

**介護付き有料老人ホーム ひのき  
重要事項説明書**

記入年月日	平成30年1月11日
記入者名	中山 悠
所属・職名	生活相談員

**1. 事業主体概要**

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) 医療法人 竜仁会	
主たる事務所の所在地	〒301-0007 茨城県龍ヶ崎市馴柴町1-15-1	
連絡先	電話番号	0297-66-6111
	FAX番号	0297-66-6138
	ホームページアドレス	<a href="http://www.ryujinkai.or.jp/">http://www.ryujinkai.or.jp/</a>
代表者	氏名	牛尾 浩樹
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成9年8月28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) 介護付き有料老人ホーム ひのき	
所在地	〒301-0007 龍ヶ崎市馴柴町三区739	
主な利用交通手段	最寄駅	① JR常磐線佐貫駅より4.6km ② 関東鉄道竜ヶ崎線竜ヶ崎駅より0.5km
	交通手段と所要時間	① JR佐貫駅より車で10分 ② 関東鉄道竜ヶ崎駅より徒歩7～8分
連絡先	電話番号	0297-85-6660
	FAX番号	0297-85-6661
	ホームページアドレス	<a href="http://www.ryujinkai.or.jp/">http://www.ryujinkai.or.jp/</a>
管理者	氏名	澤口 ひで子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成27年8月18日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成27年10月1日

**(類型)【表示事項】**

<input checked="" type="checkbox"/> 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	第0870801073号
	指定した自治体名	茨城県
	事業所の指定日	平成27年10月1日
	指定の更新日（直近）	平成33年9月30日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	6,108 m <sup>2</sup>	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	1 あり (平成26年6月1日～平成56年5月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	3,514.40 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	3,514.40 m <sup>2</sup>
	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 鉄骨造2階建て	
3 木造			
4 その他 ( )			
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物		
	2 事業者が賃借する建物		
	抵当権の設定	1 あり 2 なし	
	契約期間	1 あり ( 年 月 日～ 年 月 日) 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり 2 なし	

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・ <input type="text" value="室数"/>	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.27 m <sup>2</sup>	6 6	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	36.54 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
	タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	5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		5ヶ所	
	共用浴室	6ヶ所	個室		5ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	6ヶ所	チェア浴（個浴槽）		2ヶ所	
			リフト浴		2ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他（一般大浴槽）		1ヶ所	
食堂兼機能訓練室	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	面積	1階 107.23 m <sup>2</sup>			
			2階 111.06 m <sup>2</sup>			
入居者や家族が利用できる調理設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（一般居室） 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし（介護居室）					
エレベーター	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（車椅子対応）					
	2 <input checked="" type="checkbox"/> あり（ストレッチャー対応）					
	3 <input type="checkbox"/> あり（上記1・2に該当しない）					
	4 <input type="checkbox"/> なし					
消防用設備等	消火器	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>法令を遵守し、入居契約書及び管理規程・運営規程に基づき、入居者が心身ともに充実し、快適で安心した生活を営むことに資する良質なサービスの提供に努め、もってホームの良好な生活環境を創出することを目的とする。</li> </ul>
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> <li>入居者の意思・人格・プライバシー・生活リズムを尊重するとともに、家族的な雰囲気を大切にして介護・生活支援を行います。</li> <li>医療機関の運営するホームの強みを活かして、病院との緊密な連携のもと介護と医療の包括的サービスを提供します。</li> </ul>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施(居室週1回)    2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし(洗濯)
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
機能訓練	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし

##### (介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅱ)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
(Ⅲ)		1 あり <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

##### (医療連携の内容)

医療支援	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い(協力医療機関に限定) <input type="checkbox"/> 3 通院介助(協力医療機関に限定) 4 その他( )
※複数選択可	

協力医療機関	1	名称	牛尾病院
		住所	龍ヶ崎市馴柴町1-15-1 (ホームまでの距離3.8km)
		診療科目	内科、外科、整形外科、皮膚科
		協力内容	・通院・入院治療の受入れ、・訪問診療(往診の対応) ・救急医療の対応、・健康診断の実施、 ・医療全般にかかる相談対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	グリーン歯科 川口 浩
		住所	取手市新取手2-2-4(ホームまでの距離15km)
		協力内容	・訪問歯科診療 ・口腔ケア

**(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他( )	
判断基準の内容	入居者に対して、より適切な介護等を提供するために必要と判断する場合	
手続きの内容	① ホームの指定する医師の意見を聴く ② 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける ③ 住み替え後の居室及び介護等の内容、住み替え後の権利の内容、専有面積の変更に伴う費用負担の増減等について 入居者及び身元引受人等に説明を行う ④ 身元引受人等の意見を聴く ⑤ 入居者の同意を得る 以上の手続きを経て、一般居室から介護居室に住み替えていただきます。介護居室の面積は、一般居室より専有面積が狭くなります。介護居室の仕様は、浴槽がない等一般居室と住居設備が異なります。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	一般居室の利用権は消滅、新たに介護居室の利用権が発生します。	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<p>原則 65 歳以上の方。本人に入居の意思があり、ホーム見学か体験入居を済まされていることが条件となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一般居室 自立している方、要支援の方を対象とします。</li> <li>・介護居室 要介護・要支援の方を対象とします。</li> </ul>	
契約の解除の内容	<p>1. 入居者が死亡した。 2. ホームからの契約解除条項に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。 ホームは入居者が次のいずれかに該当し、かつそのことが入居契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上困難と認められる場合、契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正の手段により入居したとき。</li> <li>② 月払いの利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。</li> <li>③ 禁止又は制限される行為の規程に違反したとき。</li> <li>④ 入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。</li> </ul> <p>3. 入居者からの解約条項に基づき解約を行ったとき。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 28 条
	解約予告期間	90 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	<p>1 あり (内容：空室がある時に 2 泊 3 日以内) 1 泊 2 日 6,480 円 (消費税込み) 2 泊 3 日 12,960 円 (消費税込み) 2 なし</p>	
入居定員	70 人	
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	26	18	8	22.1
介護職員	22	15	7	18.6
看護職員	4	3	1	3.5

	合計	常勤	非常勤	常勤換算人数
機能訓練指導員	1	1		0.5
計画作成担当者	1	1		0.5
管理栄養士	1	1		1
調理員（外注）	8	1	7	4.5
事務員	1	1		1
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 <sup>※2</sup>				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>				

**（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	1		
介護福祉士	12	10	2
実務者研修の修了者	3	2	1
初任者研修の修了者	6	3	3
介護支援専門員	1		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		
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

**（夜勤を行う看護・介護職員の人数）**

夜勤帯の設定時間（16時30分～翌朝9時30分）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
	看護職員	
介護職員	2人	2人

**(特定施設入居者生活介護等の提供体制)**

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率* 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	3 : 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		

**(職員の状況)**

管理者	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり							
	資格等の名称		准看護師							
	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	2	3	2						
前年度1年間の退職者数	1	1	2						1	
年数に 業務に 従事した 職員の 経験	1年未満	2	1	8	6	1			1	
	1年以上 3年未満	1		7	1			1		
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満									
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
敷金	一般居室 600,000円 (家賃の5ヵ月分) 介護居室 350,000円 (家賃の5ヵ月分)	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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

年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
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 家賃相当額…減額なし <input type="checkbox"/> 2 管理費…不在期間が30日以上の場合に限り、日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 食費…欠食の提出をした場合、喫食実績に基づき精算	
利用料金 の改定	条件	ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価及び人件費等を勘案
	手続き	運営懇談会の意見を聴取、入居者には事前に通知

**（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	3	自立	
	年齢	— 歳	— 歳	
居室の状況	床面積	18.27 m <sup>2</sup>	36.54 m <sup>2</sup>	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	350,000円	600,000円	
月額費用の合計		175,000円	234,000円	
家賃		70,000円	120,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用	21,000円	— 円	
	介護保険外	食費	54,000円	54,000円
		管理費	30,000円	60,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
その他	円	円		

**（利用料金の算定根拠）**

費目	算定根拠
家賃	施設建設費、設備費、修繕費、管理事務費、地代及び近傍同種の家賃
敷金	家賃の5ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	管理部門の人件費・事務費、共用施設等の維持管理費、居室内の光熱水費、余暇活動サービス費、寝具リネン類リース費
食費	1日3食及びおやつの提供 食材費、給食業務委託費、給食業務にかかる水道光熱費、設備及び備品代（調理具・食器等）
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	別添 2
その他のサービス利用料	
利用料金表	別添 3

**(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)**

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	1割又は2割
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）	なし
※ 介護予防の場合を含む。	

**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	10人
	女性	33人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	38人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	1人
	要支援 2	4人
	要介護 1	11人
	要介護 2	11人
	要介護 3	11人
	要介護 4	4人
	要介護 5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	15人
	6ヶ月以上 1年未満	6人
	1年以上 5年未満	22人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

**(入居者の属性)**

平均年齢	88.9歳
入居者数の合計	43人
入居率*	61.4%
※ 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	2人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	1人
	死亡者	2人
	その他	3人
生前解約の状況	施設側の申し出	人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	9人 (解約事由の例) 料金、他施設入所

**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	苦情相談窓口	
電話番号	0297-85-6660	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日	なし	
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等		
窓口の名称	① 龍ヶ崎市役所健康福祉部高齢福祉課 ② 茨城県国民健康保険団体連合会 ③ 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会	
電話番号	① 0297-64-1111 ② 029-301-1565 ③ 03-3272-3781	
対応している時間	平日	① 9:00~17:00 ② 9:00~17:00 ③ 10:00~18:00
	土曜	—
	日曜・祭日	—
定休日	土曜・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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 損害賠償責任保険（全日病厚生会病院総合補償制度・居宅介護事業者賠償責任保険）に加入。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) ホームは契約に基づくサービスの提供にあたり、事故が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対し損害の賠償を行います。入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	事故状況により家族及び保険者、県の保険福祉部長寿福祉課に報告する
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	年1回
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 2 回
	2 なし
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容)
	<input type="checkbox"/> 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 : ) <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 <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	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	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)

別添 3 (利用料金表)

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 年 月 日

介護付き有料老人ホーム ひのき  
施設長 澤口 ひで子 ⑩

説明者 職種 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、特定施設入居者生活介護等を含む各種サービスの提供開始に同意いたしました。

平成 年 月 日

入所者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

代理人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

身元引受人  
兼連帯保証人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

身元引受人  
兼連帯保証人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

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

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	牛尾病院訪問介護センター	龍ヶ崎市寺後3937-10
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	牛尾病院訪問看護ステーション	龍ヶ崎市馴染町1-15-1
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	牛尾病院デイサービスセンター デイサービスセンターもみじ館	龍ヶ崎市川崎町98 龍ヶ崎市寺後3937-1
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	牛尾病院通所リハビリテーション けやきの郷通所リハビリテーション	龍ヶ崎市馴染町1-15-1 龍ヶ崎市若柴町1741-1
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ショートステイもみじ館	龍ヶ崎市寺後3937-10
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	牛尾病院短期入所療養介護 けやきの郷短期入所療養介護	龍ヶ崎市馴染町1-15-1 龍ヶ崎市若柴町1741-1
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	介護付き有料老人ホーム ひのき	龍ヶ崎市馴染町3-739
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		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	牛尾病院指定居宅介護 支援事業所 指定居宅介護支援事業所 もみじ館	龍ヶ崎市松葉1丁目6-1 龍ヶ崎市寺後3937-10
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	牛尾病院訪問介護センター	龍ヶ崎市寺後3937-10
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	牛尾病院訪問看護ステーション	龍ヶ崎市馴柴町1-15-1
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		
介護予防通所介護	あり	なし	牛尾病院デイサービスセンター デイサービスセンターもみじ館	龍ヶ崎市川崎町98 龍ヶ崎市寺後3937-1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	牛尾病院通所リハビリテーション けやきの郷通所リハビリテーション	龍ヶ崎市馴柴町1-15-1 龍ヶ崎市若柴町1741-1
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	ショートステイもみじ館	龍ヶ崎市寺後3937-10
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	牛尾病院短期入所療養介護 けやきの郷短期入所療養介護	龍ヶ崎市馴柴町1-15-1 龍ヶ崎市若柴町1741-1
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	介護付き有料老人ホーム ひのき	龍ヶ崎市若柴町3-739
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	介護老人保健施設けやきの郷	龍ヶ崎市若柴町1741-1
介護療養型医療施設	あり	なし	牛尾病院	龍ヶ崎市馴柴町1-15-1



別添2

有料老人ホーム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		
			包含※2	都度※2	料金※3			
介護サービス								※料金については「別添3利用料金表」による
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	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1,404円/回	週2回は※1。その他は有料（都度※2）。
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	1,404円/回	週2回は※1。その他は有料（都度※2）。
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,296円/回	牛尾病院（協力医療機関）は無料
生活サービス								※料金については「別添3利用料金表」による
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	540円/回	週1回は※1，その他は有料（都度※2）。
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	540円/回	週1回は※1。その他は有料（都度※2）。
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	540円/回	基本は本人（家族）
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				食堂での喫食を基本とする
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	
おやつ			なし	あり	○			
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	648円/30分	週1回は※1。その他は有料（都度※2）。地域外1,296円/時間
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,080円/時間	月1回は※1。その他は有料（都度※2）。
金銭・貯金管理			なし	あり		○	3,240円/月	本人管理を原則とする
健康管理サービス								※料金については「別添3利用料金表」による
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年1回
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			
入退院時・入院中のサービス								※料金については「別添3利用料金表」による
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	1,296円/時間	牛尾病院（協力医療機関）は無料。地域外2,160円/時間
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ随時

※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、月額サービスの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。