別紙様式１

重要事項説明書

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 平成２８年８月１日 |
| 記入者名 | 天野里香 |
| 所属・職名 | 施設長 |

１．設置者概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 法人 | | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | （ふりがな）かぶしきがいしゃあまの | | | |
| 株式会社アマノ | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒433-8105 | 浜松市北区三方原町１９５０番地の１ | | |
| 連絡先 | 電話番号 | ０５３－４２０－１７１１ | | |
| ＦＡＸ番号 | ０５３－４２０－１７１２ | | |
| ホームページアドレス | http://www.amano-t.com/ | | |
| 代表者 | 氏名 | 天野照夫 | | |
| 職名 | 代表取締役 | | |
| 設立年月日 | 昭和５８年１１月１８日 | | | |
| 主な実施事業 | 有料老人ホーム事業、介護保険事業、書店事業、ＯＡ機器法人営業事業 | | | |
| ※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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | （ふりがな）あまのさんはーと | | |
| アマノ・サンハート | | |
| 所在地 | 〒433－8108 | 浜松市北区根洗町２８９番地の１ | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JＲ浜松駅・遠州鉄道浜北駅 | |
| 最寄駅からの交通  手段と所要時間 | JＲ浜松駅よりバス４０分　「根洗」バス停下車　東へ500m。  遠州鉄道小松駅よりバス２０分、根洗東バス停下車、正面。 | |
| 連絡先 | 電話番号 | ０５３－４３６－９７７０ | |
| ＦＡＸ番号 | ０５３－４３６－９９３９ | |
| ホームページアドレス | http://www.amano-t.com/sunheart/ | |
| メールアドレス | info@amano-t.com | |
| 管理者 | 氏名 | 天野里香 | |
| 職名 | 施設長 | |
| 建物の竣工日 | | | 平成１７年６月１日 |
| 建物（増床）の竣工日 | | | 平成２７年１２月１日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | | 平成１７年７月１日 |
| ※同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日 | | |  |

（類型）【表示事項】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　介護付（一般型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）  ２　介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）  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 | 介護保険特定施設入居者生活介護  介護予防特定施設入居者生活介護  浜松市指定　第２２７７１０２７６６号 |
| 指定した自治体名 | 浜松市 |
| 事業所の指定日 | 平成１７年７月１５日 |
| 指定の更新日（直近） | 平成２３年７月１５日 ※介護予防は平成２４年４月１日 |

３．建物概要

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 土地 | 敷地面積 | ３７５５．７５㎡ | | | | |
| 所有関係 | １　設置者が自ら全てを所有する土地  ２　設置者が自ら一部を所有・一部賃借土地（経営者個人所有）  ３　設置者が賃借する土地 | | | | |
| ※１又は２に該当する場合 | | | | |
|  | 抵当権の有無 | | | 有 ／ 無 |
| ※２又は３に該当する場合 | | | | |
|  | 契約期間 | 有（2014年8月1日～2044年7月31日） ／ 無 | | |
| 契約の自動更新 | | | 有 ／ 無 |
| 建物 | 規模 | ４階建１棟と３階建て１棟。各階接続有。 | | | | |
| 延床面積 | | 全体 | ４８２２．８８㎡ | |
| うち、有料老人ホーム部分 | ４８２２．８８㎡ | |
| 構造 | １　鉄筋コンクリート造  ２　鉄骨造  ３　木造  ４　その他（　　　　　） | | | | |
| 耐火構造 | １　耐火建築物  ２　準耐火建築物  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 所有関係 | １　設置者が自ら所有する建物  ２　設置者が賃借する建物 | | | | |
| ※１に該当する場合 | | | | |
|  | 抵当権の有無 | | | 有 ／ 無 |
| ※２に該当する場合 | | | | |
|  | 契約期間 | 有（　　　年　　月　　日～　　　年　　　月　　　日） ／ 無 | | |
| 契約の自動更新 | | | 有 ／ 無 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居室の状況 | 居室区分  【表示事項】 | | | １　全室個室  ２　相部屋あり　　個室７２部屋　２人部屋４部屋 | | | | | | | | | | | |
| ※２に該当する場合 | | | | | | | | | | | |
|  | | 最小 | | １人部屋 | | | | 最大 | | ２人部屋 | |
|  | | | | 便所 | | | 浴室 | 台所 | | 面積 | | 室数・戸数 | | 区分※ |
| １２３　階 | | １階南向 | | 有 | | | 無 | 無 | | 19.2㎡ | | 10 | | 介護居室個室 |
| ２ ．３階  北、東、西向 | | 有 | | | 無 | 無 | | 19.2-21.6㎡ | | 20 | | 介護居室個室 |
| ２．３階南向 | | 有 | | | 無 | 無 | | 19.2-21.6㎡ | | 28 | | 介護居室個室 |
| ２３４　階 | | ２・３階２人部屋 | | 有 | | | 無 | 無 | | 28.8㎡ | | 4 | | 介護居室個室 |
| 4階　北、東、西向 | | 有 | | | 有 | 有 | | 19.7-21.6㎡ | | 7 | | 介護居室個室 |
| 4階南向 | | 有 | | | 有 | 有 | | 19.7-20.8㎡ | | 7 | | 介護居室相部屋 |
| ※「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」のいずれかを記入。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | | | | | | ６か所 | | | うち男女別の対応が可能な便房 | | | | | ２か所 |
| うち車椅子等の対応が可能な便房 | | | | | ４か所 |
| 共用浴室 | | | | | | ８か所 | | | 個室 | | | | | ６か所 |
| 大浴場 | | | | | ２か所 |
|  | 共用浴室に設置された介助浴槽 | | | | | ２か所 | | | チェアー浴 | | | | | ２か所 |
| リフト浴 | | | | | １か所 |
| ストレッチャー浴 | | | | | ２か所 |
| その他（　　　　　　　　　） | | | | | か所 |
| 食堂 | | | | | | | | | | | | | | 有 |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | | | | | | | | | | | | | | 有 |
| エレベーター  ※複数選択可 | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | 有 |
| 自動火災報知設備 | | | | | | | | | | | | | | 有 |
| 火災通報設備 | | | | | | | | | | | | | | 有 |
| スプリンクラー | | | | | | | | | | | | | | 有 |
| 防火管理者 | | | | | | | | | | | | | | 有 |
| 防災計画 | | | | | | | | | | | | | | 有 |
| その他 |  | | | | | | | | | | | | | | |

４　サービスの内容

（全体の方針）

|  |  |
| --- | --- |
| 運営の方針 | ご入居者が主役と言うことを第一に考え、明るく楽しみながら生活していただける施設運営を致します。 「我が家、実感。」主役は入居者様ご自身をモットーに、介護職員、看護職員、相談員等のチームワークにより、ご入居者の個人の生活を尊重した丁寧な介護を致しております。また、入居者個人毎に計画を立てる介護サービス計画（ケアプラン）をもとに、できるだけご自身の生活する力を低下させない・向上させることにも注力します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | レクリエーション（園芸、習字、マッサージ他）  イベントの充実（ドライブ、遠足、ボランティア招聘他） |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | １　サービスの提供あり（設置者が実施）  ２　サービスの提供あり（設置者以外が実施）  ３　サービスの提供なし |
| 食事の提供 | １　サービスの提供あり（設置者が実施）  ２　サービスの提供あり（設置者以外が実施）  ３　サービスの提供なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | １　サービスの提供あり（設置者が実施）  ２　サービスの提供あり（設置者以外が実施）  ３　サービスの提供なし |
| 健康管理の供与 | １　サービスの提供あり（設置者が実施）  ２　サービスの提供あり（設置者以外が実施）  ３　サービスの提供なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | １　サービスの提供あり（設置者が実施）  ２　サービスの提供あり（設置者以外が実施）  ３　サービスの提供なし |
| 生活相談サービス | １　サービスの提供あり（設置者が実施）  ２　サービスの提供あり（設置者以外が実施）  ３　サービスの提供なし |

（介護サービスの内容）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 有 ／ 無 |
| 夜間看護体制加算 | | 有 ／ 無 |
| 医療機関連携加算 | | 有 ／ 無 |
| 看取り介護加算 | | 有 ／ 無 |
| 認知症専門ケア加算 | （Ⅰ） | 有 ／ 無 |
| （Ⅱ） | 有 ／ 無 |
| サービス提供体制強化加算 | （Ⅰ）イ | 有 ／ 無 |
| （Ⅰ）ロ | 有 ／ 無 |
| （Ⅱ） | 有 ／ 無 |
| （Ⅲ） | 有 ／ 無 |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | | | 有 ／ 無 |
|  | ※有の場合、介護・看護職員の配置率 | |  |

（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（入退院付添等）　※ただし別途有料サービスとして | |
| 協力医療機関 | １ | 名称 | 引佐赤十字病院 |
| 住所 | 浜松市北区引佐町金指1020 ※アマノ・サンハートから3.6km |
| 診療科目 | 内科・整形外科・リハビリテーション科 |
| 協力内容 | 入院対応 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| ２ | 名称 | 坂の上ファミリークリニック |
| 住所 | 浜松市中区小豆餅4-4-20 ※アマノ・サンハートから7.0km |
| 診療科目 | 内科、循環器科、外科 |
| 協力内容 | 定期往診、24時間診療(希望者）、救急搬送手配 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | グリーンデンタルクリニック |
| 住所 | 浜松市北区三方原町1408-3  ※アマノ・サンハートから2.5km |
| 協力内容 | 定期往診 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 |

（入居後に居室を住み替える場合）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 本館4階の一般居室へご入居された方に限り、認知症や必要介護の内容により一般居室での生活が困難になった場合。 | |
| 手続きの内容 | | ご本人様またはご家族（第一保証人）様、施設長、ケアマネ、担当者、看護および介護の代表による検討ミーティングを経て、ご本人様または第一保証人様の同意をいただき、決定する。 | |
| 追加的費用の有無 | | 有 ／ 無 | |
| 居室利用権の取扱い | | 移動する居室の利用権に変更となる。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | | 有 ／ 無 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 有 ／ 無　※大きさが少し小さくなります。 | |
| 便所の変更 | 有 ／ 無　※車椅子等での利用がしやすいタイプになります。 | |
| 浴室の変更 | 有 ／ 無　※個室内の浴室はなくなります。 | |
| 洗面所の変更 | 有 ／ 無　※車椅子等での利用がしやすいタイプになります。 | |
| 台所の変更 | 有 ／ 無　※なくなります。 | |
| その他の変更 | 有 ／ 無 | |
| ※　有の場合、変更内容 |  |

（入居に関する要件）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入居対象となる者 | １　自立している者  ２　要支援の者  ３　要介護の者 | |
| 留意事項 | 概ね６５歳以上 | |
| 契約の解除の内容 | 〇入居者が逝去した場合  〇入居者からの契約解除の申し出 施設に対し、本契約の解約の意思を表明し、解約する月の1ヶ月前に所定の解約届けを提出することにより本契約を解約できます。（例えば、2月の解約希望の際は、1月中に提出してください。2月1日の提出となりますと、解約日は3月31日となります。） | |
| 設置者から解約を求める場合 | 解約条項 | |
| 事業者（アマノ・サンハート）は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本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著しく困難と認められる場合に、入居契約書に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。  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とき  二　月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき  三　居室の全部又は一部の転貸、他の入居者が入居する居室との交換、その他の類する行為または処分をしたとき  四　入居契約書において禁止又は制限される行為を行ったとき  五　入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、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ことができないとき  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。 一　契約解除の通告について９０日の予告期間をおく  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る  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、移転先がない場合に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する  ３　本条第１項第五号によって契約解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。  一　医師の意見を聴く  二　一定の観察期間をおく  ４　事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。  一　自らまたは身元引受人等が暴力団、暴力団関係者もしくはこれに準ずる者又は構成員（以下、「反社会的勢力」という）である  二　契約締結後に反社会的勢力に該当したとき  三　入居契約書において禁止又は制限される行為を行ったとき | |
| 体験入居 | 有 ／ 無 | |
| ※　有の場合、内容 | ゲスト・ルームに宿泊して頂き、体験入居できます。  お一人様1泊2食3,000円＋消費税 お食事体験も可能です。1食500円 |
| 入居定員 | ８０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。（同一法人が運営する他の事業所と有料老人ホームを兼業する職員も記載することがある。）

（職種別の職員数）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数※ |
| 合計 | | |
|  | 常勤 | 非常勤 |
| 管理者 | | １ | １ |  | ０．５ |
| 生活相談員 | | ２ | ２ |  | １．５ |
| 直接処遇職員 | | ２２ | １７ | ５ | １７ |
|  | うち介護職員 | １６ | １４ | ５ | １４．４ |
| うち看護職員 | ３ | ３ |  | ２．６ |
| 機能訓練指導員 | | １ | １ |  | １ |
| 計画作成担当者 | | １ | １ |  | １ |
| 栄養士 | |  |  |  |  |
| 調理員 | |  |  |  |  |
| 事務員 | | １ | １ |  | １ |
| その他職員 | | １ | １ |  | １ |
| １週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | 40時間(32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。  ※　アマノ・サンハートでは全従業員に対し選択制のキャリアプラン制度を導入しています。「１週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数」は、就業規則では32時間となっていますが、常勤換算人数算出の際には40時間として算出しています。 | | | | | |

（介護職員が有している資格の総数）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 合計 | | |
|  | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 |  |  |  |
| 介護福祉士 | １７ | １３ | ４ |
| 実務者研修の修了者 |  |  |  |
| 初任者研修の修了者 |  |  |  |
| 介護支援専門員 |  |  |  |

（機能訓練指導員が有している資格の総数）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 合計 | | |
|  | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | １ | 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 | | １９時～翌７時１５分 |
|  | 平均人数 | 最小時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員 | 人 | ０人 |
| 介護職員 | 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 | 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 |

（職員の状況）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | | 他の職務との兼務 | | | | | | | | | | 有 ／ 無 | | |
| 業務に係る資格等 | | | 有 ／ 無 | | | | | | | | | |
| ※　有の場合、資格等の名称 | | | | |  | | | | |
|  | | 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  採用数 | |  |  |  | | ２ |  |  |  | |  | |  |  |
| 前年度１年間の  退職者数 | |  |  |  | | ３ |  |  |  | |  | |  |  |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | １年未満 |  |  |  | | １ |  |  |  | |  | |  |  |
| １年以上  ３年未満 | ２ |  | ４ | |  |  |  | １ | |  | |  |  |
| ３年以上  ５年未満 | １ |  | １ | | ２ |  |  |  | |  | |  |  |
| ５年以上  10年未満 |  |  | ６ | | ２ | １ |  |  | |  | | １ |  |
| 10年以上 |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | | | | | | | | | 有 ／ 無 | |

６　利用料

（

（利用料金の改定について）

|  |  |
| --- | --- |
| 利用料金改定の際の、  条件・手続き | 物価の上昇等があった場合、運営懇談会での協議を経て利用料金の改定を行う。※値下げの場合は、この限りではない。 |

（利用料金の算定根拠）

|  |  |
| --- | --- |
| 費目 | 算定根拠 |
| 家賃 | 事業開始にかかった経費（土地取得費、建築費等）をもとに、市場調査結果をふまえて算定。 |
| 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 | 専用居室の維持･補修、共用部分･共用施設･敷地の保存･維持･補修･管理、清掃および各居室で利用する水道代・ガス代（給湯）に充当するための費用 |
| 食費 | 食事を1日３食(おやつ含む)、30日間喫食した場合の費用。業務委託費、厨房機器・食器類のメンテナンス等の諸経費を含む運営月額45,000円のAプラン内訳は、維持費22,500円と、食材費22,500円。月額60,000円のBプラン内訳は、維持費22,500円と、37,500円。 |
| 光熱水費 | ※電気料のみ使用量に応じて受領致します。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 必要経費（人件費等）をもとに、市場調査結果をふまえて算定。 |
| その他のサービス利用料 | ※おむつ代等の日常生活費や放送受信料、電話代等の利用者の嗜好による経費を記載する |

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）

　※　特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は、省略可能

|  |  |
| --- | --- |
| 費目 | 算定根拠 |
| 特定施設入居者生活介護等に対する自己負担 | 基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分。 |
| 特定施設入居者生活介護等における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス） | （前掲） |

７．入居者の状況

（入居者の人数）　　※記入日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 性別 | 男性 | 10人 | 女性 | 29人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 | 65歳以上75歳未満 | 11人 |
| 75歳以上85歳未満 | 3人 | 85歳以上 | 25人 |
| 要介護度別 | 自立 | 10人 | 要支援１ | 3人 |
| 要支援２ | 0人 | 要介護１ | 2人 |
| 要介護２ | 4人 | 要介護３ | 3人 |
| 要介護４ | 6人 | 要介護５ | 2人 |
| 入居期間別 | ６か月未満 | 1人 | ６か月以上１年未満 | 1人 |
| １年以上５年未満 | 28人 | ５年以上10年未満 | 6人 |
| 10年以上15年未満 | 3人 | 15年以上 | 人 |

（入居者の属性）

|  |  |
| --- | --- |
| 平均年齢 | 88.78歳 |
| 入居者数の合計 | 39人 |
| 入居率※ | 97.5％ |
| ※　入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。  なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。 | |

（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 | 1人 |
| 医療機関 | 0人 | 死亡者 | 8人 |
| その他 | 0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 | 1人 | | |
| （解約事由の例） | 特別養護老人ホームへ経済的な事情により転居。 | |

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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 窓口の名称 | | アマノ・サンハート | アマノ・サンハート  苦情窓口担当：天野里香 |
| 電話番号 | | ０５３－４３６－９７７０ | ０５３－４３６－９７７０ |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:30 | ― |
| 土曜 |  | ― |
| 日曜・祝日 |  | ― |
| 定休日 | | 正月、ゴールデンウィーク、お盆 | ※緊急性がある場合においては、日時を問わずご連絡ください。 |

（利用者からの苦情に対応する窓口等の状況）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 窓口の名称 | | 浜松市北区役所長寿保険課 |  |
| 電話番号 | | ０５３－５２３－１１４４ |  |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:15 |  |
| 土曜 |  |  |
| 日曜・祝日 |  |  |
| 定休日 | | 正月、ゴールデンウィーク、お盆 |  |

（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　加入済み  ２　未加入 | | |
| ※　１の場合 | 加入する保険会社の名称 | 損保ジャパン |
| 加入する保険の名称 | 「ウォームハート」 |
| 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　対応あり（事故対応及びその予防のための指針あり）  ２　対応あり（事故対応及びその予防のための指針なし）  ３　対応なし | | |

（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　取組あり  ２　取組なし | | |
| ※　１の場合 | 実施日・開始日 | 意見箱を常設 |
| 結果の開示 | １　あり（内容によっては懇談会で開示と報告）  ２　なし |
| 第三者による評価の実施状況 | １　実施済み  ２　未実施 | | |
| ※　１の場合 | 実施日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 評価機関名称 |  |
| 結果の開示 | １　あり（　　　　　　　　）  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 |
| 管理規定 | 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　設置済み  ２　未設置（代替措置あり）  ３　未設置（代替措置なし） | |
| ※　１の場合、開催頻度 | 総会は年1回 |
| ※　２の場合、代替措置の内容 |  |
| 提携ホームへの移行 | | １　移行あり（提携ホーム名：　　　　　　　　　　）  ２　移行なし | |
| 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　届出あり  ２　届出なし（届出義務なし）  ３　届出なし（届出義務あり） | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「６．規模及び構造設備」への適合状況  ※複数選択可 | | １　不適合事項あり（代替措置を実施済み）  ２　不適合事項あり（将来の改善計画策定済み）  ３　不適合事項あり（１又は２以外）  ４　不適合事項なし  ５　有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備 | |
|  | ※　１、２又は３の場合、不適合事項の内容  ※　該当する項目にチェック | ☐居室が個室ではない（☐ 全室　・　☐ 居室の一部）  ☐一般居室の１人当たり床面積が13㎡未満  （☐ 全室　・　☐ 居室の一部）  ☐廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に）  ☐消防法等に定める設備等の設置なし  （☐ 自動火災報知設備・☐ 通報装置・☐ スプリンクラー）  ☐その他（具体的に） | |
| ※　１の場合、代替措置の概要 |  | |
| ※　２の場合、改善計画の概要 |  | |
| ※　５の場合、構造設備の基準となる制度の名称 | １　サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み）  ２　高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み） | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無  ※複数選択可 | | １　指導事項あり（過去１年以内に指導）  ２　指導事項あり（未改善のまま、指導から１年経過）  ３　指導事項なし | |
|  | ※　１又は２の場合、指導内容 |  | |

添付書類：別添１（別に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　　平成　　　年　　　月　　　日

説明者署名

※　契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添１　設置者が静岡県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 | 無 |  |  |
| 訪問入浴介護 | 無 |  |  |
| 訪問看護 | 無 |  |  |
| 訪問リハビリテーション | 無 |  |  |
| 居宅療養管理指導 | 無 |  |  |
| 通所介護 | 無 |  |  |
| 通所リハビリテーション | 無 |  |  |
| 短期入所生活介護 | 無 |  |  |
| 短期入所療養介護 | 無 |  |  |
| 特定施設入居者生活介護 | 無 |  |  |
| 福祉用具貸与 | 無 |  |  |
| 特定福祉用具販売 | 無 |  |  |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | | |
|  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 無 |  |  |
| 夜間対応型訪問介護 | 無 |  |  |
| 認知症対応型通所介護 | 無 |  |  |
| 小規模多機能型居宅介護 | 無 |  |  |
| 認知症対応型共同生活介護 | 無 |  |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 無 |  |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 無 |  |  |
| 居宅介護支援 | | 無 |  |  |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | |
|  | 介護予防訪問介護 | 無 |  |  |
| 介護予防訪問入浴介護 | 無 |  |  |
| 介護予防訪問看護 | 無 |  |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 無 |  |  |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 無 |  |  |
| 介護予防通所介護 | 無 |  |  |
| 介護予防通所リハビリテーション | 無 |  |  |
| 介護予防短期入所生活介護 | 無 |  |  |
| 介護予防短期入所療養介護 | 無 |  |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 無 |  |  |
| 介護予防福祉用具貸与 | 無 |  |  |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 無 |  |  |
| ＜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 | 無 |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 無 |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 無 |  |  |
| 介護予防支援 | | 無 |  |  |
| ＜介護福祉施設＞ | | | | |
|  | 介護老人福祉施設 | 無 |  |  |
| 介護老人保健施設 | 無 |  |  |
| 介護療養型医療施設 | 無 |  |  |

**別　添**

**介護サービス等の一覧表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス | | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | | 備　　考 |
| 介護サービス | |  | |  | |  |
|  | 食事介助 |  | あり | なし |  |  |
| 排泄介助・おむつ交換 |  | あり | なし |  |  |
| おむつ代 | なし |  |  | あり |  |
| 入浴（一般浴）介助・清拭  特浴介助 |  | あり  あり |  | あり  あり | ※入浴週2回、消耗品代は実費負担。※週3回以上は別途有料サービス1回3,500円。原則的に日時指定はできませんのでご了承願います。 |
| 身辺介助（移動・着替え等） |  | あり |  | あり |  |
| 機能訓練 |  | あり |  | あり | ※機能訓練および生活リハビリ以外の個別リハビリサポートは別途有料サービスとなります。 |
| 通院介助（協力医療機関） |  | あり | なし |  |  |
| 通院介助（協力医療機関以外） | なし |  |  | あり | ※30分スタッフ1名1000円＋お車代1km40円 |
| 生活サービス | |  | |  | |  |
|  | 居室清掃 |  | あり | なし |  |  |
| リネン交換 |  | あり |  | あり | ※毛布、ブランケット等の交換・クリーニングは別途費用がかかります。また、リネン類は実費有料となります。 |
| 日常の洗濯 |  | あり |  | あり | ※入浴毎の日常的なお洗濯、排泄物汚染等衛生上必要なお洗濯は介護保険適用介護サービスとし、洗濯消耗品代のみ費用をご負担いただきます。 ※ご入居者様・ご家族様からのご依頼の場合、お洗濯は有料となります。（１回2,000円） ※靴、ブランケット、座布団等日常的でない選択については１回2,000円。 ※ご入居者様・ご家族様のご希望、または施設で通常の洗濯ができない場合は、施設外のクリーニングを実費にてご利用いただきます。 |
| 居室配膳・下膳 |  | あり | なし |  |  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 |  | あり |  | あり | ※食事形態（通常食・きざみ・ペースト）の選択 ※嗜好対応は対応可能な範囲内にて対応させていただきます。対応が難しい場合は別途有料サービスにて対応を個別対応させていただきます。 |
| おやつ |  | あり |  | あり | ※個別性の高いおやつは別途有料サービスにて購入代行代とおやつ代実費をご負担いただきます。 |
| 理美容師による理美容サービス | なし |  |  | あり | ※実費負担 |
| 買い物代行（通常の利用区域）  買い物代行（上記以外の区域） | なし  なし |  |  | あり  あり | ※30分スタッフ1名1000円＋お車代1km40円 ※遠方の場合は出張費および必要に応じて公共交通費、レンタカー費等を頂戴致します。 |
| 役所手続き代行 |  | あり |  | あり | ※30分スタッフ1名1000円＋お車代1km40円 |
| 金銭・貯金管理 | なし |  | なし |  |  |
| 健康管理サービス | |  | |  | |  |
|  | 定期健康診断 |  | あり |  | あり | ※年2回のうち1回は施設負担。もう1回はご入居者様にご負担いただきます。 |
| 健康相談  生活指導・栄養指導  服薬支援  生活リズムの記録（排便・睡眠等） |  | あり  あり  あり  あり | なし | あり  あり  あり | ※長時間にわたる場合や、曜日・日時等指定の場合は別途有料サービスとなります。 |
| 入退院時・入院中のサービス | |  | |  | |  |
|  | 移送サービス |  | あり |  | あり | ※救急搬送対応は、以下の通りです。 ・病院到着後1時間以内ご家族様に引き継ぎは無料 ・病院到着後1時間から3時間以内にご家族様に引き継ぎは、1回10,000円  ・病院で当日中にご家族様の引き継ぎができない場合は、1回20,000円 ※退院対応は1回5,000円の別途有料サービスとなりますが、ご家族様が病院にて付添対応の場合は30分スタッフ1名1000円＋お車代1km40円となります。 |
| 入退院時の同行（協力医療機関） |  | あり | なし |  |  |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外） | なし |  |  | あり | ※30分スタッフ1名1000円＋お車代1km40円 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし |  |  | あり | ※30分スタッフ1名1000円＋お車代1km40円 なお、洗濯を要する場合は1回2,000円。 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし |  |  | あり |