

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | R 3. 7. 1 |
| 記入者名  | 坂口 光夫     |
| 所属・職名 | 施設長       |

### 1. 事業主体概要

|            |                                     |   |
|------------|-------------------------------------|---|
| 種類         | 法人の種類                               | 営利法人  |
| 名称         | (ふりがな) しまづさんぎょうかぶしきかいしゃ<br>島津産業株式会社 |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒874-0904 大分県別府市大字南立石 2170 番地の 15   |   |
| 連絡先        | 電話番号                                | (0977) 27-5560  |
|            | FAX番号                               | (0977) 26-0555  |
|            | メールアドレス                             | <a href="mailto:kairakuen@sunny.ocn.ne.jp">kairakuen@sunny.ocn.ne.jp</a>    |
|            | ホームページアドレス                          | <a href="http://www.kairakuen-sunny.com">http://www.kairakuen-sunny.com</a> |
| 代表者        | 氏名                                  | 三浦 広為   |
|            | 職名                                  | 代表取締役   |
| 設立年月日      | 昭和 4 0 年 2 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) けあほーむかいらくえん<br>ケアホーム偕楽園    |   |
| 所在地      | 〒874-0904<br>別府市大字南立石 2170 番地の 15 |   |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                               | 別府駅   |
|          | 交通手段と所要時間                         | 別府駅より亀の井バス南立石中津留バス停より<br>徒歩 500m  |
| 連絡先      | 電話番号                              | 0977-27-5560  |
|          | FAX番号                             | 0977-26-0555  |
|          | メールアドレス                           | <a href="mailto:kairakuen@sunny.ocn.ne.jp">kairakuen@sunny.ocn.ne.jp</a>    |
|          | ホームページアドレス                        | <a href="http://www.kairakuen-sunny.com">http://www.kairakuen-sunny.com</a> |
| 管理者      | 氏名                                | 坂口 光夫   |

|  |               |            |
|--|---------------|------------|
|  | 職名            | 施設長        |
|  | 建物の竣工日        | 平成16年3月18日 |
|  | 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成16年4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<br>該当する場<br>合                | 介護保険事業者番号  | 4470201197 |
|                                    | 指定した自治体名   | 大分県（別府市）   |
|                                    | 事業所の指定日    | 平成16年4月1日  |
|                                    | 指定の更新日（直近） | 平成28年4月1日  |

**3. 建物概要**

|         |           |   |                               |
|---------|-----------|---|-------------------------------|
| 土地      | 敷地面積      | 5,332.71㎡                                 |                               |
|         | 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<br>(年 月 日～年 月 日)<br>2 なし |
| 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし |   |                               |
| 建物      | 延床面積      | 全体  | 2,208.24㎡                     |
|         |           | うち、老人ホーム部分                                | 2,208.24㎡                     |
|         | 耐火構造      | ① 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |                               |
|         | 構造        | 1 鉄筋コンクリート造<br>② 鉄骨造<br>3 木造<br>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<br>(年 月 日～年 月 日)<br>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<br>【表示事項】 | 1 全室個室  |                      |       |        |  |
|-------|----------------|---------|----------------------|-------|--------|--|
|       |                | ② 相部屋あり |                      |       |        |  |
|       |                | 最少      |                      | 1 人部屋 |        |  |
|       |                | 最大      |                      | 2 人部屋 |        |  |
|       | トイレ            | 浴室      | 面積                   | 戸数・室数 | 区分*    |  |
| タイプ1  | ①有/無           | 有/無     | 18.72 m <sup>2</sup> | 39    | 居室個室   |  |
| タイプ2  | ①有/無           | 有/無     | 20.00 m <sup>2</sup> | 6     | 居室個室   |  |
| タイプ3  | ①有/無           | 有/無     | 21.92 m <sup>2</sup> | 2     | 居室個室   |  |
| タイプ4  | ①有/無           | 有/無     | 23.06 m <sup>2</sup> | 1     | 居室個室   |  |
| タイプ5  | ①有/無           | 有/無     | 27.96 m <sup>2</sup> | 1     | 居室2人部屋 |  |
| タイプ6  | 有/無            | 有/無     | m <sup>2</sup>       |       |        |  |
| タイプ7  | 有/無            | 有/無     | m <sup>2</sup>       |       |        |  |
| タイプ8  | 有/無            | 有/無     | m <sup>2</sup>       |       |        |  |
| タイプ9  | 有/無            | 有/無     | m <sup>2</sup>       |       |        |  |
| タイプ10 | 有/無            | 有/無     | m <sup>2</sup>       |       |        |  |

※「居室個室」「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<br>便房   | 4ヶ所  | うち男女別の対応が可能な便房  | 1ヶ所 |  |
|            |  |      | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 3ヶ所 |  |
|            | 共用浴室   | 2ヶ所  | 個室              | 1ヶ所 |  |
|            |  |      | 大浴場             | 1ヶ所 |  |
|            | 共用浴室における<br>介護浴槽   | ヶ所   | チェアー浴           | ヶ所  |  |
|            |  |      | リフト浴            | ヶ所  |  |
|            |  |      | ストレッチャー浴        | 1ヶ所 |  |
|            |  |      | その他 ( )         | ヶ所  |  |
|            | 食堂   | ① あり | 2 なし            |     |  |
|            | 入居者や家族が利<br>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)<br>② あり (ストレッチャー対応)<br>3 あり (上記1・2に該当しない)<br>4 なし |      |                 |     |  |
| 消防用設備<br>等 | 消火器  | ① あり | 2 なし            |     |  |
|            | 自動火災報知設備   | 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        | 入居者が快適な生活を営むことが出来るよう、健全な施設作りに努め、常に入居者と職員との温かい人間関係のもと、終生尊厳のある人生が送れるよう援助し、安心して生活ができるような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 | (介護理念)<br>1、人間性を尊重した意欲ある介護<br>2、温もりと誠実に満ち溢れた温かい介護<br>3、責任と愛情を持って信頼される介護                          |
| 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 ② なし              |           |
|                                | 夜間看護体制加算     | 1 あり ② なし              |           |
|                                | 医療機関連携加算     | 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              |           |
| (III)                          |              | 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)<br>3 : 1 |           |
|                                | ② なし         |                        |           |

##### (医療連携の内容)

|        |            |
|--------|------------|
| 医療支援   | ① 救急車の手配   |
| ※複数選択可 | 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   | 畑病院                |
|          |   | 住所   | 大分県別府市中島町 14-22    |
|          |   | 診療科目 | 内科・リハビリテーション科・整形外科 |
|          |   | 協力内容 | 医院協定書による入居者の受診・治療  |
|          | 2 | 名称   | 別府中央病院             |
|          |   | 住所   | 大分県別府市北的ヶ浜町 5-19   |
|          |   | 診療科目 | 内科・脳神経外科・胃腸科       |
|          |   | 協力内容 | 医院協定書による入居者の受診・治療  |
| 協力歯科医療機関 |   | 名称   | 谷口歯科               |
|          |   | 住所   | 大分県別府市北浜 1-2-25    |
|          |   | 協力内容 | 医院協定書による入居者の受診・治療  |

**(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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>② その他（入居者及び身元引受人等により希望があった場合、メンテナンス代3万円を徴収する。）      |                     |
| 判断基準の内容                  | 事業者の指定する医師の意見を聞き、緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設けた上で判断を行う。                  |                     |
| 手続きの内容                   | 変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について、入居者及び身元引受人等に説明を行い、身元引受人等の意見を聞き、入居者の同意を得る。 |                     |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり ② なし   |                     |
| 居室利用権の取扱い                | 前室を継承   |                     |
| 前払金償却の調整の有無              | 1 あり 2 なし   |                     |
| 従前の居室との<br>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)<br>② 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                        | 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               | 夫婦での入居については、一方が自立配偶者であっても入居可能。 |           |
| 契約の解除の内容           | 特定施設及び介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書     |           |

|                |   |            |
|----------------|---|------------|
|                | 第5章「契約の終了」による。  |            |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項  | 入居契約書 29 条 |
|                | 解約予告期間  | 90 日       |
| 入居者からの解約予告期間   | 契約終了を希望する日の30日前   |            |
| 体験入居の内容        | ① あり(内容: 1日4,000円 食費(別途必要)<br>朝食¥550、昼食¥700、おやつ¥100、夕食¥700)<br>2 なし |            |
| 入居定員           | 50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<br>※1※2 |
|--|-----------|----|-----|----------------|
|  | 合計        | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者  | 1         | 1  |     | 1              |
| 生活相談員  | 1         | 1  |     | 1              |
| 直接処遇職員   | 20        | 7  | 13  | 15.8           |
| 介護職員   | 15        | 5  | 10  | 11.6           |
| 看護職員   | 5         | 2  | 3   | 4.2            |
| 機能訓練指導員  | 2         | 2  |     | 1.4            |
| 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※2   |           |    |     | 40時間           |
| ※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。 |           |    |     |                |
| ※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。   |           |    |     |                |

### (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     |    |     |   |
| 介護福祉士     | 5  | 4   | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 2  | 1   | 1 |

|           |   |   |   |
|-----------|---|---|---|
| 初任者研修の修了者 | 1 |   | 1 |
| 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  | 1  |     |
| 理学療法士     |    |    |     |
| 作業療法士     |    |    |     |
| 言語聴覚士     |    |    |     |
| 柔道整復士     |    |    |     |
| 鍼灸師       | 1  | 1  |     |

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

| 夜勤帯の設定時間 ( 20 時 00 分～8 時 00 分) |       |                 |
|--------------------------------|-------|-----------------|
|                                | 平均人数  | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                           | 1 人   | 1 人             |
| 介護職員                           | 1.6 人 | 1 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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>④ 3 : 1 以上 |
|   | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2 : 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   |     | 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   | 2         | 4   | 2     |     | 1       |     | 1       |     |

|                      |               |   |   |           |   |   |  |   |   |   |
|----------------------|---------------|---|---|-----------|---|---|--|---|---|---|
| 前年度1年間の退職者数          | 1             |   | 3 |           | 1 |   |  |   | 1 |   |
| 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         | 5 | 1 |  | 1 |   | 1 |
|                      | 1年以上<br>3年未満  |   | 1 | 1         | 1 |   |  | 1 |   |   |
|                      | 3年以上<br>5年未満  |   |   |           | 1 |   |  |   |   |   |
|                      | 5年以上<br>10年未満 | 1 | 1 | 1         |   |   |  |   |   |   |
|                      | 10年以上         | 1 |   | 2         | 3 |   |  |   |   |   |
| 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<br>【表示事項】              | ① 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                |   |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           | 1 全額前払い方式<br>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<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式                         |
| 4 選択方式<br>※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<br>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<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   | 経済情勢の変動等により改定   |
|                                | 手続き  | 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及び人件費を勘案し、運営懇談会「家族会」の意見を聞き、改定するものとします。 |



(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

|   |                               | プラン1     | プラン2     |         |
|---|-------------------------------|----------|----------|---------|
| 入居者の状況  | 要介護度                          | 要介護1     | 要介護2     |         |
|   | 年齢                            | 85歳      | 90歳      |         |
| 居室の状況   | 床面積                           | 18.72㎡   | 20.00㎡   |         |
|   | 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                           | 円        | 円        |         |
|   | 敷金                            | 204,000円 | 219,000円 |         |
| 月額費用の合計   |                               | 190,250円 | 197,230円 |         |
| 家賃  |                               | 68,000円  | 73,000円  |         |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 16,140円  | 18,120円  |         |
|   | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費       | 59,910円  | 59,910円 |
|   |                               | 管理費      | 46,200円  | 46,200円 |
|   |                               | 介護費用     | 円        | 円       |
|   |                               | 光熱水費     | 円        | 円       |
|   | その他                           | 円        | 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                   | 有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理予備費、地代に相当する金額にて算定する。               |
| 敷金                   | 家賃の3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                  | 居室清掃、ゴミ出し、共用部費用   |
| 食費                   | 食事1日3食・配下膳、キザミ食、お茶代含む。<br>朝食 529円、昼食 691円、おやつ 86円、夕食 691円 |
| 光熱水費                 | 電気代は基本料金を除く、使用料計算により別途。                                   |
| 光熱水費                 | 水道料は管理費に含む。   |
| 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)**

| 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                       | 要介護度に応じて介護費用の1割～3割を徴収。 |
| 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・地域密着型の場合を含む。                        |                        |

**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          | 7人  |
|       | 女性          | 25人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 人   |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 人   |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 3人  |
|       | 85歳以上       | 29人 |
| 要介護度別 | 自立          | 1人  |
|       | 要支援1        | 2人  |
|       | 要支援2        | 2人  |
|       | 要介護1        | 13人 |
|       | 要介護2        | 1人  |
|       | 要介護3        | 6人  |
|       | 要介護4        | 4人  |
|       | 要介護5        | 3人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 5人  |
|       | 6ヶ月以上 1年未満  | 4人  |
|       | 1年以上 5年未満   | 18人 |
|       | 5年以上 10年未満  | 5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    | 91.4歳 |
| 入居者数の合計 | 32人   |
| 入居率*    | 64%   |

※ 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を含む。

**(前年度における退去者の状況)**

|         |          |                               |
|---------|----------|-------------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等      | 人                             |
|         | 社会福祉施設   | 1人                            |
|         | 医療機関     | 2人                            |
|         | 死亡者      | 10人                           |
|         | その他      | 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) ご家族が特別養護老人ホームを希望したため |

**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)**

|          |       |                               |
|----------|-------|-------------------------------|
| 窓口の名称    |       | ケアホーム偕楽園 施設長 坂口 光夫            |
| 電話番号     |       | 0977-27-5560                  |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~18:00                    |
|          | 土曜    | 9:00~18:00                    |
|          | 日曜・祝日 | 9:00~18:00                    |
| 定休日      |       | なし                            |
| 窓口の名称    |       | 別府市役所 介護保険担当課                 |
| 電話番号     |       | 0977-21-1111                  |
| 対応している時間 | 平日    | 8:30~17:00                    |
|          | 土曜    | 休み                            |
|          | 日曜・祝日 | 休み                            |
| 定休日      |       | 土、日、祝日 年末年始(12/28~1/3)        |
| 窓口の名称    |       | 大分県福祉保健部 高齢者福祉課               |
| 電話番号     |       | 直)097-506-2685 代)097-536-1111 |
| 対応している時間 | 平日    | 8:30~17:00                    |
|          | 土曜    | 休み                            |
|          | 日曜・祝日 | 休み                            |
| 定休日      |       | 土、日、祝日 年末年始(12/28~1/3)        |

**(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) あいおいニッセイ同和損害<br>保険株式会社<br>介護保険・社会福祉事業者総合保険加入 |
|                               | 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 | ① あり | (その内容) 上記加入保険により対応                                  |
|                               | 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、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 あり | 実施日    |           |
|                                  |      | 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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |

10. その他

|  |   |
|--|---|
| 運営懇談会  | (開催頻度) 年1回以上  |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名 : )<br>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<br>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「6.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                                  |   |
| 「7.既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への適合性                    | 1 適合している (代替措置)<br>2 適合している (将来の改善計画)<br>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                            | 1 あり ② なし   |
| 不適合事項がある場合の内容                                    |   |

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 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。

別添1 事業主体が大分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                 | あり     | なし |                                 |
| 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 | 偕楽園デイサービスセンター 別府市大字南立石2170番地の15 |
| 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 |                                 |
| 居宅介護支援               | あり     | なし |                                 |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |        |    |                                 |
| 介護予防訪問介護             | あり     | なし |                                 |
| 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 |                                 |
| 介護予防通所介護             | あり     | なし | 偕楽園デイサービスセンター 別府市大字南立石2170番地の15 |
| 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 |                                 |

## 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） |    |   | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | 備 考                                    |
|                                  | 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   |      |  |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり | なし                         | あり |   |      |      |      |  |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |   |      |      |      |  |
| 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 |   |      |      |      | ご家族が付き添うことが出来ない場合可<br>月6回以上の時1回につき550円 |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |   |      |      |      |  |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |   |      |      |      |  |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり |   |      |      |      |  |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり |   |      |      |      |  |
| 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 |   | ○    | ¥86  | 税込   |  |
| 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 |   |      |      |      | 決められた店舗に売っているものであれば可                   |
| 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 |   | ○    | 実費   |      |  |
| 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                    |                                   |    |                            |    |   |      |      |      |  |
| 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 | ○ |      |      |      | ご家族が付き添うことが出来ない場合可                     |
| 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 | ○ |      |      |      |  |

※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、月額の利用料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。