

◆◆エルダーホーム御野◆◆

(介護付有料老人ホーム)

重要事項説明書

株式会社エルダー

重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 5 月 1 日
記入者名	右田真生
所属・職名	施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人／ 法人	
	※法人の場合、その種類	
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ えるだー 株式会社 エルダー	
主たる事務所の所在地	〒703-8252 岡山市中区中島 7 0 - 1	
連絡先	電話番号	0 8 6 - 2 7 5 - 7 2 8 0
	FAX 番号	0 8 6 - 2 7 5 - 7 2 8 8
	メールアドレス	mino@takufukai-group.or.jp
	ホームページアドレス	http:// www.takufukai@group.or.jp
代表者	氏名	津島 周史
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成・ 令和 1 6 年 8 月 3 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)

<u>(ふりがな)</u> 名称	(えるだーほーむみの) 介護付有料老人ホーム エルダーホーム御野	
所在地	〒700-0001 岡山市北区宿 4 3 7 - 3	
主な利用交通手段	最寄駅	岡山 駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 宇野バスで乗車15分、三野公園前停留所で下車、徒歩12分。 岡電バスで乗車15分、江川停留所で下車、徒歩7分。
連絡先	電話番号	086-228-0295
	FAX 番号	086-228-0296
	メールアドレス	mino@takufukai-group.or.jp
	ホームページアドレス	http://www.takufukai@group.or.jp
管理者	氏名	右田 真生
	職名	施設長
建物の <u>新築年月日</u>		昭和 ・平成・ 令和 63 年 1 月 15 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・ 平成 ・ 令和 21 年 11 月 1 日

(類型)【表示事項】

<div> <div>1</div> <div>介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）</div> </div> <div> <div>2</div> <div>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）</div> </div> <div> <div>3</div> <div>住宅型</div> </div> <div> <div>4</div> <div>健康型</div> </div> <div> <div>5</div> <div>サービス付き高齢者向け住宅</div> </div>		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	3 3 7 0 1 1 0 2 3 5
	指定した自治体名	岡山県（市）
	事業所の指定日	平成27年11月1日
	指定の更新日（直近）	令和 1 年 1 0 月 3 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	5 7 7 . 3 8 m ²
----	------	----------------------------

	タイプ 10	有／無	有／無	m ²	
※「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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	0ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所	
			大浴場	0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	0ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	2ヶ所	
			その他（ ）	0ヶ所	
	食堂	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
入居者や家族が利	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） <input type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない） <input type="checkbox"/> 4 なし				
消防用設備 等	消火器	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
緊急通報装 置等	<u>居室</u> <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input type="checkbox"/> 3 なし	<u>便所</u> <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部 あり	<u>浴室</u> <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input type="checkbox"/> 3 なし	<u>その他</u> () <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり	
その他	<p>玄関（1F）、機能訓練室・食堂・談話室（各階）、洗濯室（各階）、汚物処理室（各階）、エレベーター（各階）、洗面所（各階）</p> <p>介護居室 13.78 m² ただし 209 号室と 309 号室は 14.22 m²</p> <p>一時介護室 居室がすべて個室であるため設置なし</p> <p>食堂 1 階：39.14 m² 2 階：41.10 m² 3 階：41.10 m²</p> <p>機能訓練室 食堂を機能訓練室と兼ねる</p>				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>①医療と介護を調和させて地域の医療、福祉に貢献します。</p> <p>②一人ひとりの利用者様の個性を尊重して愛情豊かで丁寧な医療、福祉サービスを行います。</p> <p>③何よりも利用者様の目線に立った医療、福祉サービスを提供します。</p> <p>④地域に根差して、医療、福祉を継続して提供できる事業体を目指します。</p> <p>⑤利用者様に優れた医療、介護技術を提供するべく、日々努力します。</p> <p>⑥全ての職員が自分たちの提供する医療、介護に誇りを持ちます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	小規模フロア（1F10名・2F12名・3F12名）でアットホームな雰囲気の施設です。個別ケアを実践し、入居者との関わりを大切にし、日々ケアに取り組んでいる。また、関連施設・事業所との事例検討会などにより情報交換を行い、ケアの向上に努めている。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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

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	入居継続支援加算（Ⅰ）	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	入居継続支援加算（Ⅱ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	個別機能訓練加算（Ⅰ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL 維持等加算（Ⅰ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL 維持等加算（Ⅱ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし

	医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	口腔衛生管理体制加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	看取り介護加算（Ⅰ）		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	看取り介護加算（Ⅱ）		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	認知症専門 ケア加算	（Ⅰ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		（Ⅱ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		（Ⅱ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		（Ⅲ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	介護職員処遇改善加算	（Ⅰ）	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		（Ⅱ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		（Ⅲ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		（Ⅳ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		（Ⅴ）	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	介護職員等特定処遇改善加算	（Ⅰ）	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
（Ⅱ）		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2	なし				

(医療連携の内容)

医療機関		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	旭竜クリニック
		住所	岡山市中区中島70-1
		診療科目	内科
		協力内容	往診・通院の送迎・付添
	2	名称	岡山済生会総合病院
		住所	岡山市北区伊福町1-17-18

		診療科目	総合
		協力内容	通院および入院の送迎・付添
協力歯科医療機関	名称	コープ倉田歯科	
	住所	岡山市中区倉田 6 8 0 - 1	
	協力内容	訪問歯科	

(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 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（全室、介護居室であるため介護居室または一時介護室へ移る場合の条件および手続きは発生しない）	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	①介護保険認定を受けた方（要支援 1 ～要介護度 5） ②法定伝染病疾患及び精神病疾患及び継続的な医療行為を伴わず、かつ問題行動のない方で共同生活に適応できる方。 ③施設の規範を遵守できる方。	

契約の解除の内容	事業所からの契約解除 1.事業者は、入居者が各号のいずれかに該当した場合には、本契約を解除する ①入居申込書に虚偽の事項を記載する等、不正な手段により入居した場合。②利用料などその他の支払いが2ヶ月以上遅延し、相当期間定めた催告にも、関わらず、これが支払われない場合。③入居者が、共同生活の秩序を著しく乱したり、故意又は重大な過失により、他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。⑤入居者が連続して3ヶ月以上病院に入院した場合、もしくは入院されると見込まれる場合。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約の解除の内容の通り
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	7ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容：2泊3日までの体験が可能) 2 なし	
入居定員	34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
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	16	14	2	15.6
介護職員	13	10	2	12.6
看護職員	3	3	0	3
機能訓練指導員	2	2	0	2
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	0	0	0	0
調理員	3	0	3	1.5
事務員	1	0	1	0.5
その他職員	0	0	0	0

1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2	40
※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	
		常勤	非常勤
社会福祉士	1	1	0
介護福祉士	7	6	1
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	2	2	1
介護支援専門員	1	1	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	常勤	
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0	2	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	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 (19 時～7 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
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)	2.1 : 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		<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	介護支援専門員							
		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	2	0	4	0	0	0	1	0	0	0
前年度1年間の退職者数	1	0	4	0	0	0	1	0	0	0
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	1	0	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	3	0	1	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	5	1	0	0	0	0	0
	10年以上	2	0	2	0	0	0	2	0	1
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 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	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		1 全額前払い方式	
		2 一部前払い・一部月払い方式	
		<input 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	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり <input 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		1 減額なし <input type="checkbox"/> 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	
利用料金 の改定	条件	経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合	
	手続き	運営懇談会等で意見を聴いた上で、契約者に対して変更を行う日の 2 ヶ月前までに説明をした上で、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができる	

(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		要介護度 1	要介護度 1
	年齢		85 歳	85 歳
居室の状況	床面積		13.78 m ²	14.22 m ²
	便所		<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室		1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所		1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	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		0 円	0 円
月額費用の合計			142,740 円	142,740 円
家賃			50,400 円	50,400 円
サービス費	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		19,140 円	19,140 円
	保険 介護	食費	48,000 円	48,000 円
		管理費	15,000 円	15,000 円
		介護費用	0 円	0 円

	用	光熱水費	15,000 円	15,000 円
		その他	0 円	0 円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。介護保険負担割合が1割の場合。				
※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）30日の場合				

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	当有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として合理的に算定。
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。なし
管理費	廊下・階段・エレベーター等の共用部分の維持・管理に要する費用に相当する額等を基礎として合理的に算定。
食費	食材費、厨房職員人件費に相当する額等を基礎として合理的に算定 日額 1,600 円（1 食食されても 1,600 円ご負担頂きます）。
光熱水費	当有料老人ホームで要する電気、ガス、水道代に相当する額等を基礎として合理的に算定。
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	別添 2

（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、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※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）	
※ 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		
想定居住期間（償却年月数）		ヶ月
償却の開始日		入居日
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）		円
初期償却率		%
返還金の 算定方法	入居後３月以内の契約終了	
	入居後３月を超えた契約終了	
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	6 人
	女性	25 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	3 人
	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	23 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	5 人
	要介護 2	8 人
	要介護 3	8 人
	要介護 4	5 人
	要介護 5	5 人
入居期間別	6 ヶ月未満	15 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	2 人
	1 年以上 5 年未満	10 人

	5 年以上 10 年未満	3 人
	10 年以上 15 年未満	1 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	88.1 歳
入居者数の合計	34 人
入居率※	91%
※ 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	2 人
	医療機関	5 人
	死亡者	10 人
	その他	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
		(解約事由の例) 3 ヶ月以上の入院が見込める場合
	入居者側の申し出	2 人
		(解約事由の例) 社会福祉施設への転居の為

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		エルダーホーム御野 相談窓口
電話番号		0 8 6 - 2 2 8 - 0 2 9 5
対応している時間	平日	9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0
	土曜	9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0
	日曜・祝日	9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0
定休日		なし

窓口の名称		岡山市保健福祉局高齢福祉部高齢者福祉課
電話番号		0 8 6 - 8 0 3 - 1 2 3 1
	平日	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5

対応している時間	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝

(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) 富士火災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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる
	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	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	令和4年11月
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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
	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 1 回
	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：) <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)

氏名_____印 代筆者氏名_____印

説明年月日 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				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	エルダーホー	岡山市中区高島新屋敷 395-	
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	エルダーホー	岡山市中区高島新屋敷 395-	
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			
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	エルダーホー	岡山市中区高島新屋敷 395-	
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	エルダーホー	岡山市中区高島新屋敷 395-	
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			

<u>その他の生活支援サービス</u>	<u>あり</u>	<u>なし</u>	併設・隣接		
---------------------	-----------	-----------	-------	--	--

別添 2

〈標準的な介護サービス等の一覧〉

※一般的な目安です。本人様、ご家族様の意向を確認の上、主治医等の意見を聴きながら、状態に応じて介護サービス計画を作成し提供いたします。

介護の程度	要支援		要介護 1～3		要介護 4・5	
	介護保険給付 及び 月額利用料に含 むサービス	預かり金等より 別途料金徴収	介護保険給付 及び 月額利用料に含 むサービス	預かり金等より 別途料金徴収	介護保険給付 及び 月額利用料に含 むサービス	預かり金等より 別途料金徴収
入浴介助	2 回/週		2 回/週		2 回/週	
排泄介助	声かけ・見守り		見守り・一部介助		一部介助・全介 助	
食事介助	声かけ・見守り		見守り・一部介助		一部介助・全介 助	
移動介助	声かけ・見守り		見守り・一部介助		一部介助・全介 助	
更衣介助	声かけ・見守り		見守り・一部介助		一部介助・全介 助	
整容介助	声かけ・見守り		見守り・一部介助		一部介助・全介 助	
機能訓練	個別メニュー有り		個別メニュー有り		個別メニュー有 り	
服薬管理	職員管理		職員管理		職員管理	
掃除介助	週 1 回以上		週 1 回以上		週 1 回以上	
洗濯介助	外部業者に依頼		外部業者に依頼		外部業者に依頼	
相談・連絡	随時		随時		随時	
健康管理	随時		随時		随時	
日中巡回(7:00～21:00)	3 時間ごとに巡回 随時対応		3 時間ごとに巡回 随時対応		3 時間ごとに巡回 随時対応	
夜間巡回(21:00～7:00)	2 時間ごとに巡回 随時対応		2 時間ごとに 1 回巡回 随時対応		2 時間ごとに 1 回巡回 随時対応	
緊急時対応	随時連絡		随時連絡		随時連絡	
買い物代行	—	108 円/1 回		108 円/1 回		108 円/1 回

