

重要事項説明書

| | |
|-------|--------------|
| 記入年月日 | 2017年 11月 1日 |
| 記入者名 | 松生 吉郎 |
| 所属・職名 | 業務部 部長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|---|
| 種類 | 個人(法人) | |
| | 法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) はくあいなーしんぐうゐら 株式会社 博愛ナーシングヴィラ | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 448-0803 愛知県刈谷市野田町北口9 5 番地 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0566-25-1600 |
| | FAX番号 | 0566-25-1789 |
| | ホームページアドレス | http://www.hakuai.co.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 成田 洋 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 1990年 3月26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) はくあいなーしんぐうゝいら 博愛ナーシングヴィラ | |
| 所在地 | 〒 448-0803 愛知県刈谷市野田町北口9 5 番地 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅および 交通手段と所要時間 | 東海道新幹線「三河安城」駅より5km(車で約8分) JR東海道本線「刈谷」駅で乗り換え、ひと駅先の 「野田新町」駅で下車ください。 駅より80m(徒歩1分) |
| 連絡先 | 電話番号 | 0566-25-1600 |
| | FAX番号 | 0566-25-1789 |
| | ホームページアドレス | あり http://www.hakuai.co.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 成田 洋 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | 平成 2年(1990年) 2月15日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成 2年(1990年) 3月26日 | |

(類型) 【表示事項】

| | | |
|-------------------------------------|-------------|---|
| 1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1 又は 2 に 該当する場 合 | 介護保険事業所番号 | ①指定特定施設 : 愛知県指定第2372900015号 ②指定介護予防特定施設 : 愛知県指定第2372900015号 |
| | 指定した自治体名 | 愛知県 |
| | 事業所の指定日 | ①指定特定施設 : 1999年 9月28日 ②指定介護予防特定施設 : 2006年 4月 1日 |
| | 指定の更新日 (直近) | ①指定特定施設 : 2008年 4月 1日 : 2014年 4月 1日 ②指定介護予防特定施設 : 2012年 4月 1日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|---------|---------|---|------------------------------------|--------------------------|----|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 7,214.52 m ² | | | | |
| | 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 (2009年 5月 1日～2019年 5月 1日) | | | |
| 契約の自動更新 | ① あり | 2 なし | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 6,044.48 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 5,591.41 m ² | | | |
| | 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 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) | | | |
| | 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 全室介護居室 尚、夫婦、兄弟・姉妹、親子部屋あり | | | |
| 2 相部屋あり | | | | | | |
| 最少 | | | 人部屋 | | | |
| 最大 | | 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 室数 | 区分 |
| タイプ1 | | 有 | 無 | 13.0～16.1 m ² | 96 | 介護居室個室 |
| タイプ2 | | 有 | 無 | 19.5～23.2 m ² | 10 | 介護居室個室 |
| | | | | | | |

| | | | | |
|----------------------|--|--------|----------------|-----|
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 6ヶ所 | うち男女別の対応が可能な数 | 6ヶ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な数 | 6ヶ所 |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 |
| | | | 大浴室 | 1ヶ所 |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 3ヶ所 | チェアー浴 | 0ヶ所 |
| | | | リフト浴 | 2ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | 1ヶ所 |
| | | | その他（ ） | |
| 食堂 | (1) あり | 2 なし | | |
| 入居者や家族が利用 できる調理設備 | 1 あり | (2) なし | | |
| エレベーター | (1) あり (車椅子対応) (2) あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし | | | |
| 防災用設備 等 | 消火器 | (1) あり | 2 なし | |
| | 自動火災通報設備 | (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 | 要支援状態又は要介護状態によって、自立した生活が困難になられたお客様に対して、人格を尊重し、心身の状況に合わせた個別の介護予防特定施設サービス計画または特定施設サービス計画を作成し、家庭的な環境の下で食事・入浴・排泄等の日常生活のお世話、機能訓練、療養上のお世話等に、心のこもった、質の高い介護サービスの提供に努めます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ul style="list-style-type: none"> 家庭的な雰囲気の下で介護職員、看護職員がご入居者の健康状態を把握し手厚いケア（終末ケアを含む）を提供。 協力医療機関からの2週に1回の往診により早期健康チェックと経過観察を行っている。それにより、早期治療に結びつける。 緊急時の対応を含め、休日・夜間においても医師との連絡の上、適宜対応する。 |
| 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) 1.5 : 1 | | |
| | 2 なし | | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|-----------------------|---|--|
| 医療支援 | | 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 (1. 上記 1 2 3 は看護職員が同行する。 (2. 入院生活援助(入院中の洗濯物の取替え及びオムツの補充) (3. 地域医療ネットワークシステムの導入) | |
| 協力医療機関 | 1 刈谷豊田 総合病院 | 名称 | 医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 (672床) |
| | | 住所 | 〒448-8505 愛知県刈谷市住吉町5丁目15番地 |
| | | 診療科目 | 内科、外科、精神神経科、循環器科、皮膚科、歯科口腔外科 眼科、他 計20科 |
| | | 協力内容 | 外来での診察対応 入居者に入院治療が必要と判断された場合の適切な対応。 (入院の際、個室希望の場合には、差額ベッド料のご負担が別途発生いたします。) (入院中の医療費その他費用は、医療機関の規定によります。) ※刈谷豊田総合病院への入院の受け入れは、病床の混雑度、 疾病内容等によって、受け入れできない場合もあります。 |
| | 2 刈谷豊田 総合病院 東分院 | 名称 | 医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院東分院 (230床) |
| | | 住所 | 〒448-0862 愛知県刈谷市野田新町1丁目101番地 |
| | | 診療科目 | 内科、脳神経外科、リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | 2週に1回の訪問診療、健康相談 (内科) 休日、夜間における入居者の異常発生時対応のための医師の待機。 月～金曜日において、医師の指示に基づく理学療法士または作業療法士によるリハビリテーション。 ※健康チェックで必要と思われる場合は、血液検査、心電図、 胸部レントゲン写真撮影、CTなどの検査も行います。 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 (719床) |
| | | 住所 | 〒448-8505 愛知県刈谷市住吉町5丁目15番地 |
| | | 協力内容 | 外来での診察対応 |

(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 | 1 一時介護室へ移る場合 ② その他：あり (全室介護居室のため全室対応可能) (入居者の状態変化に伴い住み替える場合があります) | |
| 判断基準及び手続きの内容 | 入居者の心身状況、他の入居者への適応状況等により必要と認められる場合に、他の介護居室に移動をお願いする場合があります。 この場合、医師の確認をとり、入居者本人又は、身元引受人の合意を得て行います。 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり ② なし | |
| 居室利用権の取扱い | 介護居室の移動によって利用権利の変更がある場合、面積減少に伴う費用の調整は行いません。また、移動に伴う追加費用は不要です。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | ① あり 2 なし | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | ① あり 2 なし |
| | 便所の変更 | ① あり 2 なし |
| | 浴室の変更 | ① あり 2 なし |
| | 洗面所の変更 | ① あり 2 なし |
| | その他の変更 | ① あり 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 | 当施設は病院ではないので入院加療が必要な方はご入居できません。 施設の看護職員は、中心静脈栄養管理の対応は不可ですが、その他の療養管理については要相談となります。 人工呼吸器は、原則受入れ対応はできません。 | |
| 契約の解除の内容 | 以下の場合には、3ヶ月間の予告期間において契約を解除することがあります。 ①入居契約書に虚偽の事項を記載する等の不正な手段により入居したとき ②管理費その他の費用の支払いをしばしば遅滞したとき ③建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき ④行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼし、共同生活の秩序を乱す行為があり、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止できない場合、入居者の方が契約を解除しようとする時は、7日以上予告期間が必要です。 | |
| 事業主体から解約を求める 場合 | 解約条項 | 入居契約書第29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 | 1泊2日 21,600円 (7日以内) | |
| 入居定員 | 108名 | |
| その他 【短期解約特例】 | 入居一時金の償却起算日後90日以内に解約される場合は、契約書第43条に基づき、受領済みの入居一時金及び月払いの利用料等の全額を返還いたします。但し、契約書第2条に定める目的施設の利用の対価及び月額利用料の入居日より居室明渡日迄の期間に係る日割り分はお支払いいただきます。 | |

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※2 |
|--|-----------|-----|------|----------------|
| | 常勤 | 非常勤 | 合計 | |
| 管理者 | 1名 | | 1名 | 1名 |
| 生活相談員 | 2名 | | 2名 | 2名 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 44名 | 4名 | 48名 | 47名 |
| 看護職員 | 10名 | 6名 | 16名 | 14.1名 |
| 機能訓練指導員 | 2名 | | 2名 | 2名 |
| 計画作成担当者 | 2名 | | 2名 | 2名 |
| 栄養士 | 1名 | | 1名 | 1名 |
| 調理員 | 4名 | 10名 | 14名 | 8.2名 |
| 事務員 | 7名 | | 7名 | 7名 |
| その他の従事者 | 0名 | 15名 | 15名 | 7.2名 |
| 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ている。 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 常勤 | | 合計 |
|-----------|-----|-----|-----|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 41名 | 4名 | 45名 |
| 介護職員実務者研修 | | | |
| 介護職員初任者研修 | 2名 | | 2名 |
| 介護支援専門員 | | | |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 常勤 | | 合計 |
|-------------|----|-----|----|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 看護師又は准看護師 | 2名 | | 2名 |
| 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 (20時～7時30分) | | |
|----------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 1人 | 看護・介護職員のいずれか6人 |
| 介護職員 | 6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 | 契約上の職員配置比率 【表示事項】 | <input checked="" type="radio"/> 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) | 1.3 : 1 |

(職員の状況)

| | | | | | | | |
|----------------------|-----------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------|---------------------------------------|-------|-----|
| 管理者 | | | 1 あり | | <input checked="" type="radio"/> 2 なし | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | |
| | | 資格等の名称 | | | | | |
| | | <input checked="" type="radio"/> 2 なし | | | | | |
| | | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
| | | 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 | | 4名 | 2名 | 4名 | 1名 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 5名 | 1名 | 5名 | 1名 | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | 4名 | 1名 | 7名 | 0名 | | |
| | 1年以上3年未満 | 0名 | 1名 | 7名 | 3名 | | |
| | 3年以上5年未満 | 3名 | 0名 | 8名 | 0名 | | |
| | 5年以上10年未満 | 1名 | 3名 | 10名 | 2名 | 2名 | |
| | 10年以上 | 0名 | 0名 | 14名 | 0名 | | |
| | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | | | |
| | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | | |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | |
| 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年以上3年未満 | 1名 | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | 1名 | | 1名 | | | |
| | 10年以上 | | | 1名 | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | <input checked="" type="radio"/> 1 あり | | 2 なし | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------|--|---------------------------------------|
| 居住の権利携帯 【表示事項】 | <input checked="" type="radio"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 | |
| | <input checked="" type="radio"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | <input checked="" type="radio"/> 3 月払い方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 4 選択方式 | 1 全額前払い方式 |
| | ※該当する方式を全て選択 | 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 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり | 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり | <input checked="" type="radio"/> 2 なし |

| | | |
|--------------------------------|--------------|---|
| 入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額なし | ② 日割り計算で減額 |
| | 3 不在期間が | 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・生活サービス費 … 入居日数に応じ、計算し返金します。 ・食事費 … 食数に応じて返金します。 ・管理費 … 入院、外泊等が長期になっても返金しません。 |
| 利用料金の改定 | 条件および 手続き | 事業者は、月払いの利用料、食費、その他の費用の入居者が支払うべきその他の費用の額を改定することがあります。費用の改定にあたっては、目的施設の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等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとします。改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等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】)

(税込)

| | | 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4 | |
| | 年齢 | 86～90歳 | 91～95歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 15.1㎡ | 14.9㎡ | |
| | 洗面所及び便所 | 有 | 有 | |
| 入居時点で 必要な費用 | 入居一時金 | 10,980,000円 | 8,235,000円 | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 268,380円 | 268,380円 | |
| 家賃 | | 入居一時金で前払い | 入居一時金で前払い | |
| サ ー ビ ス 費 用 | 特定施設入居者生活介護の費用 | 下記の（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）の特定施設入居者生活介護に対する自己負担額に記載。 | | |
| | 介 護 保 険 外 | 生活サービス費 | 140,400円 | 140,400円 |
| | | 管理費 | 63,180円 | 63,180円 |
| | | 食事費 | 64,800円 | 64,800円 |
| | | 水道光熱費 | 管理費に含む | 管理費に含む |
| | その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・健康保険法等に基づく医療又は療養の給付を受ける際の一部負担金を除く費用（1割から3割）をご負担いただきます。 治療費の内、公費又は健康保険で給付されない費用（実費）をご負担いただきます。 ・新聞、雑誌等の購読料 ・クリーニング代 ・オムツ代 ・理美容代 ・趣味の会 書道 絵手紙 生け花 ・特別室 他 | | |
| | | 実費 実費 | 実費 実費 | |
| | 約108円／1回 | 約108円／1回 | | |
| | 3,000円より | 3,000円より | | |
| | 2,675円／1ヶ月 | 2,675円／1ヶ月 | | |
| | 2,675円／1ヶ月 | 2,675円／1ヶ月 | | |
| | 2,058円/1ヶ月+花代(回数) | 2,058円/1ヶ月+花代(回数) | | |
| | 2,500円／1日(非課税) | 2,500円／1日(非課税) | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費用 | 算定根拠 |
|--------------------------------------|--|
| 家賃 家賃相当額 家賃等及び施設 維持のための費用 | 当施設の開発費、土地代及び地代、建設費・設備費用、物価等変動費 借入利息、管理事務費等を含む当該施設の開発等に関わる総費用 管理費、施設維持管理費、外部業者委託費、消耗品費等を含む当該施設 の維持に関わる費用 |
| 保証金 月払い入居契約 の方は保証金をお 預かりします | 50万円 (1ヶ月の家賃相当額 183,000円×3ヶ月相当分として) 入居者が目的施設に月払い契約で入居し、日常生活に必要な各種サー ビスを受ける場として当該目的施設を利用するにあたり、月額家賃相 当額の約3ヶ月分を、本契約から生ずる債務の担保として事業者に預 け入れます。全額無利息の預り金とし、消費税の負担はありません。 |
| 介護費用 生活サービス費 | 要支援者及び要介護者の入居者に対して、人員を基準以上に配置して 提供でき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算出した費用で 介護保険の基準よりも手厚い職員配置のための費用 ※介護保険サービスの介護保険利用者負担分は含まない (入院、外泊等に応じて返金します。) |
| 管理費 | 建物の維持管理費、洗濯費、寝具費、修繕等の維持費用、事務・管理 部門の人件費、共用施設等の維持管理費、水道光熱費、事務管理等経費 (入院、外泊等が長期になっても返金しません。) |
| 食事費 | 入居者が当該施設(居室及び共用施設等)に入居するうえでの食事に関 する費用 … (食数に応じて返金します。) 朝食、昼食、夕食 朝食(432円)、昼食(864円)、夕食(864円) |
| 光熱水費 | 管理費に含みます。 |
| 利用者の個別的な選択に よるサービス利用料 | 別添2に記載 |
| その他のサービス利用料 | 治療費の内、公費又は健康保険で給付されない費用(実費)をご負担 いただきます。 |

(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に対する自己負担額 | | | | |
|--|------|------------|----------|-------------|
| 下記は1割の単位及び金額を掲載しています。 | | | | |
| 内容 | 区分 | 介護給付費の基本単位 | 30日分の目安 | 代理受領時の自己負担分 |
| | 要支援1 | 179 単位 | 6,737単位 | 6,919 円 |
| | 要支援2 | 308 単位 | 10,843単位 | 11,136 円 |
| | 要介護1 | 533 単位 | 18,323単位 | 18,818 円 |
| | 要介護2 | 597 単位 | 20,361単位 | 20,911 円 |
| | 要介護3 | 666 単位 | 22,557単位 | 23,166 円 |
| | 要介護4 | 730 単位 | 24,594単位 | 25,258 円 |
| | 要介護5 | 798 単位 | 26,758単位 | 27,480 円 |
| ※地域区分単価は、1単位=10.27円 ※一定以上の所得のある方の「介護保険料の自己負担割合」は2割負担となります。 ※代理受領時の自己負担分の中には、下記の①～⑤が含まれます。 ①個別機能訓練加算 12単位/日 ②夜間看護体制加算(要支援1,2を除く) 10単位/日 | | | | |

| | |
|---|--|
| | ③医療機関連携加算 80単位/月 ④サービス提供体制強化加算 18単位/日 ⑤介護職員処遇改善加算 所定単位数(基本単位+加算単位)×6.1% ※看取り介護加算を算定した場合は、その単位数も月間の利用料に含まれますので、その月の自己負担分も変わります。よって介護職員処遇改善加算も変わります。 |
| 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） | |
| 内容 | 利用料 140,400円（月額） 介護費用（生活サービス費） 要支援者及び要介護者の入居者に対して、人員を基準以上に配置して提供でき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算出した費用で介護保険の基準よりも手厚い職員配置のための費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含みません。 (入院、外泊等に応じて返金します。) |

(前払金の受領)

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| 入居一時金の算定根拠 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 使途： 入居一時金は、目的施設（居室及び共用施設）の終身にわたる利用に関して、終身にわたって受領すべき家賃相当額に充当します。 ・ 入居一時金を構成する費用： 当該施設の開発費、土地代及び地代、建設費・整備費用、大規模修繕等修繕費、物価等変動費、借入利息、管理事務費等を含む当該施設の開発等に関わる総費用、管理費、施設維持管理費、外部業者委託費、消耗品費等を含む当該施設の維持に関わる費用 ・ 入居一時金の算定根拠及び算定方法： 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指導指針及び事務連絡（平成24年3月16日発）（以下、指針及び事務連絡という。）で示された算式に基づき算定します。その算定方法は土地取得額、建物及び構築物の費用、減価償却費、地代家賃、固定資産税等を考慮し、入居一時金を決めました。 | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | 80歳以下 81～85歳 86～90歳 91～95歳 96歳以上 一年契約 | 72ヶ月（6年） 60ヶ月（5年） 48ヶ月（4年） 36ヶ月（3年） 24ヶ月（2年） 12ヶ月（1年） |
| 償却の開始日 | 入居日の翌日 90日以内の契約終了の場合を含み、初期償却額は入居後3ヶ月後に償却。経年償却額は入居月から償却開始。 | |
| 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） | 80歳以下 81～85歳 86～90歳 91～95歳 96歳以上 | 3,294,000円 2,745,000円 2,196,000円 1,647,000円 1,098,000円 |
| 初期償却率（%） | 20%（一年契約は除く） | |
| 返還金の算定方法 | | |
| 入居後3月以内の契約終了 | 契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法 | |

| | |
|----------------------|--|
| | <p>3ヶ月以内のため、どの入居契約（80歳以下、81～85歳、86～90歳、91～95歳、96歳以上、1年契約、月払い契約）も、受領済みの入居一時金（保証金を含む）及び月払いの利用料の全額を無利息で入居者に返還することとします。但し、入居契約書第2条に定める目的施設の利用の対価として1日当たり15,046円と介護保険給付対象外費用として、月々お支払いいただく生活サービス費の日割り計算した金額と、日割り計算に基づく月払いの利用料、食費、その他の費用及び原状回復費用等を、それぞれ居室明け渡し日までの期間分を事業者を支払うことで契約を終了できるものとしてします。</p> |
| 入居後3月を超えた契約終了 | |
| 契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例 | |
| 81～85歳 | <p>入居一時金×0.8×(60ヵ月－入居月数)÷60ヵ月</p> <p>例1. 入居4年6ヶ月で契約終了した場合 13,725,000円×0.8×(60ヵ月－54ヵ月)÷60ヵ月＝1,098,000円</p> <p>例2. 入居金償却期間を超える場合 返還金はなく、入居金の追加徴収は行いません。 契約期間内に退去される場合、一時金は償却期間月数で割り、退去月は入居日数に応じ計算します。</p> |
| 86～90歳 | <p>入居一時金×0.8×(48ヵ月－入居月数)÷48ヵ月</p> <p>例1. 入居3年4ヶ月で契約終了した場合 10,980,000円×0.8×(48ヵ月－40ヵ月)÷48ヵ月＝1,464,000円</p> <p>例2. 入居金償却期間を超える場合 返還金はなく、入居金の追加徴収は行いません。 契約期間内に退去される場合、一時金は償却期間月数で割り、退去月は入居日数に応じ計算します。</p> |
| 91～95歳 | <p>入居一時金×0.8×(36ヵ月－入居月数)÷36ヵ月</p> <p>例1. 入居1年10ヶ月で契約終了した場合 8,235,000円×0.8×(36ヵ月－22ヵ月)÷36ヵ月＝2,562,000円</p> <p>例2. 入居金償却期間を超える場合 返還金はなく、入居金の追加徴収は行いません。 契約期間内に退去される場合、一時金は償却期間月数で割り、退去月は入居日数に応じ計算します。</p> |
| 一年契約 | <p>契約期間内に退去される場合、一時金は償却期間月数で割り、退去月は入居日数に応じ計算します。1年契約のご契約は2年目以降もご入居を希望される場合は一年契約の更新とさせていただきます。入居後1年以内に入居一時金契約に切り替え希望のある方は担当者までお申し出ください。ご相談賜ります。</p> |
| 月払い契約 | <p>契約期間内に退去される場合、家賃等は入居日数に応じ計算します。保証金(50万円)は契約終了時に全額返還いたしますが、入居者の事業者に対する返済費用がある場合は差し引かせていただくことがあります。</p> |
| 前払金の保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 |
| | ④ 全国有料老人ホーム協会 |
| | 5 その他（名称： _____） |

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | | | |
|-------|------------|------|------------|------|
| 性別 | 男性 | 16 人 | | |
| | 女性 | 67 人 | | |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 人 | | |
| | 65歳以上75歳未満 | 2 人 | | |
| | 75歳以上85歳未満 | 15 人 | | |
| | 85歳以上 | 66 人 | | |
| 要介護度別 | 非該当 | 0 人 | 要介護 2 | 11 人 |
| | 要支援 1 | 6 人 | 要介護 3 | 9 人 |
| | 要支援 2 | 8 人 | 要介護 4 | 17 人 |
| | 要介護 1 | 11 人 | 要介護 5 | 21 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 12 人 | 5年以上10年未満 | 24 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 10 人 | 10年以上15年未満 | 4 人 |
| | 1年以上5年未満 | 28 人 | 15年以上 | 5 人 |

(入居者の属性)

| | |
|-----------------------------|--------|
| 平均年齢 | 89.0 歳 |
| 入居者数※の合計 | 83 人 |
| 入居率※※ | 77 % |
| ※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |
| ※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|-------------|----------|--|
| 退去先別の 人数 | 自宅等 | 1 名 |
| | 社会福祉施設 | 0 名 |
| | 医療機関 | 0 名 |
| | 死亡者 | 11 名 |
| | その他 | 0 名 |
| 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) ・ご家族も高齢になり、家族が住んでいる自宅で生活するため退去。 |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況)

| | | |
|----------|--------------|------------|
| 窓口の名称 | 業務部 | 責任者：松生吉郎 |
| 電話番号 | 0566-25-1600 | |
| 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 |
| 定休日等 | なし | |

| | | |
|----------|-------|----------------------|
| 窓口の名称 | | 愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課 |
| 電話番号 | | 052-971-4165 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日等 | | 土曜・日曜・祝日・12月30日～1月3日 |
| 窓口の名称 | | 刈谷市 健康福祉部長寿課 |
| 電話番号 | | 0566-62-1013 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日等 | | 土曜・日曜・祝日・12月30日～1月3日 |
| 窓口の名称 | | 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 |
| 電話番号 | | 03-3272-3781 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:30～17:30 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日等 | | 土曜・日曜・祝日・12月30日～1月3日 |
| 窓口の名称 | | 県 市 健康福祉部長寿課 |
| 電話番号 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:30～17:30 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日等 | | 土曜・日曜・祝日・12月30日～1月3日 |

(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「有料老人ホーム損害賠償責任保険」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) 施設の緊急対策マニュアルに沿って、提携医療機関の医師と連絡を取り適切に処理をする。ご家族及び身元引受人へ速やかに連絡し、対処方法を相談する。 |
| | 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みの状況 | 1 あり | 実施日 | 2ヶ月に1回 |
| | | 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 | 平成 24 年 1 月 20 日 |
| | | 評価機関名称 | 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | ① 入居希望者に公開 |
| | 2 入居希望者に交付 |
| | 3 公開していない |
| 管理規程 | ① 入居希望者に公開 |
| | 2 入居希望者に交付 |
| | 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 |
| | 2 入居希望者に交付 |
| | ③ 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | ① 入居希望者に公開 |
| | 2 入居希望者に交付 |
| | 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 |
| | 2 入居希望者に交付 |
| | ③ 公開していない |

10. その他

| | | | |
|--|-----------------|--------------------|---|
| 運営懇談会 | ① あり | (開催頻度) 年1回 | 必要時随時開催 |
| | 2 なし | | |
| | 1 代替措置あり | (内容) | |
| | 2 代替措置なし | | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名) | | |
| 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 | ② なし | | |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出 | ① あり | 2 なし | 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届け出が不要 |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり | ② なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり | ② なし | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | | |
| 「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 1 適合している (代替措置) | 2 適合している (将来の改善計画) | 3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | | |

別添1 事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業

| 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) | |
| 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居者生活介護 | あり(なし) | |
| 複合型サービス | 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) | |
| 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・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 | |
| | | 利用料に含む | その都度徴収 | 料金 | | | |
| 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) | | ○ | 1回あたり約108円 |
| 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 | ○ | | 看護職員が同行する |
| 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) | | ○ | 1,200円～ |
| 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) | | ○ | 3,000円～ |
| 買い物代行 | (なし) | あり | (なし) | あり | | | |
| 役所手続き代行 | (なし) | あり | なし | (あり) | | ○ | 1時間2,000円 交通費は実費負担 |
| 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 | | | |
| 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 | ○ | | 看護職員が同行する |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | (なし) | あり | (なし) | あり | ○ | | } おむつの補充や入院費用の支払い代行も行う |
| 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ります。（1割又は2割の利用者負担）