

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------------|
| 記入年月日 | 令和2年7月1日 |
| 記入者名 | 串上友一 |
| 所属・職名 | スローハウス琴葉とよた・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『登録事項等についての説明』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、記載を省略して差し支えありません。

1. 設置者概要

| 種類 | 個人／法人 | 営利法人 |
|------------|----------------------------------|---|
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) ことは かぶしきがいしゃ 琴葉 株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒456-0053 愛知県名古屋市熱田区一番1丁目17番地30号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 052-671-3052 |
| | FAX番号 | 052-799-7073 |
| | ホームページアドレス | http://www.kotoha2007.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 伊藤直樹 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 19年 2月 8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) すろーらいふはうすことほとよた スローライフハウス琴葉とよた | |
| 所在地 | 〒471-0832 愛知県豊田市丸山町5丁目23-2 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 愛知環状鉄道 三河豊田駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 例：①バス利用の場合 丸山町6丁目停留所で下車、徒歩5分 ②愛知環状鉄道利用の場合 三河豊田駅下車、徒歩15~20分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0565-27-0300 |
| | FAX番号 | 0565-27-0311 |
| | ホームページアドレス | http://www.kotoha2007.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 串上友一 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 25年 3月 31日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 25年 4月 1日 |

(類型)【表示事項】※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

| | | |
|---|------------|----------|
| 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） | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 | |
| | 指定した自治体名 | 県(市) |
| | 事業所の指定日 | 平成 年 月 日 |
| | 指定の更新日(直近) | 平成 年 月 日 |

3. 建物概要 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

| | | | | | | |
|---|----------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|-------|-----|
| 土地 | 敷地面積 | 1898.51 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 (平成25年4月1日～平成45年3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 | 804.92 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 804.92 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 (平成25年4月1日～平成45年3月31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 | | | |
| | | 最多 | 人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 14.02 m ² | 29 | 個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ6 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| ※「一般居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」「一時介護室相部屋」の別を記入。 | | | | | | |

| | | | | | |
|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|
| 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便房 | 6ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 6ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 2ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 2ヶ所 | チェアー浴 | ヶ所 | |
| | | | 寝浴 | 1ヶ所 | |
| | | | 個浴 | 1ヶ所 | |
| | | | その他 | ヶ所 | |
| | 食堂 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 入居者や家族が利 用できる調理設備 | <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 |
| その他 | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | スローライフ…ゆったりとした空間で生活する。人と人とのふれあいを大切に、その人らしい生活、安心して心休まる時間を過ごしていただけるように努力して参ります。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p><食事>利用者様の状態に合わせて、普通食・きざみ食・流動食と個別に対応しております。</p> <p><掃除・洗濯>適宜実施しております。</p> <p><買い物・通院>原則ご家族様にお願いしておりますが、ご要望等により有償にて対応致します。</p> |
| 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等の提供を行っていない場合は、記入不要

| | | | |
|--------------------------------|--------------|----------------------|-----------|
| 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 | |
| | 2 なし | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|---|--|---------------------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い（別途有償） <input type="checkbox"/> 3 通院介助（別途有償） <input type="checkbox"/> 4 その他（ 訪問診療医への報告・連絡・相談 ） | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | とくしげ在宅クリニック |
| | | 住所 | 名古屋市緑区徳重 5-415 |
| | | 診療科目 | 内科・循環器内科・呼吸器内科・老年内科・精神科・皮膚科・小児科 |
| | | 協力内容 | 月2回以上の訪問診療 日常の健康相談。看護・介護指導。 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 外山歯科医院（ひまわり訪問口腔ケアステーション） |
| | | 住所 | 豊明市新田町吉池 8-11 |
| | | 協力内容 | 週1回の訪問口腔ケア、月1回の訪問診療 |

(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 | | <input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他（ 他の居室へ移る場合 ） | |
| 判断基準の内容 | | 常時介護が必要となった場合、施設が提案する他の居室への住み替えを求めることがあります。 | |
| 手続きの内容 | | ①利用者が契約する主治医の意見を聴く。 ②利用者及び身元引受人の同意を得る。 | |
| 追加的費用の有無 | | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | | 住み替え後の居室に移行。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | | 1 あり <input 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 type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 便所の変更 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 浴室の変更 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 洗面所の変更 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 台所の変更 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | その他の変更 | 1 あり | (変更内容) |
| | | <input 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 | | | |
| 契約の解除の内容 | | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | ① 利用料等を3ヶ月滞納した場合 ② 伝染性疾患により医師が認めた場合 ③ 他の利用者様の健康に重大な影響が及ぶ恐れがある時 ④ 法令その他本契約に違反があり、改善の見込みがない場合 ⑤ 病院及び診療所に連続して1ヶ月を超えて入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合 | |
| | 解約予告期間 | 30日以上の予告期間 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 7日前までに通知 | | |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容: 1泊 15,000円) 2 なし | | |
| 入居定員 | 29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と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること)。

(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 | |
| 生活相談員 | 1 | | 1 | |
| 直接処遇職員 | 27 | | 27 | |
| 介護職員 | 15 | | 15 | |
| 看護職員 | 12 | | 12 | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| 調理員 | 3 | | 3 | |
| 事務員 | 1 | | 1 | |
| その他職員 | 1 | | 1 | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2} | | | | |
| <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> <p>※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。</p> | | | | |

(資格を有している直接処遇職員の人数)

| | 合計 | |
|-----------|----|-----|
| | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | | |
| 介護福祉士 | 8 | 8 |
| 実務者研修の修了者 | | |
| 初任者研修の修了者 | 4 | 4 |
| ヘルパー1級 | | |
| ヘルパー2級 | 3 | 3 |
| 看護師 | 7 | 7 |
| 准看護師 | 5 | 5 |
| 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)

| | 合計 | |
|-------------|----|-----|
| | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | | |
| 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 (17時30分～ 9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 | 1人 |
| 介護職員 | 1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 (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 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 |

※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 | | 介護職員 2 級課程修了 | | | | | | | |
| | 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 | | 8 | | 3 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 3 | | 1 | | | | | | |
| 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年以上 | | | | 1 | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | 1 | | 2 | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | 1 | | 5 | | | | | |
| 10年未満 | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | 10 | | 7 | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | 1 あり 2 なし | | | | | | |

6. 利用料金 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

(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 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 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額(管理費・食費) 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 手続き | 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 運営懇談会を経て、利用料金を相当な額に変更する | |

(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 | | | |
| | 年齢 | 歳 | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 14.02 m ² | 14.02 m ² | |
| | 便所 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | |
| 入居時点で 必要な費用 | 事務手数料 | 150,000 円 | 150,000 円 | |
| | 敷金 | 150,000 円 | 150,000 円 | |
| 月額費用の合計 | | 円 | 円 | |
| 家賃 | | 50,000 円 | 50,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用 | 円 | 円 | |
| | 介護保険外※ ² | 食費 | 45,000 円 | 円 |
| | | 管理費 | 65,000 円 | 65,000 円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 円 |
| | | その他(衛生管理費) | 円 | 30,000 円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※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）

（利用料金の算定根拠）

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 敷金 | 家賃の3ヶ月分 |
| 事務手数料 | 実調費用 40,000 円・入居準備費 92,500 円・契約手数料 17,500 円 |
| 家賃 | 1ヶ月 50,000 円 |
| 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 | 日用品（日常生活における消耗品）・水道光熱費・施設設備等の維持管理費・生活サービス等に係る人件費等（看護師 24 時間 365 日に係る人件費含む） |
| 食費 | 1食 500 円×3食の30日分（おやつ含む） |
| 光熱水費 | 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） ※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、記入不要

| 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 | |
| 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 | 9人 |
| | 女性 | 18人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 2人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 6人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 5人 |
| | 85歳以上 | 14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 | 0人 |
| | 要介護 2 | 1人 |
| | 要介護 3 | 2人 |
| | 要介護 4 | 11人 |
| | 要介護 5 | 13人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 6人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 3人 |
| | 1年以上 5年未満 | 13人 |
| | 5年以上 10年未満 | 5人 |
| | 10年以上 15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|-------------------------------|-------|
| 平均年齢 | 82.5歳 |
| 入居者数※の合計 | 27人 |
| 入居率※※ | 93.1% |
| 豊田市外からの転入者数 (豊田市外住民登録者を含む) | 2人 |

※ 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人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 1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)・無し |
| | 入居者側の申し出 | 2人 |
| | | (解約事由の例)・医療機関での看取りを希望 ・他施設への入居を希望 |

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 | | 琴葉株式会社 本社管理部 |
| 電話番号 | | 052-671-3052 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土曜、日曜、祝日、年末年始等 |

(外部の苦情処理機関)

| | | |
|----------|-------|------------------|
| 窓口の名称 | | 豊田市役所 介護保険課 |
| 電話番号 | | 0565 - 34 - 6634 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土曜日、日曜日、年末年始 |

(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) あいおいニッセイ共同損害保険株式会社の補償範囲内 |
| | 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) 医療機関と連携を取り適切に処理する。 家族及び、身元保証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 | <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1年11月17日 |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| <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 | <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 |
| 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 type="checkbox"/> 1 あり | (開催頻度) 年 1 回 |
| | <input type="checkbox"/> 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】 | <input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | 健康・生きがい施設を設置していない | |
| 「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | <input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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（事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業）

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）

※ _____ 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 | ・ヘルパーステーションことは ・ヘルパーステーションアクト ・ヘルパーステーション琴葉かりや ・ヘルパーステーション琴葉はんだ | ・名古屋市名東区香流2丁目601レジオン香流102号室 ・豊田市丸山町5丁目21番地コーポラス丸山公園105号 ・刈谷市東境町登り坂5 ・半田市東生見町15番4 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | ・訪問看護ステーション琴葉 ・訪問看護ステーションアクト ・訪問看護ステーション琴葉はんだ | ・名古屋市名東区香流2丁目601番地レジオン香流102号室 ・豊田市丸山町5丁目21番地コーポラス丸山公園105号 ・半田市東生見町15番4 |
| 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 | ・アクボディサービス ・アクボディサービスかりや ・アクボディサービス日進竹の山 | ・尾張旭市北本地ケ原2丁目22番地 ・刈谷市東境町登り坂5 ・日進市竹の山2丁目1701 |
| 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 | ・ソレイユ半田with琴葉 | ・半田市祢宜町11番地 |
| 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 | ・コトー福祉用具 | ・名古屋市熱田区幡野町18-8 |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | ・コトー福祉用具 | ・名古屋市熱田区幡野町18-8 |
| <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 | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | ・ソレイユ半田with琴葉 | ・半田市祢宜町11番地 |
| 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 | グループホーム琴葉向陽 | ・碧南市向陽町1-54 |
| 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 | あり | なし | ・ケアプラン 琴葉 ・ケアプラン アクボ ・ケアプラン ソレイユ | ・名古屋市熱田区幡野町18-8 ・日進市竹の山2丁目1701 ・半田市祢宜町11番地 |
| <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 | ・訪問看護ステーション琴葉 ・訪問看護ステーションアクボ ・訪問看護ステーション琴葉はんだ | ・名古屋市名東区香流2丁目601番地レジオン香流102号室 ・豊田市丸山町5丁目21番地コーポラス丸山公園105号 ・半田市東生見町15番4 |
| 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 | ・アクボサービス ・アクボサービスかりや ・ソレイユ半田with琴葉 ・アクボサービス日進竹の山 | ・尾張旭市北本地ケ原2丁目22番地 ・刈谷市東境町登り坂5 ・半田市祢宜町11番地 ・日進市竹の山2丁目1701 |
| 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 | ・ソレイユ半田with琴葉 | ・半田市祢宜町11番地 |
| 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 | ・コトー福祉用具 | ・名古屋市熱田区幡野町18-8 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | ・コトー福祉用具 | ・名古屋市熱田区幡野町18-8 |
| <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 | ・ケアプラン 琴葉 ・ケアプラン アクボ ・ケアプラン ソレイユ | ・名古屋市熱田区幡野町18-8 ・日進市竹の山2丁目1701 ・半田市祢宜町11番地 |
| <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・サービスピッキング高齢者向け住宅が提供するサービスピックの一覧表※1

| 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 | | 有料老人ホームが実施するサービス (介護保険外のサービス) | | 月額利用料 等を含む※3 | その都度徴 収※3 | 料金※4 | 備考 |
|----------------------------------|----|----------------------------------|----|-----------------|--------------|--------|--------------------------|
| 介護サービス | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | あり | あり | ○ | | *介護保険サービス利用の場合もあり |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | あり | あり | ○ | | *介護保険サービス利用の場合もあり |
| おむつ代 | なし | あり | あり | あり | ○ | | *別添付資料参照 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | あり | あり | ○ | | *介護保険サービス利用の場合もあり |
| 特浴介助 | なし | あり | あり | あり | ○ | | *介護保険サービス利用 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | あり | あり | ○ | | *介護保険サービス利用の場合もあり |
| 機能訓練 | なし | あり | あり | あり | ○ | | *介護保険サービス利用 |
| 通院介助 | なし | あり | あり | あり | ○ | | 受診時の付添¥2,000~¥4,000 |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | あり | あり | ○ | ¥70 | *¥70/日（任意） |
| リネン交換 | なし | あり | あり | あり | ○ | | *¥5,400/月（任意） |
| 日常の洗濯 | なし | あり | あり | あり | ○ | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | あり | あり | ○ | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | あり | あり | ○ | | |
| おやつ | なし | あり | あり | あり | ○ | | |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | あり | あり | ○ | | *外部委託 |
| 買い物代行 | なし | あり | あり | あり | ○ | ¥2,000 | *日用品等 簡単な買い物¥2,000/時間 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | あり | あり | | | |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | あり | あり | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | あり | あり | ○ | | |
| 健康相談 | なし | あり | あり | あり | ○ | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | あり | あり | ○ | | |
| 服薬支援 | なし | あり | あり | あり | ○ | | *介護保険サービス利用の場合もあり |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | あり | あり | ○ | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | あり | あり | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | あり | あり | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | あり | あり | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | あり | あり | | | |

| その他 | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| 巡回 緊急時対応（ナースコール等） | なし | あり | なし | あり | なし | あり | なし | あり | なし | あり | なし | ※2時間毎 |

- ※1：併設する介護保険事業所等により提供するサービスは記載しない。自立、要支援、要介護で提供するサービスが異なる場合は、それぞれについてサービスの一覧表を作成する。
- ※2：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）。住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームについては「なし」と記載する（項目自体を削除したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは月額額のサービス費用に含まれる場合と、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。
- ※4：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。