める場合は、次の手続きを行います。なお、それぞれの手続きは書面にて確認します。</p> <p>①事業者の指定する医師の意見を聴く ②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 ③居室の権利や前払金又は月払い利用料の額その他の本契約内容に重大な変更が生じる場合は、次の項目について入居者・連帯保証人及び身元引受人等に説明を行う</p> <p>ア居室の権利の変動 イ居室の変更及び居室の専有面積の変更に伴う費用負担の</p> |

| | | |
|------------------|-------------------|---|
| | | 増減又は費用調整の有無 ウ提供する介護サービスの変更内容 ④入居者の同意を得る |
| 追加的費用の有無 | | 【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】 <input type="checkbox"/> 1 あり（水光熱費・リネン費等実費） 2 なし 【介護居室へ移る場合】 <input type="checkbox"/> 1 あり（入居一時金の住み替え調整金） 2 なし |
| 居室利用権の 取扱い | | 共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合は、一般居室の利用権は継続します。 介護居室へ移る場合は、当初入居した一般居室の利用に関する権利は消滅し、新たに介護居室の利用に関する権利が発生します。 2人入居の方で、1人が介護状態となり、一般居室で2人で住まうことが難しくなった場合、1人（介護が必要な方）に共用介護個室（一時介護室兼用）の利用をお勧めします。 ただし、共用介護個室（一時介護室兼用）は、専用利用権が発生するものではありません。お体の状態や他の利用者の状況等により、利用する共用介護個室（一時介護室兼用）を変更する場合があります。 なお、2人入居の方で1人がそのまま一般居室の利用に関する権利を有し、他の1人が新たに介護居室の利用に関する権利を取得する場合は、介護居室の新規契約を締結していただきます。 ただし入居者が希望しないにもかかわらず、介護居室の新規契約を施設から要請することは一切ありません。 |
| 前払金償却の調整の有無 | | 【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし 【介護居室へ移る場合】 <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 当初入居した一般居室と住み替え後の介護居室とで、入居金の調整（返金または追加負担）を行います。ただし、居室の構造や仕様の変更又は専有面積の減少に応じた調整ではありません。当初入居した一般居室の原状回復費用は、通常の使用に伴い生じた居室の損耗をのぞき、入居者負担となります。 |
| 様 の 変 更 | 従前の居室との仕 面積の増減 | 【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】 【介護居室へ移る場合】 <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 便所の変更 | 【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】 【介護居室へ移る場合】 <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |

| | | |
|--------|--|-----------------------|
| 浴室の変更 | 【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】 【介護居室へ移る場合】 1 あり 2 なし | |
| 洗面所の変更 | 【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】 【介護居室へ移る場合】 1 あり 2 なし | |
| 台所の変更 | 【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】 【介護居室へ移る場合】 1 あり 2 なし | |
| その他の変更 | 1 あり | (変更内容) 室内全体の仕様が異なります。 |
| | 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 (住居タイプによる) |
| | 要介護の者 | 1 あり 2 なし (住居タイプによる) |
| 留意事項 | 65歳以上の方。ご夫婦の場合はお二人とも65歳以上。原則として、ご自分で身の回りのことができる方。ただし、介護居室に入居の場合は、身の回りのことができない場合でも、相談のうえ入居することができます。また、本人に入居の意志があり、施設見学と体験入居を済まされていることが条件となります。 | |
| 契約解除の内容 | ①入居者が死亡したとき(入居者が2名の場合は両者とも死亡したとき) ②事業者からの契約解除条項に基づき本契約を解除したとき ③入居者からの解約又は契約解除条項に基づき本契約を解約又は解除したとき | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | (事業者からの契約解除) 事業者は入居者に次の事由があり、かつ信頼関係を著しく害する場合には、本契約を解除することができます。 1. 入居に際し虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき 2. 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、6か月以上遅滞したとき |

| | | | |
|--------------|---|--------|------|
| | <p>3. 入居契約書第3条4項の規定に違反したとき</p> <p>4. 禁止又は制限される行為の規定に違反したとき</p> <p>5. 入居者の行動が、他の入居者又は事業者の役職員の生命・身体・健康・財産（事業者の財産を含む）に危害を及ぼし、ないしは、その危害の切迫したおそれがあり、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ことができないとき</p> <p>（その他は入居契約書第27条を参照）</p> | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>解約予告期間</td> <td>90日間</td> </tr> </table> | 解約予告期間 | 90日間 |
| 解約予告期間 | 90日間 | | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日間 | | |
| 体験入居の内容 | <p>1 あり （内容：2泊3日以内の日程で体験入居が可能です。ただし、事情によっては、1週間以内の体験入居も相談に応じます。空室がない場合には、ゲストルームにて体験入居となります。） 1泊2日 3,000円〔税込み〕 夕・朝食付</p> <p>2 なし</p> | | |
| 入居定員 | 319人 | | |
| その他 | 身元引受人になる人がいない場合は、ご相談ください。 | | |

5. 職員体制【令和6年7月1日現在】

※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 | 1 | 0 | 1.0 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 65 | 38 | 27 | 49.6 |
| 介護職員 | 52 | 35 | 17 | 44.2 (内自立者対応 8.9) |
| 看護職員 | 13 | 3 | 10 | 5.4 (内自立者対応 1.0) |
| 機能訓練指導員 | 2 | 2 | 0 | 1.5 |
| 計画作成担当者 | 2 | 2 | 0 | 2.0 |
| 栄養士 | 4 | 3 | 1 | 3.3 |
| 調理員 | 16 | 7 | 9 | 11.7 |

| | | | | |
|---|----|----|----|------|
| 事務員 | 11 | 6 | 5 | 9.3 |
| その他職員 | 31 | 12 | 19 | 14.1 |
| 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 |
| <p>※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。</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 | 5 | 5 | 0 |
| 介護福祉士 | 38 | 31 | 7 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 8 | 3 | 5 |
| 介護支援専門員 | 6 | 5 | 1 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | 1 | 1 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 1 | 1 | 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 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 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 (17時45分～ 8時45分) | | |
|---------------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 1人 | 0人 |
| 介護職員 | 3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) | 1.7 : 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(特定施設の管理者) 2 なし | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | 介護福祉士 | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | | | | | | | | |
| | | 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 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数の人数 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上3年未満 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 3年以上5年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 5年以上10年未満 | 0 | 0 | 8 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 2 | 10 | 25 | 11 | 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】 | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 | |
| | <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| | | |
| 年齢に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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 | 改定する利用料の収支状況等や目的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、人件費等を勘案します。 |
| | 手続き | 改定理由について、運営連絡会議の意見を聴きます。また、改定に当たっては、入居者・連帯保証人・身元引受人へ事前に通知します。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1（一人入居） | プラン2（二人入居） |
|------------|------|--|--|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 自立 | 自立 |
| | 年齢 | 65歳以上 | 65歳以上 |
| 居室の状況 | 床面積 | 30㎡ | 49.4㎡ |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |
| | 浴室 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |
| | 台所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |
| | 前払金 | 入居一時金 1,863万円 介護等一時金 756万円 健康管理一時金 75万円 | 入居一時金 3,016万円 加算入居一時金 565万円 介護等一時金 1,512万円 健康管理一時金 150万円 |
| 入居時点で必要な費用 | | | |

| | | | | |
|---|-------------------------------|----------------------|---------------------------------|-------------|
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 157,360円 | 276,520円 | |
| 家賃 | | 0円 | 0円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 0円 | 0円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費（3食30日 食堂利用の場合） | 73,320円 | 146,640円 |
| | | 管理費 | 66,550円 | 107,250円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 （実費負担、個人差あり） | （目安）17,490円 | （目安）22,630円 |
| | | その他 | 各サービス提供時に発生する消耗品代の実費は別途必要となります。 | |
| <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 | |
| 敷金 | |
| 介護費用 | |
| 管理費 | 共用施設等の維持管理費、事務費並びに各種相談、余暇活動サービスに要する費用及び、事務管理課職員、コミュニティサービス職員、施設長と各課職場長の人件費に充当する。 |
| 食費 | 人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。 ※各居室にはキッチンが設置されており自炊可能。 |
| 光熱水費 | 居室内の光熱水費は別途使用量に応じた実費負担。 ※居室タイプにより暖房費（概ね12～3月）が別途必要。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | |

(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 | 基本報酬、P6(介護サービスの内容)に記載する加算の利用者負担分。 |
| 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) | 人員を配置基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付(利用者負担分を含む)による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。 |
| ※ 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 | <p>■入居一時金</p> <p>目的施設(居室及び共用施設)を終身にわたって利用するための家賃相当額に充当します。老人福祉法第29条第8項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品に該当しません。</p> <p>【内訳】</p> <p>事業費(土地代・建設費・大規模修繕等修繕費・借入利息・保険料・固定資産税・本部経費等)</p> <p>【算定根拠】</p> <p>入居一時金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡(平成24年3月16日付)で示された算式に基づき算定します。</p> <p>一般居室：1,449万円(Aタイプ)～4,216万円(G3タイプ)</p> <p>介護居室：1,421万円(M1タイプ)～1,590万円(M2タイプ)</p> <p>■介護等一時金 7,560千円(1人当たり)は、費用設定時の長期推計額です。内訳は、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 要支援者及び要介護者に対して、特定施設入居者生活介護等のサービスを、平成12年3月30日老企第52号により、介護・看護職員を手厚く配置した場合の介護サービス利用料として5,243千円 2. 要支援者及び要介護者以外の入居者に対して、緊急、臨時的、 |
|------|---|

又は一時的に入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を要する費用として2,317千円

【生活支援サービス例】

- 一時的に体調を崩した時の日常生活上の介助
- 緊急時又は一時的に体調を崩した時の医療機関への付添い（但し協力医療機関と、施設より半径7.5km以内の医療機関に限る。病院付添い時等の交通費の実費（付添い職員分も含む）は入居者負担となります。）
- 入院時の医療機関への見舞い訪問（原則週2回、但し協力医療機関と、施設より半径7.5km以内の医療機関に限る。）
- 居室等からの緊急用コールの対応
- アスレチックジムトレーニングサービス

3. 上記1の費用は、費用設定時において、人員を配置基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいて算出されています（要介護者等2人に対し、週40時間換算で看護・介護職員1人以上）。

介護等一時金は、指針及び事務連絡に示された考え方に基づいて算定します。当該金額は、老人福祉法第29条第8項で定める受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品に該当しません。

■健康管理一時金 750千円（1人あたり）

聖隷予防検診センターでの人間ドッグ（年2回）、健康診査（月1回）、健康相談、緊急時対応の費用です。健康管理一時金は、指針及び事務連絡に示された考え方に基づいて算定します。当該金額は、老人福祉法第29条第8項で定める受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品に該当しません。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------|---------------|--|---------|---------|----------|--------|---------|------------|---------|---------|----------|
| 想定居住期間 (償却年月数) | 180ヶ月 | | | | | | | | | | | | |
| 償却の開始日 | 入居日の翌日 | | | | | | | | | | | | |
| 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) | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">入居一時金</td> <td style="width: 30%;">: 入居一時金ごとに異なる</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>加算入居一時金</td> <td>: 1人あたり</td> <td style="text-align: right;">819,250円</td> </tr> <tr> <td>介護等一時金</td> <td>: 1人あたり</td> <td style="text-align: right;">1,096,200円</td> </tr> <tr> <td>健康管理一時金</td> <td>: 1人あたり</td> <td style="text-align: right;">108,750円</td> </tr> </table> | 入居一時金 | : 入居一時金ごとに異なる | | 加算入居一時金 | : 1人あたり | 819,250円 | 介護等一時金 | : 1人あたり | 1,096,200円 | 健康管理一時金 | : 1人あたり | 108,750円 |
| 入居一時金 | : 入居一時金ごとに異なる | | | | | | | | | | | | |
| 加算入居一時金 | : 1人あたり | 819,250円 | | | | | | | | | | | |
| 介護等一時金 | : 1人あたり | 1,096,200円 | | | | | | | | | | | |
| 健康管理一時金 | : 1人あたり | 108,750円 | | | | | | | | | | | |
| 初期償却率 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">入居一時金</td> <td style="width: 30%;">14.50%</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>加算入居一時金</td> <td>14.50%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護等一時金</td> <td>14.50%</td> <td></td> </tr> </table> | 入居一時金 | 14.50% | | 加算入居一時金 | 14.50% | | 介護等一時金 | 14.50% | | | | |
| 入居一時金 | 14.50% | | | | | | | | | | | | |
| 加算入居一時金 | 14.50% | | | | | | | | | | | | |
| 介護等一時金 | 14.50% | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|----------|----------------|--|
| | 健康管理一時金 14.50% | |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | <p>入居者が入居日の翌日から3月が経過するまでの間に契約が解約又は死亡により終了する場合、受領済みの額から以下の費用を除いた全額を無利息で返還いたします。</p> <p>なお、一室2人入居の場合において、入居者のうちどちらか一方が解約した場合又は死亡した場合は、2人目に関わる前払金を対象として返還いたします。</p> <p>1. 入居日から契約終了日までの施設の利用の対価として、1日あたりの居室利用料に利用日数を乗じた金額</p> <ul style="list-style-type: none"> ○入居一時金の利用料 2,249円/日 (M1タイプ) ~6,675円/日 (G3タイプ) ○加算入居一時金の利用料 894円/日 ○介護等一時金の利用料 1,197円/日 ○健康管理一時金の利用料 118円/日 <p>*1日あたりの利用料は前払金のうち返還対象部分の月額を30日で割り返した額です。</p> <p>*入居一時金の利用料は、居室タイプによって異なります。</p> <p>*前払金のうち非返還部分は、全額を無利息で返還します。</p> <p>2. 日割り計算による管理費等の費用</p> <p>3. 居室の原状回復のための費用</p> |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | <p>想定居住期間内に契約終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○入居一時金 前払金×返還対象部分の割合【85.50%】÷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 ○加算入居一時金 前払金×返還対象部分の割合【85.50%】÷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 ○介護等一時金 前払金×返還対象部分の割合【85.50%】÷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 ○健康管理一時金 前払金×返還対象部分の割合【85.50%】÷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 |

| | | |
|-------------|---|--------------------------|
| | | ※その他、月払い利用料については日割計算を行う。 |
| 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（入居者生活保証制度加入） |
| | 5 | その他（名称： ） |

7. 入居者の状況【令和6年7月1日現在】

（入居者の人数）

| | | |
|-------|------------|------|
| 性別 | 男性 | 103人 |
| | 女性 | 187人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 29人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 137人 |
| | 85歳以上 | 124人 |
| 要介護度別 | 自立 | 208人 |
| | 要支援1 | 16人 |
| | 要支援2 | 9人 |
| | 要介護1 | 26人 |
| | 要介護2 | 8人 |
| | 要介護3 | 9人 |
| | 要介護4 | 9人 |
| | 要介護5 | 5人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 8人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 16人 |
| | 1年以上5年未満 | 59人 |
| | 5年以上10年未満 | 84人 |
| | 10年以上15年未満 | 61人 |
| | 15年以上 | 62人 |

（入居者の属性）

| | |
|---|-------|
| 平均年齢 | 83.7歳 |
| 入居者数の合計 | 290人 |
| 入居率※ | 90.9% |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|-------------|----------|--|
| 退去先別の 人数 | 自宅等 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 0人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡 | 30人 |
| | その他 | 1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 | 1人 |
| | | (解約事由の例) 二人入居のうち、一人が新たに介護居室の新規契約を締結 |

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 | 浜松〈ゆうゆうの里〉 苦情の対応について、施設長を苦情解決責任者とし、サービスに係る苦情に迅速に対応する為、苦情解決責任者は職員の中から苦情受付担当者を定め、苦情処理体制を整備しています。入居者からの苦情には守秘義務を課し、速やかに対応します。苦情を申し出ることによる差別的な待遇は一切行いません。苦情受付の窓口は食事サービス課を除く各課窓口カウンターとし、受付時間は午前9時から午後5時までで年中無休とします。受付時間以外の申し出は当直担当者が対応し、後日早急に苦情受付担当者が対処します。 | |
| 電話番号 | 連絡先 053-439-2711 (代表) 管理事務所：内線 901 生活サービスステーション：内線 910 ケアステーション：内線 981 健康相談室：内線 953 | |
| 対応している 時間 | 平日 | 午前 9 時から午後 5 時 |
| | 土曜 | 午前 9 時から午後 5 時 |
| | 日曜・祝日 | 午前 9 時から午後 5 時 |
| 定休日 | なし | |

| | | |
|--------------|-------|-------------------------|
| 窓口 2 (施設外) | | 浜松市浜名福祉事業所 長寿保険課 |
| 電話番号 | | 053-585-1122 |
| 対応している 時間 | 平日 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 |
| | 土曜 | 定休日 |
| | 日曜・祝日 | 定休日 |
| 定休日 | | 土日・祝祭日・年末年始等 |
| 窓口 3 (施設外) | | (公社) 全国有料老人ホーム協会 |
| 電話番号 | | 03-3548-1077 |
| 対応している 時間 | 平日 | 午前 10 時～午後 5 時 |
| | 土曜 | 定休日 |
| | 日曜・祝日 | 定休日 |
| 定休日 | | 土日・祝祭日・年末年始等 |
| 窓口 4 (施設外) | | 静岡県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | | 054-253-5590 |
| 対応している 時間 | 平日 | 午前 9 時～午後 5 時 |
| | 土曜 | 定休日 |
| | 日曜・祝日 | 定休日 |
| 定休日 | | 土日・祝祭日・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 | 1 | あり | (その内容) (公社) 全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入。事業者は、入居者の生命・身体・健康・財産に損害が発生した場合又はそのおそれがある場合、それが事業者の責めに帰すべき事由による場合には、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は過失がある場合には、損害賠償額を減ずることがあります。 |
| | 2 | なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 | あり | (その内容) 事故対応マニュアルによる |
| | 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 2 なし | 実施日 | 提案箱を通年設置、運営連絡会議(月1回)で公表 |
| | | 結果の開示 | 1 あり(配布) 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり 2 なし | 実施日 | 令和5年2月24日 |
| | | 評価機関名称 | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 有料老人ホームサービス第三者評価事業 (特・非)京都府認知症グループホーム協議会 |
| | | 結果の開示 | 1 あり(配布、HP) 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 運営連絡会議 | (開催頻度) 年 12 回 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり 2 代替措置なし | (内容) |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 適合している（代替措置） <input type="checkbox"/> 2 適合している（将来の改善計画） <input type="checkbox"/> 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 | なし |
| 不適合事項がある場合の内容 | |

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ 印

被説明者署名 _____ 印

被説明者署名 _____ 印

※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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

| 介護サービス等の種類 | | | 併設・隣接 の状況 | 事業所の名称 | 所在地 |
|----------------------|----|----|--------------|----------------|-------------------------|
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | 浜松〈ゆう ゆうの里〉 | 浜松市浜名区 細江町中川7 399 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| ＜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 | 併設・隣接 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |

| | | | | | |
|-------------------|----|----|-------|----------|-------------------------|
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | 浜松（ゆうの里） | 浜松市浜名区 細江町中川7 399 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| ＜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 | 併設・隣接 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護医療院 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| ＜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 | 併設・隣接 | | |
| 通所型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| その他の生活支援サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | | | なし | あり |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|------|------|---|---|----|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | | | 備考 【自】：自立者へ「介護等一時金」で提供する一時的介護サービス(原則 3ヶ月) | |
| | | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | | 保険給付＋上乗せ介護費 【自】 | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | 保険給付＋上乗せ介護費 【自】 | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 月 12,000 円程度 (要介護 5 の場合) 実費負担 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | ○ | | 週 2 回（共用浴室） 個別のケースでそれ以上実施することあり（保険給付＋上乗せ介護費） 【自】 | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | | 週 2 回（共用浴室における介護浴槽） 個別のケースでそれ以上実施することあり（保険給付＋上乗せ介護費） 【自】 | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | 保険給付＋上乗せ介護費 【自】 | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | ○ | | 状況に応じ機能維持向上の為の支援 （生活リハ等） 【自】 | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | | 保険給付＋上乗せ介護費 協力医療機関以外：施設から半径 7.5 km 以内の医療機関 交通費：実費負担 【自】 | |
| 口腔衛生管理 | なし | あり | なし | あり | ○ | | 保険給付＋上乗せ介護費 【自】 | |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | | 【自】 | |

| | | | | | | | | |
|------------------|----|--|--|--|---|---|----------------------|--|
| リネン交換 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 【自】 |
| 日常の洗濯 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 洗濯諸雑費 60 円/品 【自】 |
| 居室配膳・下膳 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 【自】 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | | | | |
| おやつ | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 1 回 250 円 程度 | 実費負担 |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 例： カット 2,000 円 | 外部事業者（要予約）実費負担 |
| 買い物代行 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 週 1 回：指定店舗 購入代金は実費負担 【自】 |
| 役所手続き代行 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 週 1 回：浜松市北行政センター 【自】 |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 「浜松〈ゆうゆうの里〉入居者預り金等取扱規程」に準じて実施 |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 年 2 回 聖隷予防検診センターに委託 入居時「健康管理一時金」で提供 |
| 健康相談 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 【自】 |
| 生活指導・栄養指導 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 【自】 |
| 服薬支援 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 【自】 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 【自】 |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 協力医療機関以外：施設から半径 7.5 km 以内の医療機関 交通費：実費負担 【自】 |

| | | | | | | | |
|---------------|-----------------------------|----|----|-----------------------------|--|---|---|
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 週2回(見舞い訪問時に実施) 洗濯諸雑費：1品60円 【自】 |
| 入院中の見舞い訪問 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 週2回 協力医療機関 協力医療機関以外：施設から半径7.5km 以内の医療機関 【自】 |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3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。