

住宅型有料老人ホーム 重要事項説明書

利用者： _____ 様

事業者： 株式会社BIG TREE

事業所： 向日葵のひざし

重要事項説明書

| | | | |
|------|-------|-------|----------|
| 記入者名 | 榊原 直幸 | 記入年月日 | 令和2年7月1日 |
| | | 所属・職名 | 施設長 |

1. 事業主体概要

| | | | |
|---------------------------------|-----------|---|---------------------|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
| 事業主体の名称 | 法人等の種類 | なし (あり): | |
| | 名称 | (ふりがな) かぶしきかいしゃ びつくとうりー 株式会社BIG TREE | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒 | 444-0015 | 愛知県岡崎市中町一丁目7番13 |
| | 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 0564-21-8215 |
| | | FAX番号 | 0564-21-8215 |
| | | ホームページアドレス | (なし) あり: http:// |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 榊原 直 幸 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成23年6月1日 | | |

| | | | | |
|------------------------|------|--------|-------------|----------------------|
| 事業主体が豊田市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 | 向日葵の かおり | 愛知県豊田市朝日町 六丁目31番地 |
| 訪問入浴介護 | あり | (なし) | | |
| 訪問看護 | (あり) | なし | 向日葵の こころ | 愛知県豊田市朝日町 六丁目31番地 |
| 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 | | |
| 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＞ | | | | |
| 介護予防訪問サービス | あり | なし | 向日葵の かおり | 愛知県豊田市朝日町 六丁目31番地 |
| 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 | 向日葵の こころ | 愛知県豊田市朝日町 六丁目31番地 |
| 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 | | |

2. 施設概要

| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | |
|------------------------|--|
| 施設の名称 | (ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ ひまわりのひざし 住宅型有料老人ホーム「向日葵のひざし」 |
| 施設の所在地 | 〒471-0031 愛知県豊田市朝日町六丁目31番地 |
| 施設の連絡先 | 電話番号 0565-41-6527 |
| | FAX 番号 0565-41-6531 |
| | ホームページアドレス なし |
| | あり : http://himawarinohizashi.com/ |
| 施設の開設年月日 | 平成26年11月1日 |

| | | |
|---|--|-------|
| 施設の管理者の氏名及び職名 | 氏名 | 柳原 直幸 |
| | 職名 | 施設長 |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| 愛知環状鉄道「新豊田」から北西徒歩20分 | | |
| 施設の類型及び表示事項 | 類型 : 住宅型有料老人ホーム 居住の権利形態 : 利用権方式 利用料の支払方式 : 月払い方式 入居時の要件 : 要支援、要介護認定を受けている方 : 40歳以上の障害者手帳をお持ちの方 介護保険 : 在宅サービス利用 居室区分 : 全室個室 | |
| 介護保険事業所番号 | | |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日） | | |
| 事業の開始（予定）年月日 | 該当なし | |
| 指定の年月日 | 該当なし | |
| 指定の更新年月日 | 該当なし | |

3. 従業者に関する事項

| | | | | | | |
|---|----|-----|-----|-----|----|--------|
| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
| 有料老人ホームの人数及びその勤務形態 | | | | | | |
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 施設長 | | 1 | | | 1 | |
| 生活相談員 | | | | | | |
| 看護職員兼生活サービス担当 | | 5 | | 8 | 13 | |
| 介護職員兼生活サービス担当 | | 8 | | 2 | 10 | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | |
| 栄養士 | | | | | | |
| 調理員 | | | | | | |
| 事務員 | | 1 | | | 1 | |
| その他従業者 | | | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40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。 | | | | | | |
| 従業者である介護職員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 専従 | 非専従 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 社会福祉士 | | | | | | |
| 介護福祉士 | | | | | | 1 |
| 実務者研修 | | | 3 | | | |
| 介護職員初任者研修 | | | 6 | | | 1 |
| 看護師 | | | 4 | | | 4 |

| | | | | | |
|-----------------------|-------------|---------------------------|-----|--------------------|-----|
| | 準看護師 | | 1 | | 4 |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | | |
| | 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| | 理学療法士 | | | | |
| | 作業療法士 | | | | |
| | 言語聴覚士 | | | | |
| | 看護師及び准看護師 | | | | |
| | 柔道整復士 | | | | |
| | あん摩マッサージ指圧師 | | | | |
| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数 | | | | | |
| | 人数 | 夜勤帯平均人数 (16時30分～ 翌9時) | | 最少時人数 (休憩者等を除く) | |
| | 看護職員 | 1 | | 1 | |
| | 介護職員 | 1 | | 1 | |

4. サービスの内容

| | | | | | |
|---|----|---|-----------------|----|----|
| 施設の運営に関する方針 | | | | | |
| <p>ご利用者が安心かつ安全な日常生活を営めるように、ご利用者個人の意思を尊重した自立生活の支援を行うよう取り組んでまいります。</p> <p>コンプライアンス（法令遵守）を徹底します。</p> | | | | | |
| 介護サービスの内容、利用定員等 | | | | | |
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無 | | | | なし | あり |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無 | | | | なし | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | | | | なし | あり |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況 | | | | 別紙 | |
| 協力医療機関の名称 | | （協力の内容）緊急時即対応 月2回程度に加え入居者の必要に応じ、健康相談、健康診断・治療の協力 医療費とその他の費用は、入居者負担 | | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | あり | その名称 つぐみ歯科クリニック | | |
| | | （協力の内容） 月2回程度に加え入居者の必要に応じ、健康相談、健康診断・治療の協力 医療費とその他の費用は、入居者負担 | | | |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | | | |
| 要介護時に介護を行う場所 | | | | | |
| 個人の各居室 | | | | | |

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室から面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の変更の有無

なし

あり

台所の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

介護居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室からの面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の変更の有無

なし

あり

台所の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

| | | |
|-----------------------|----|----|
| その他 () | なし | あり |
| 判断基準・手続について (その内容) | | |
| 追加的費用の有無 | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| 台所の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 (その内容) | なし | あり |

| | | |
|-------------|--|----|
| 施設の入居に関する要件 | | |
| 自立している者を対象 | なし | あり |
| 要支援の者を対象 | なし | あり |
| 要介護の者を対象 | なし | あり |
| 留意事項 | ① 介護保険の要支援1～2、要介護1～要介護5の認定を受けている方 ② 共同生活を営むことに支障のない方 ③ 40歳以上の障害者手帳をお持ちの方 | |
| 契約の解除の内容 | 契約書 28 条参照 | |
| 体験入居の内容 | 1日5,000円(介護費用・食事など含む) 入居期間5日間 | |
| 入居定員 | 29名(個室29室) | |
| その他 | | |

| | | | | | | |
|---------------------------|------|------|------|------|------|----|
| 入居者の状況 | | | | | | |
| 入居者の人数(報告に関する計画の基準日の前月末日) | | | | | | |
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| 65歳未満 | | | | | 1 | 1 |
| 65歳以上75歳未満 | | | 1 | 2 | 2 | 5 |
| 75歳以上85歳未満 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 10 |
| 85歳以上 | 2 | 1 | 2 | 4 | 1 | 10 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 障害 | | 合計 |
| 65歳未満 | | | | 1 | | 1 |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| 85歳以上 | | | | | | |
| 入居者の平均年齢 | 80.7歳 | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 13 | 女性 | 14 | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | | | 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。） | | | | | | 0 |
| 前年度の有料老人ホームを退去した者の人数 | | | | | | |
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| 自宅等 | | | | | 1 | 1 |
| 社会福祉施設 | 1 | | 1 | 1 | 4 | 6 |
| 医療機関 | | 1 | | | 2 | 3 |
| 死亡者 | 1 | | 1 | 2 | 6 | 10 |
| その他 | | | | | | |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 障害 | | 合計 |
| 自宅等 | | | | | | 0 |
| 社会福祉施設 | | | | | | 0 |
| 医療機関 | | | | | | 0 |
| 死亡者 | | | | 1 | | 1 |
| その他 | | | | | | 0 |
| 入居者の入居期間 | | | | | | |
| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上 1年未満 | 1年以上 5年未満 | 5年以上 10年未満 | 10年以上 15年未満 | 15年以上 |
| 入居者数 | 6 | 5 | 11 | 5 | | |

| | | | | | | |
|-----------|--------------------------|-------|----------------|-----|----------|------|
| 施設、設備等の状況 | | | | | | |
| 建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | | | なし | あり |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | | なし | あり |
| 居室の状況 | 区分 | | 室数 | 人数 | 1の居室の床面積 | |
| | 一般居室個室 | あり なし | 29室 | | 18㎡ | |
| | 一般居室相部屋 | あり なし | | | ㎡ | |
| | | | | | ㎡ | |
| | | | | | ㎡ | |
| | 介護居室個室 | あり なし | | | ㎡ | |
| | 介護居室相部屋 | あり なし | | | ㎡ | |
| | | | | | ㎡ | |
| | | | | ㎡ | | |
| | | | | ㎡ | | |
| | | | | ㎡ | | |
| | | | | ㎡ | | |
| 共用便所の設置数 | 4か所 (1階3か所、2階1か所) | | うち男女別の対応が可能な数 | | なし | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 4 | |
| 個室の便所の設置数 | 29 | | 個室における便所の設置割合 | | 100% | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 100% | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 |
| | | | 2 | | 1 | |

| | | | |
|-----------------|----|---|-----------------------|
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | |
| 食堂の設備状況 | | | |
| 入居者等が調理を行う設備状況 | | なし | あり |
| その他、共用施設の設備状況 | | | |
| なし | あり | (その内容) 玄関・ホール・厨房・洗面・脱衣室・浴室・エレベーター リネン室・洗濯室・トイレ・リビング・食堂・駐車場・その他 | |
| バリアフリーの対応状況 | | | |
| (その内容) | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | なし | 一部あり | 各居室内にあり |
| 外線電話回線の設置状況 | なし | 一部あり | 各居室内にあり |
| テレビ回線の設置状況 | なし | 一部あり | 各居室内にあり |
| 施設の敷地に関する事項 | | | |
| 敷地の面積 | | 1941.33 m ² | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | あり |
| 抵当権の設定 | | なし | あり |
| 貸借 (借地) | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 H26.10.1 終 H56.9.30 |
| 契約の自動更新 | | | なし あり |
| 施設の建物に関する事項 | | | |
| 建物の構造 | | 軽量鉄骨造 2 階建 | |
| 建物の延床面積 | | 997.66 m ² | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | あり |
| 抵当権の設定 | | なし | あり |
| 貸借 (借家) | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 H26.10.1 終 H56.9.30 |
| 契約の自動更新 | | | なし あり |

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------|--|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況 | | | |
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口 | | | |
| 窓口の名称 | 住宅型有料老人ホーム「向日葵のひざし」 | | |
| 電話番号 | 0565-41-6527 | | |
| 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 | |
| 定休日等 | なし | | |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等 | | | |
| 窓口の名称 | 豊田市役所介護保険課 | | |
| 電話番号 | 0565-34-6634 (直通) | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 | |
| | 土曜日 | なし | |
| | 日曜・祝日 | なし | |
| 定休日等 | 土曜日・日曜日・祝日・年末年始 (12月29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時の対応 | | | |

| | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|----------|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | | | |
| なし | <input checked="" type="radio"/> あり | 三井住友海上保険株式会社 (その内容) 開設時に損害賠償責任保険加入 | |
| その他、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に関すること | | | |
| なし | <input checked="" type="radio"/> あり | (その内容) 開設時に加入 | |
| サービスの提供内容に関する特色等 | | | |
| (その内容) | | | |
| 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="radio"/> なし | あり | 実施した年月日 | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし あり |
| 第三者による評価の実施状況 | | | |
| <input checked="" type="radio"/> なし | あり | 実施した年月日 | |
| | | 実施した評価機関の名称 | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし あり |

5. 利用料金

| 利用料の支払い方式 | 一時金方式 | <input checked="" type="radio"/> 月払い方式 | 選択方式 | | | | |
|------------------------|-------------------------------------|--|-------|------|----|------|-----|
| 敷金 | 0円 (家賃の ケ月分) | | | | | | |
| 一時金方式 | | | | | | | |
| 一時金及び月単位で支払う利用料 | | | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | <input checked="" type="radio"/> なし | あり | | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input checked="" type="radio"/> なし | あり | | | | | |
| 料金プラン | | | | | | | |
| プラン名称 | 一時金 | 月額 | (内訳) | | | | |
| | | 計 | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 管理費 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | | |
| 算定根拠 | 家賃相当額 | | | | | | |
| | 介護費用 | ※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | |
| | 食費 | | | | | | |

| | | |
|------|-------|--|
| 算定根拠 | 家賃相当額 | (居室料、借地代) |
| | 管理費 | (各室水道光熱費) (共有部分水光熱費、消耗品、修繕積立金等の施設維持費) (人件費) |
| | 食費 | 朝食 550 円 昼食 640 円 夕食 640 円 1日合計 1,830 円 1,830 円×30 日=54,900 円 (税抜き) *軽減税率適用の為消費税 8% |
| | 退去時費用 | 室内・エアコンクリーニング代 30,000 円 その他、修繕は実費にてご請求させていただきます。 |

一時金方式・月払い方式共通

| | | |
|--------------------------|--|----|
| 入居事務手数料等 | | |
| 金額 | 130,000 円 税別 (面談により待機入居その他の場合減免する場合があります。) | |
| 算定根拠 | 入居にかかる事務処理、スタッフの訪問に充当 | |
| 介護保険サービスの自己負担額 | | |
| 内容 | | |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲) | なし | あり |
| 内容 | | |
| 利用料 | 円 (月額・日額) | |
| 算定根拠 | | |
| 支払方法 | 月単位 (日割りの有無 あり・なし) | |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | | |
| 個別的な選択による生活支援サービス | なし | あり |
| 算定根拠 | | |
| 料金改定の手続き | | |
| 入居契約書 第 25 条 記載 | | |

6. その他

| | | |
|------------------------------------|--------|----|
| 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 | あり | なし |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | |
| なし | | |
| あり | (その内容) | |

| | |
|------|--|
| 光熱水費 | |
| 管理費 | |
| 一時金 | |

一時金の償却に関する事項

| | | |
|---|-----|--|
| 償却開始日の設定 | 入居日 | |
| 初期償却率 (%) | | |
| 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 | | |
| 権利金等 (※) の額 | | |
| ※ 平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。 | | |
| 償却年月数 (想定居住期間) | | |

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例

| | | | |
|-----------|----|----|-------|
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | (保全先) |
|-----------|----|----|-------|

三月以内の契約終了による返還金について

| | | |
|-------------------------------------|-----|--|
| 三月の起算日 | 入居日 | |
| 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 | | |

一時金の支払い方法

| |
|--|
| |
|--|

月払い方式

月単位で支払う利用料

| | | |
|---------------|----|----|
| 年齢に応じた金額設定 | なし | あり |
| 要介護状態に応じた金額設定 | なし | あり |

料金プラン

| プラン名称 | 月額 | (内訳) | | | |
|-------|-----------|----------|----------|----------|--|
| | 計 | 家賃相当額 | 管理費 | 食費 | |
| 月額利用料 | 149,900 円 | 60,000 円 | 35,000 円 | 54,900 円 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。

介護サービス等の一覧表

| (要介護 I ~ V 区分) | | |
|---|---|--|
| 介護を行う場所 | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス |
| 介護サービス ○巡回 ・昼間 7:00~20:00 ・夜間 20:00~7:00 ○食事介助 ○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代 ○入浴等 ・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助 ○身辺介助 ・体位変換 ・居室からの移動 ・衣服の着脱 ・身だしなみ介助 ○機能訓練 ○通院の介助 ・協力医療機関 ・協力医療機関以外 ○緊急時対応 ・ナースコール | 3時間ごとに巡回 3時間ごとに巡回 なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし 救急車対応 あり | 原則として、外部サービス利用 原則として、外部サービス利用 原則として、外部サービス利用 実費 原則として、外部サービス利用 原則として、外部サービス利用 原則として、外部サービス利用 原則として、外部サービス利用 原則として、外部サービス利用 原則として、外部サービス利用 |
| 生活サービス ○家事 ・居室清掃 ・日常の洗濯 ・リネン交換 ○居室配膳・下膳 ・入居者の嗜好に応じた特別な食事 ・おやつ ○理美容師による理美容サービス ○代行 ・買い物(通常の利用区域) ・買い物(上記以外の区域) ・役所手続き ・金銭・貯金管理 | なし なし あり 随時 なし 随時 | 原則として、外部サービス利用 原則として、外部サービス利用 ¥3500/月 実費 優先的に外部サービス利用 実費 原則として、外部サービス利用 |
| 健康管理サービス ・定期健康診断 ・健康相談 ・生活指導・栄養指導 ・服薬支援 | なし 随時 随時 なし | 年2回 実費 原則として、外部サービス利用 |

| | | |
|---|--|----------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・医師の往診 ・生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 随時 | 月2回 実費 |
| 入退院時、入院中のサービス <ul style="list-style-type: none"> ・医療費 ○移送サービス ○入退院時の同行 <ul style="list-style-type: none"> ・協力医療機関 ・協力医療機関以外 ○入院中の洗濯物交換・買い物 ○入院中の見舞い訪問 | なし なし 市内及びその近郊の病院の移送 随時 なし なし | 実費 実費 |
| その他のサービス | なし | |

注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立、要支援1・2、要介護I～Vと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームのサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。

注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。

注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

令和 年 月 日

【利用者】

私は、事業者から重要事項説明書に基づいて、住宅型有料老人ホーム向日葵のひざし入居に関する重要事項の説明を受けました。

【利用者】 住所 _____

氏名 _____ 印

【署名代理人】私は、利用者本人の意思を確認したうえ、上記署名代行しました。

住所 _____

氏名 _____ 印

【ご家族代表】

住所 _____

氏名 _____ 印

【事業者】

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、住宅型有料老人ホーム「向日葵のひざし」入居に関する重要事項の説明を致しました。

【事業者】

所在地 愛知県岡崎市中町一丁目7番地13

名称 株式会社 BIG TREE

代表取締役 榊原直幸 印

事業所

所在地 愛知県豊田市朝日町6丁目31番地

名称 住宅型有料老人ホーム 「向日葵のひざし」

電話 0565-41-6527

説明者 榊原直幸 印

