

重要事項説明書

〔地域密着型通所介護サービス〕

〔予防専門型通所サービス〕

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第37号に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

| | |
|---------|---|
| 事業者の名称 | 株式会社サンガジャパン |
| 事業者の所在地 | 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番9号 ニッセイ大宮桜木町ビル8階 |
| 代表者名 | 代表取締役 神成裕介 洞口淳一 山口智博 |
| 電話番号 | TEL 048-614-1541 FAX 048-614-1552 |

2 ご利用施設

| | |
|------------|-----------------------|
| 施設の名称 | デイサービスセンターしもかた |
| 施設の所在地 | 名古屋市千種区下方町三丁目13番地 |
| 介護保険指定番号 | 2390100432 23A0100017 |
| 管理者 | 芙頭加奈子 |
| 電話番号 | 052-385-8916 |
| ファクシミリ番号 | 052-711-0551 |
| 通常の事業の実施地域 | 千種区・名東区・東区・昭和区域 |

3 ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業所の種類 | 愛知県知事の事業者指定 | | 利用定数 |
|-------------|-------------|------------|------|
| | 指定年月日 | 指定番号 | |
| 介護付き有料老人ホーム | R3年1月1日 | 2370103513 | 20名 |
| グループホームしもかた | R3年1月1日 | 2390100440 | 9名 |

4 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要介護状態又は要支援状態にあり、かつ認知症状をお持ちの高齢者に対し、適正な通所介護サービスを提供する。 |
| 運営の方針 | 要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう生活全般にわたる援助を行う。 |

5 施設の概要

(1) 敷地および建物

| | | |
|----|-----------|---------|
| 敷地 | 1,097.24㎡ | |
| 建物 | 構造 | 鉄骨造3階建 |
| | サービス提供床面積 | 134.89㎡ |
| | 利用定員 | 10名 |

| | |
|------|---|
| 主な設備 | 機能訓練室・食堂（1室）静養室（1室）相談室（1室） 浴室（1室）トイレ（2室）事務室（1） |
|------|---|

6 職員体制（主たる職員）

| 従業者の職種 | 員数 | 事業者の指定基準 | 保有資格 |
|---------|------|----------|-------|
| 管理者 | 1名以上 | 1 | 介護福祉士 |
| 介護職員 | 1名以上 | 1 | 介護福祉士 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 | 1 | 看護師 |
| 生活相談員 | 1名以上 | 1 | 介護福祉士 |

7 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|---------|-------------------------|-------------|
| 管理者 | 勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務 | 1月9休 |
| 生活相談員 | 勤務時間帯 8：30～17：30 常勤で勤務 | 1月9休 |
| 介護職員 | 勤務時間帯 生活相談員同様 | 常勤は 1月9休 |
| 機能訓練指導員 | 勤務時間帯（8：30～17：30）非常勤で勤務 | シフト制 |

8 営業日およびご利用の予約

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 営業日 | 月曜日から金曜日 |
| サービス提供時間 | 午前9時30分から午後4時45分です。左記以外の時間は超過料金を頂きます。 |
| ご予約の方法 | ご利用の予約は、随時受け付けております。 |

9 通所介護サービスの概要

介護保険給付サービス

| 種類 | 内容 | 利用料 |
|-------|--|---------------------------------------|
| 食事の介助 | <ul style="list-style-type: none"> 栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。食事作りもアクティビティのひとつと考えていますので、食事を一緒に作ることもあります。（ただし、食材料費は給付対象外です。） （食事時間） 昼食 12：00～13：00 | 介護報酬の告示上の額 （ただし、法定代理受領の場合は居宅介護（支援） |

| | | |
|-------------|---|---|
| 排泄の介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・ オムツを私用する方に対しては適切な回数 of 交換を行います。その場合オムツ代は別途申し受けます。 | サービス基準額の1割から3割相当、法定代理受領でない場合は、居宅介護 (支援) サービス基準額相当額です。) |
| 入浴の介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプランに基づき入浴または清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方はリフト浴を用いての入浴も可能です。 | |
| 着替え・整容等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴の際など着替えの援助が必要な場合は、適切に援助を行います。 ・ 入浴時には、適宜、髭剃り、つめ切り等の整容を行います。 | |
| 健康管理と緊急時の対応 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員が入浴前に血圧、体温のチェックを行い、健康状態をチェックします。 ・ サービス提供中に、事故等が発生した場合には、速やかに利用者の家族等に連絡するとともに、病院への搬送、救急車の手配等を行います。 | |
| 相談および援助 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員 小島 尚子 | |

介護保険給付外サービス

| | | |
|-----------------------|---|---|
| 食材の提供 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 新鮮で安価な食材を提供します。 | 昼食・おやつ 850円 |
| オムツの提供 | <ul style="list-style-type: none"> ・ オムツが必要な方より申し受けます。 | 紙オムツ 100円 リハビリパンツ 100円 尿とりパット 30円 |
| 利用者の選択による介護サービスの超過 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 通所介護計画で必要とされるサービス利用時間を超えるサービス提供については、当施設が受け入れ可能な場合にのみ、ご利用いただけます。 (時間超過に伴い必要となる費用については利用者にご負担いただきます) | 1時間につき 1,000円 |
| 送迎 (通常の事業実施区域外の送迎) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設が送迎可能と判断した場合には、当施設の送迎サービスをご利用いただけます。 (送迎に要する費用は利用者にご負担いただきます) | 片道 10 km未満 1000円 片道 10~50 km 2000円 片道 50 km以上 4000円 |

介護予防通所サービス
 予防専門型通所サービス利用料

| 対象 | 単位数 | 1割負担額 | 2割負担額 | 3割負担額 |
|-------|------|----------|----------|-----------|
| 事業対象者 | 1798 | 1920円/月額 | 3841円/月額 | 5761円/月額 |
| | 3621 | 3841円/月額 | 7734円/月額 | 11602円/月額 |

地域密着型通所介護
 地域密着型通所介護利用料（7時間以上8時間未満のご利用の場合）

| 介護度 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 基本単位 | 753 | 890 | 1032 | 1172 | 1312 |
| 負担割合割1割 | 804円 | 951円 | 1102円 | 1252円 | 1401円 |
| 負担割合割2割 | 1608円 | 1901円 | 2204円 | 2503円 | 2802円 |
| 負担割合割3割 | 2413円 | 2852円 | 3307円 | 3755円 | 4204円 |

※送迎費は上記金額に含まれます。

| | 加算・減算項目 | 単位数 | 1回あたりの 目安額 | 1割負担額 | 2割負担額 | 3割負担額 |
|---|-------------------|-----|---------------|--|-------|-------|
| ① | 入浴介助加算（Ⅰ） | 40 | 427円 | 43円 | 86円 | 129円 |
| ② | 通所介護送迎減算 （片道） | ▲47 | ▲501円 | ▲51円 | ▲101円 | ▲151円 |
| ③ | 介護職員処遇 改善加算（Ⅱ） | | | 合計単位数 に対して 1000分の90 にあたる単 位数 | | |

10 苦情等申立先

| | |
|---------------|---|
| 当施設ご利用 相談室 | 窓口担当者 芙頭 加奈子 ご利用時間 毎日午前9時～午後5時30分 ご利用方法 電話052-385-8916 |
| 外部苦情申立機関 | ①愛知県国民健康保険団体連合会 電話番号 052-971-4165 ②名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 電話番号 052-959-3087 |

11 当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|----------|---|
| 設備・器具の利用 | 施設内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。 |
| 喫煙・飲酒 | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 飲食物の持込み、持出しは禁止いたします。 |

| | |
|--------------|--|
| 迷惑行為等 | 騒音等の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室に立ち入らないようにしてください。 |
| 宗教活動 政治活動 | 施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。 |
| 動物飼育 | 施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。 |

1.2 秘密保持

従業員は、正当な理由のない場合、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。又、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持する旨を、従業員との雇用契約の内容に含むものとする。

1.3 事故発生時の対応

サービス提供中の事故発生時には、速やかに家族、介護支援専門員に連絡します。また必要な場合は市町村に報告いたします。

1.4 虐待防止に関する事項

- 1 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。
 - ①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともにその結果について、従業員に周知徹底を図る。
 - ②虐待の防止のための指針を整備する。
 - ③従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
 - ④虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所の従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

1.5 身体拘束

事業所は、サービスの提供にあたって、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。なお、やむを得ず身体拘束等行動制限を行う場合は、次の事項を実施するものとする。

1. やむを得ず身体拘束を行う場合は、管理者を中心とした事業所全体で検討し、次の手順による説明書を作成し、家族へ説明・同意を得る。
 - ① 利用者がいかなる状態であるかの客観的解説。
 - ② 当該事業所で行いうる介護手法での対応が困難な理由。
 - ③ 今後の当該利用者に対する介護の方針。
 - ④ 具体的な身体拘束の内容とその手段についての解説。
2. 拘束中は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録し、完結の日から5年間保存する。
3. 身体拘束中は常に事業所全体で解除するための検討を行う。
4. 身体拘束の適正化
 - ①身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催し、従業員に周知徹底を図る。
 - ②身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
 - ③身体的拘束等の適正化のため、新規採用時及び年間研修計画に位置付けて研修を2回以上実施する。

1.6 衛生管理及び感染症の対策等

- 1 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。
- 2 事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように次の各号に掲げる措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。
 - (1) 感染症の予防及び蔓延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6ヶ月1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
 - (2) 感染症の予防及び蔓延の防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業員に対し、感染症の予防及び蔓延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

1.7 業務継続計画の策定等

- 1 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護・指定予防専門型通所サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- 2 事業所は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施するものとする。
- 3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

1.8 第三者評価の実施状況

・有 実施日（R 年 月 日）
評価機関 （ ）
公開状況 （ ）

私は、デイサービスセンターしもかたから、重要の事項の説明を受けたことを証明します。

令和____年____月____日

本人

住所_____

氏名_____印

利用者の家族等

住所_____

氏名_____印

続柄_____

重要事項説明者

氏名_____印

認知症対応型共同生活介護
介護予防認知症対応型共同生活介護
〔グループホームしもかた〕
重要事項説明書

株式会社サンガジャパン
しもかた翔裕館

グループホームしもかた 重要事項説明書

1. 法人及び施設の概要

法人名 : 株式会社サンガジャパン
代表者 : 代表取締役 神成裕介 洞口淳一 山口智博
事業所名 : グループホームしもかた
指 定 : 認知症対応型共同生活介護 第 2390100440 号
 : 介護予防認知症対応型共同生活介護
開 設 : 令和3年1月1日
定 員 : 9名 【1ユニット9名】
所在地 : 名古屋市千種区下方町三丁目13番地
 Tel 052-385-8916 Fax 052-711-0551

2. 運営方針

- (1) 利用者の心身機能の状態を把握し、自立支援の観点に立ったサービスを提供します。
- (2) 心身、生活機能の回復もしくは低下の予防を行う為に、(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を作成し、計画に沿ったサービスを提供します。
- (3) 上記計画に基づき目標が達成できるよう効果的で効率的なサービスを提供します。
- (4) 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、心身の状況に応じた自主的且つ意欲的な共同生活がおくれるよう援助するものとします。
- (5) サービスの実施にあたっては関係市町村、地域の医療、保健、福祉サービス機関、地域包括支援センター、地域住民と密接な連携に努め、協力と理解のもとに適切な運営を図るものとします。

3. 利用者及び、利用者代理人の権利

利用者及び、利用者代理人は、事業所のサービスを受けることに関して、以下の権利を有し、または、これらの権利を行使することにより利用者はいかなる不利益を受けることはないこととします。

- (1) 個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を保った生活ができること。
- (2) 生活歴が尊重され、安全と衛生が保たれた環境で生活できること。
- (3) 適切な医療を受けることについて支援を受けられること。
- (4) 地域社会の一員としての社会生活、選挙その他一般市民としての行為を行えること。
- (5) 暴力や虐待及び身体的精神的拘束を受けないこと。
- (6) 生活やサービスについて職員に要望・苦情を自由に伝えることができること。
- (7) 苦情等について専門家又は第三者機関の支援を受けること（苦情受付窓口等は重要事項説明書に記載）。
- (8) 事業所が保持している利用者の個人情報の開示請求ができること。

4. 職員配置

本事業所は、介護保険法に定める人員配置基準を満たしています。

1階 1階ユニット職員

| 職 種 | 配 置 数 |
|--|-------|
| 1. 管理者 事業全体の一元的な管理 | 1名 |
| 2. 計画作成担当者 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の作成 | 1名以上 |
| 3. 介護職員 | 6名以上 |

※看護師については「ちくさ病院」と24時間の連絡体制を整備。「キープオン守山」から週1回の訪問及び24時間の連絡体制を整備している。

5. 本事業所が提供するサービスと利用料金

本事業所では、利用者個々に対して（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を立案し、計画に基づき以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付対象となるサービスの概要

- ① 入 浴 : 入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ② 排 泄 : 排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。
- ③ 機能訓練 : 利用者の心身の状況に応じて、日常生活に必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
- ④ 健康管理 : 当社の看護師又は訪問看護ステーションが介護職員と協力して、主治医または医療機関と連携して、健康管理を行います。
- ⑤ 介護予防 : 主治医または医療機関、地域包括支援センター等と連携して、介護職員が口腔機能向上、転倒予防、栄養改善の視点からケアを行います。
- ⑥ 夜間の体制 : 専任の夜勤者を各ユニット1名配置しています。
- ⑦ その他自立への支援 :
 - ・寝たきり防止のためにできる限り離床に配慮します。
 - ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
 - ・清潔で快適な生活が送れるよう適切な整容が行われるよう援助します。

(2) 介護保険の給付対象となるサービスの利用料金

別紙（利用料金一覧）

(3) 介護保険の給付対象とならないサービスの概要と利用料金

別紙（利用料金一覧）

6. 利用保証金（敷金）について

入居保証金（敷金）については施設にて預からず該当なし。

7. 利用料金の支払い方法

介護保険給付に係る利用者負担金（介護保険負担割合証に記載されている負担割合分）とその他の費用は、1ヶ月ごとに計算し翌月15日頃までに請求しますので、同月27日までにお支払い下さい。

1ヶ月に満たない期間の利用料金等は以下の通りとなります。

- ・月の途中で入居した場合の「専用居室利用料（家賃）、共益費、管理費」は、日割り計算するものとする。
 - ・月の途中で退居した場合の「専用居室利用料（家賃）、共益費、管理費」は、日割り計算するものとする。但し、荷物搬出終了日をもって退居日とする。
- お支払方法につきましては、自動引き落としを原則とさせていただきますが、銀行振込若しくは現金支払いも方法も取り扱いさせていただきます。但し、銀行振込の場合の振込手数料はご利用者の負担となります。

<銀行口座>

| | | | |
|------|-------------|----|-----------|
| 銀行名 | 三菱UFJ銀行 | 店番 | 431（京都支店） |
| 種類 | 普通預金 | | |
| 口座番号 | 3887156 | | |
| 名義人 | 株式会社サンガジャパン | | |

8. 入居にあたっての留意事項

利用者は、サービスの利用に当たって、共同生活の秩序を保ち相互の親睦を図るものとし、次の行為は行わないものとする。

- (1) 喧嘩、口論等他の利用者に迷惑をかけること。
- (2) 指定した場所以外での喫煙等火気を用いること。
- (3) 宗教や習慣の相違等で他人を排斥し、又は他人の自由を侵すこと。
- (4) その他、契約に当たって取り決めたこと。

9. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合、利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。

これは、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院を義務づけるものでもありません。

<協力医療機関及び協力歯科医療機関>

| | | |
|-------|------------------|-------|
| 医療機関名 | 医療法人豊隆会 | ちくさ病院 |
| 所在地 | 名古屋市千種区今池南4丁目1番地 | |
| 診療科 | 内科 | |

| | | |
|-------|--------------------|--|
| 医療機関名 | 青柳歯科 | |
| 所在地 | 名古屋市千種区若水三丁目10番23号 | |
| 診療科 | 歯科、予防歯科、歯周病、入れ歯 | |

10. 緊急時（急変時）の対応について

利用者の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに家族並びに主治医、看護師またはあらかじめ定められた医療機関へ連絡・緊急受診を行うなどの必要な処置を講じます。

また、夜間帯は職員配置が日中より少ないため、緊急連絡体制を確立しています。

1 1. 非常災害対策について

当施設では、自然災害、火災、その他防災対策について、計画的な防災訓練と設備の改善を図り、利用者の安全に対して万全を期します。

防災訓練の実施は、具体的計画を立て、非常災害に備えるため、避難、救出その他必要な訓練を年2回以上行います。

1 2. 業務継続計画の策定等

(1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護・指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

(2) 事業所は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施するものとする。

(3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

1 3. 事故発生時の対応

事業所は、サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに名古屋市その他市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。また、賠償すべき事故が発生した場合は、協議の上速やかに損害賠償を行います。なお、事故の状況等については、関係市町村に報告いたします。

1 4. 虐待防止に関する事項

(1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともにその結果について、従業員に周知徹底を図る。

②虐待の防止のための指針を整備する。

③従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施する。

④虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所の従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

1 5. 衛生管理及び感染症の対策等

(1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。

(2) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。

①感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図る。

②感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。

③従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的を実施する。

16. 身体拘束

事業所は、サービスの提供にあたって、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。なお、やむを得ず身体拘束等行動制限を行う場合は、次の事項を実施するものとする。

- (1) 身体拘束を行う場合は、管理者を中心とした事業所全体で検討し、やむを得ず身体拘束を実施する場合は、次の手順による説明書を作成し、家族へ説明・同意を得る。
 - ① 利用者がいかなる状態であるかの客観的解説
 - ② 当該事業所で行いうる介護手法での対応が困難な理由
 - ③ 今後の当該利用者に対する介護の方針
 - ④ 具体的な身体拘束の内容とその手段についての解説
- (2) 拘束中は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録し、完結の日から5年間保存する。
- (3) 身体拘束中は常に事業所全体で解除するための検討を行う。

身体拘束の適正化

- ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、従業員に周知徹底を図る。
- ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
- ③ 身体的拘束等の適正化のため、新規採用時及び年間研修計画に位置付けて研修を2回以上実施する。

17. グループホームの退居について（契約の終了）

- (1) 下記の場合契約は終了し退居していただくこととなります。
 - ① 利用者からの退居申し出（契約解除）
 - ② 利用者はいつでも契約の解除を申し出、退居することができます。
ただし、退居を希望する場合は1ヵ月前に解約届の提出をお願いします。
- (2) 下記の場合は自動的に契約解除となり退居していただくこととなります。
 - ① 利用者が介護保険施設へ入所した場合。
 - ② 利用者が死亡した場合。
 - ③ 利用者が要介護認定により自立・要支援1と判定された場合。
 - ④ 利用者が診療所や病院に入院し、3ヵ月を超える期間治療等が必要となった場合又は、見込まれる場合。
 - ⑤ 事業者が解散命令や破産した場合等やむを得ない事由でホームを閉鎖した場合。
 - ⑥ 天変地異その他の事由により施設が滅失、重大な毀損によりサービス提供が不可能になった場合。
 - ⑦ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は辞退した場合。
- (3) 下記の場合、事業者は利用者に対し、30日の予告期間において、文書で通知することにより本契約を解除できます。
 - ① 利用者のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合。
 - ② 利用者が事業者や他の入所者に対し契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
- (4) 下記の場合は即時に契約を解除し退居することができます。
 - ① 介護保険給付対象外の利用料の変更不同意の場合。
 - ② 事業者もしくはサービス従事者（職員）が正当な事由なく、契約書に定めるサー

ビスの提供を実施しない場合。

- ③ 事業者もしくはサービス従事者（従事者であった者）が守秘義務に違反した場合。
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体・財産・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が認められる場合。
- ⑤ 他の利用者が利用者本人の身体・財産・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合に、事業者が適切な対応を取らない場合。

18. 利用者代理人（身元引受人）

当施設へ入居される場合、利用者のご家族等の利用者代理人を求めます。

利用者代理人は、入居契約に基づく利用者の事業者に対する一切の債務について、利用者と連帯して履行の責任を負います。身元引受人の負担は、極度額 100 万円を限度とします。また、特に死亡等により契約が終了した際の、利用者の所持品等、残置物をお引き取り願います。

19. 苦情窓口の設置について

当施設における運営について苦情等がある場合、下記にお申し出下さい。

《事業所》

☆ 苦情受付窓口（担当者）……<管理者> 杉岡 綾佳

☆ 連絡先 …… 052-385-8916

その他 …… 投書箱を設置します。皆様のご意見等を遠慮なく投函下さい。

《サンガジャパン》

☆ 苦情受付窓口……株式会社サンガジャパン 西日本支社 苦情受付担当

☆ 連絡先 …… 075-256-8700

《行政関係》

・名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課

電話番号：052-959-3087

・愛知県国民健康保険団体連合会

電話番号：052-971-4165

☆苦情を処置するために講ずる措置の概要は別紙参照下さい。

20. 第三者評価の実施状況

当施設においての実施状況は下記の通りです。

実施日：令和6年2月10日

評価機関：特定非営利活動法人あいち福祉アセスメント

評価結果の開示：正面玄関設置

WAM NET 登載

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービス・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に際し、本書面にに基づき重要事項と外部評価結果及び利用料金の説明を行いました。

説明者 職 名 _____

氏 名 _____ 印 _____

私は、本書面にに基づき事業者から重要事項と外部評価結果及び利用料金の説明を受けました。

ご本人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

① 利用者代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

本人との関係 _____

② 利用者代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

本人との関係 _____

苦情を処理するために講ずる措置の概要

| | |
|------------|----------------------------------|
| 事業所又は施設名 | グループホームしもかた |
| 申請するサービス種類 | 認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 |

1. 利用者からの相談または苦情に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

相談・苦情に対する常設の窓口として、下記窓口を設置する。相談担当者が不在の時は、基本的事項については、本事業所職員が苦情に対応できるように体制を整えるとともに、事後に担当者が責任を持って対応する。

担当者： 管理者 杉岡 綾佳
連絡先： 電話 052-385-8916

担当者： 株式会社サンガジャパン 西日本支社 苦情受付担当
連絡先： 電話 075-256-8700

(その他の苦情等の相談窓口)

愛知県国民健康保険団体連合会 電話 052-971-4165
名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 電話 052-959-3087

2. 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

①苦情があった場合には、相談担当者が面接を行うなどして、詳しい事情を聞く。
②相談担当者は、上記の内容を所定の「苦情事故発生報告書」によりサンガジャパン介護事業部に報告の上、処理内容を決定し、速やかに申立者に連絡する。
③上記によっても苦情処理を行えない場合には、事業所として検討会議を開催し、処理内容を決定する。
④苦情の内容、処理結果について「苦情事故発生報告書」に記録した上保管し、再発防止に役立てる。

3. その他の参考事項

上記に記載した以外の対応措置については、その都度事業所内で検討し、利用者の立場に立って処理する。

介護保険の給付対象となるサービス 別紙「利用料金一覧」

介護保険の対象となるサービスの利用料金は、下記のとおり介護保険法に定める単位数に地域単価を乗じた額の合計額し、介護保険負担割合証に記載された割合の額となります。

■地域単価 名古屋市：10,68円（単位数合計に乗じる）

■ [] 内は利用料（1割負担の場合）

| 該当に○印 | 利用者の介護度とサービス利用料 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ○ | 基本単位（1日あたり） 1割負担 2割負担 3割負担 | 761単位 [813円] [1626円] [2439円] | 765単位 [817円] [1634円] [2451円] | 801単位 [856円] [1711円] [2567円] | 824単位 [880円] [1760円] [2640円] | 841単位 [899円] [1797円] [2695円] | 859単位 [918円] [1835円] [2753円] |
| ○ | 初期加算 | 30単位／1日 [32円] 入居日から30日以内の期間。 医療機関に1ヶ月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算の算定を認める。 | | | | | |
| ○ | 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ | 37単位／日 [40円]（要支援2は加算なし） | | | | | |
| ○ | 協力医療機関連携加算 | 100単位／月 [107円]（要支援2は加算なし） 相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携。 | | | | | |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22単位／日 [24円] 介護職員総数の70%以上が介護福祉士である。又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上。 | | | | | |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 18単位／日 [20円] 介護職員総数の60%以上が介護福祉士である。 | | | | | |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 6単位／日 [7円] 職員総数の50%以上が介護福祉士である。又は常勤職員が75%以上。 又は勤続7年以上が30%以上。 | | | | | |
| | 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） | 150単位／月 [161円] | | | | | |
| | 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） | 120単位／月 [129円] | | | | | |
| | 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 3単位／日 [4円] 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方が、利用者の1/2以上。 認知症介護実践者リーダー研修修了者1名配置。 | | | | | |
| | 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 4単位／日 [5円] 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方が、利用者の1/2以上。 認知症介護指導者研修修了者1名配置。 | | | | | |
| ○ | 口腔衛生管理体制加算 | 30単位／月 [32円] 歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合。 | | | | | |

該当者がおられる場合算定する加算（該当される場合、別途ご説明をさせて頂き同意書を頂きます。）

| 該当に○印 | 加算種類 | 単位数と要件 |
|-------|---------------|----------------|
| ○ | 若年性認知症利用者受入加算 | 120単位／日 [129円] |

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| ○ | 入院時費用の算定 | 246 単位/日 [263 円] 利用者が病院又は診療所への入院を要し、入院後 3 ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれる場合、所定単位数に代えて 1 月に 6 日を限度に算定する。 |
| ○ | 看取り介護加算 (看取りを行った場合に必要になります) | 72 単位/日 [77 円] (看取りの対応) 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 144 単位/日 [154 円] (看取りの対応) 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 680 単位/日 [727 円] (看取りの対応) 死亡日前 2 日又 3 日 1280 単位/日 [1,367 円] (看取りの対応) 死亡日 |
| ○ | 退居時相談援助加算 | 400 単位/回 [428 円] 〔退居され居宅(介護予防)サービス・地域密着型(介護予防)サービスを利用される場合。 注) 退居して病院又は診療所に入院する場合は該当しない。 注) 退居して介護保健施設に入所又は居住系サービスを利用する場合は該当しない。〕 |
| ○ | 退居時情報提供加算 | 250 単位/回 [267 円] 入院のために退所した利用者について、医療機関情報を提供した場合に算定。 |
| | 新興感染症等施設療養費 | 240 単位/日 [257 円] 1 月に 1 回、連続する 5 日を限度に算定。 |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) | 10 単位/月 [11 円] |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ) | 5 単位/月 [6 円] |

介護保険改正に伴う加算(事業所の体制に変更があった場合、別途ご説明をさせて頂き同意書を頂きます。)

| 該当に ○印 | 利用者の介護度とサービス利用料 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-----------|------------------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 介護職員の賃金の改善等を実施している事業所 (上記の算定した加算数の 1000 分の 168 単位) | | | | | |
| ○ | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 介護職員の賃金の改善等を実施している事業所 (上記の算定した加算数の 1000 分の 178 単位) | | | | | |
| | 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 介護職員の賃金の改善等を実施している事業所 (上記の算定した加算数の 1000 分の 155 単位) | | | | | |
| | 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 介護職員の賃金の改善等を実施している事業所 (Ⅲにより算定した単位数の 1000 分の 125 単位) | | | | | |
| | 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ) (1) ~ (14) | 介護職員の賃金の改善等を実施している事業所 (Ⅲにより算定した単位数の 1000 分の 163 単位~66 単位) | | | | | |

介護保険の給付対象とならないサービス 別紙「利用料金一覧」

料金は利用者の全額負担となり、後払い(利用月の翌月 27 日までに支払い)となります。ただし、月の途中で退居される場合は、日割り計算で請求返還します。

- ① 食材料費：55,500 円／月（30 日の場合）
[朝食・昼食・夕食・おやつ] の 3 食+おやつで 1 日 1,850 円
*本事業所では、利用者の栄養、身体の状態及び、嗜好等を考慮した食事を提供します。また、利用者の残存機能を引き出す為に、調理・配膳・後片付け及び、食事を共同でおこないます。
食事時間 朝食：7：30～ 昼食12：00～ 夕食：17：00～
- ② 家賃：69,000 円／月（2,300 円／1 日）[1 ヶ月 30 日で計算]
専用居室内の電灯及びカーテン等は事業者が設置します。
- ③ 共益費及び管理費：41,800 円／月
（内訳）管理費：専用居室及び共用部の水道光熱費に充当
26,500 円／月（883 円／1 日）（10%税込）[1 ヶ月 30 日で計算]
共益費：建物の維持管理費等に充当
15,300 円／月（510 円／1 日）（非課税）[1 ヶ月 30 日で計算]

※個別に実施するイベント参加費や共用娯楽費等は別途実費負担となります。

- ⑤ オムツ代等
費用は利用者の実費負担です。
- ⑥ 理・美容代
費用は利用者の実費負担です。
- ⑦ 医療機関等への受診費用
その都度、受診した医療機関で、お支払いいただきます。
- ⑧ 領収書の再発行
領収書は原則として再発行しないものとします。但し、サービス利用の支払いに対する領収書紛失等の理由により、利用者又は利用者代理人から領収証明書の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行するものとします。なお、発行に際しては、文書料として、一通につき金 500 円（税別）を申し受けます。

● 入居保証金について

入居保証金（敷金）については施設にて預からず該当なし。

重要事項説明書

Ver 1.2

| | |
|-----------|------------------|
| 記入年月日 | 2024 年 11 月 27 日 |
| 記入者名 | 野澤 守 |
| 所属・職名 | 有料老人ホームしもかた 管理者 |
| 取込種別 | 1 追加 |
| 被災確認事業所番号 | |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|----------------------------|------------------|
| 種類 | 2 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 5 営利法人 |
| 名称 | かぶしきかいしゃ さんがじゃぱん (ふりがな) | |
| | 株式会社 サンガジャパン | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 |
| | 法人番号 | 3030001131053 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 330 - 0854 | |
| | 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048 - 614 - 1541 |
| | FAX番号 | 048 - 614 - 1552 |
| | メールアドレス | @ |
| | ホームページ有無 | 1 有 |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 代表者 | 氏名 | 神成裕介 洞口淳一 山口智博 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 2019 年 5 月 20 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別の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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむしもかた | | | |
| | 介護付き有料老人ホームしもかた | | | |
| 所在地 | 〒 | 464 | - | 0096 |
| | 名古屋市千種区下方町三丁目13番地 | | | |
| 所在地 (建物名等) | しもかた翔裕館 | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 愛知県 | 市区町村 | 231002 名古屋市 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 地下鉄東山線 覚王山 駅 | | |
| | 交通手段と所要時間 | ①地下鉄東山線「池下」下車 市バス茶屋12系統「天満通2丁目」下車 西へ徒歩3分 ②基幹バス 基幹2「谷口」下車 南へ徒歩5分 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 052 | - | 385 - 8916 |
| | FAX番号 | 052 | - | 711 - 0551 |
| | メールアドレス | shimokata @ sanga.japan.jp | | |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | |
| | ホームページアドレス | http:// | www.sanga-kaigo.co.jp | |
| 管理者 | 氏名 | 野澤 守 | | |
| | 職名 | 管理者 | | |
| 建物の竣工日 | | 2004 | 年 | 8 月 1 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2021 | 年 | 1 月 1 日 |

(類型) 【表示事項】

| | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------|---|---|---|-----|
| 類型 | 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） | | | | | |
| 1 又は 2 に該当する 場合 | 介護保険事業者番号 | 2370103513 | | | | |
| | 指定した自治体名 | 愛知県名古屋市 | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2021 | 年 | 1 | 月 | 1 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 2021 | 年 | 1 | 月 | 1 日 |

3 建物概要

| | | | | | |
|---------|------|-----------------|----------------|---|-----|
| 土地 | 敷地面積 | 1097.24 | 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の場合 | | | |
| | | 賃借の種別 | | | |
| | | 抵当権の有無 | | | |
| | | 契約期間 | 開始 | | |
| | | | | 年 | 月 日 |
| | | | 終了 | | |
| | 年 | 月 日 | | | |
| 契約の自動更新 | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | m ² | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | m ² | | |
| | 耐火構造 | 3 その他の場合 | | | |
| | | | | | |
| | 構造 | 4 その他の場合 | | | |
| | | | | | |

| | | | | | | |
|---------|----------------|-----------------|----------------|----------------------|-------|----------|
| | 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の場合 | | | | |
| | | 賃貸の種別 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | | | | |
| | | 契約期間 | | 開始 | | |
| | | | | 年 | 月 | 日 |
| | | | | 終了 | | |
| | | 年 | 月 | 日 | | |
| 契約の自動更新 | | | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者個室含む） | | | | |
| | | 2 相部屋ありの場合 | | | | |
| | | 最少 | | 人部屋 | | |
| | | 最大 | | 人部屋 | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分 |
| | タイプ1 | 1 有 | 2 無 | 14.76 m ² | 10 | 3 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 1 有 | 2 無 | 14.86 m ² | 10 | 3 介護居室個室 |
| | タイプ3 | | | m ² | | |
| | タイプ4 | | | m ² | | |
| | タイプ5 | | | m ² | | |
| | タイプ6 | | | m ² | | |
| | タイプ7 | | | m ² | | |
| タイプ8 | | | m ² | | | |
| タイプ9 | | | m ² | | | |
| タイプ10 | | | m ² | | | |

| | | | | | | | |
|---------|------------------|---------------|---------|-----------------|---|----|--|
| 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 | | ヶ所 | |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4 | ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 2 | ヶ所 | 個室 | 1 | ヶ所 | |
| | | | | 大浴場 | 1 | ヶ所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 1 | ヶ所 | チェアー浴 | 1 | ヶ所 | |
| | | | | リフト浴 | | ヶ所 | |
| | | | | ストレッチャー浴 | | ヶ所 | |
| | | | | その他 | | ヶ所 | |
| | 食堂 | 1 | あり | | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 2 | なし | | | | |
| エレベーター | 2 | あり（ストレッチャー対応） | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 | あり | | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | | | | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | | | | |
| | スプリンクラー | 1 | あり | | | | |
| | 防火管理者 | 1 | あり | | | | |
| | 防災計画 | 1 | あり | | | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 1 | 全ての居室あり | | | | |
| | 便所 | 1 | 全ての便所あり | | | | |
| | 浴室 | 1 | 全ての浴室あり | | | | |
| | その他 | | | | | | |
| その他 | | | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 入居者の人権を尊重し、特定施設サービス計画に基づき食事、入浴、排せつ等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話、その方の有する能力に適したサービスを提供いたします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者の自立支援を目的に日々の健康管理や機能低下の防止に努めます。地域の社会資源の活用笑顔あふれる環境作りを心がけます。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 |
| 食事の提供 | 2 委託 |
| 洗濯・掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護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) | 2 なし |
| | 入居継続支援加算 (II) | 2 なし |
| | 生活機能向上連携加算 (I) | 2 なし |
| | 生活機能向上連携加算 (II) | 2 なし |
| | 個別機能訓練加算 (I) | 2 なし |
| | 個別機能訓練加算 (II) | 2 なし |
| | ADL維持等加算 (I) | 2 なし |
| | ADL維持等加算 (II) | 2 なし |
| | 夜間看護体制加算 (I) | 2 なし |
| | 夜間看護体制加算 (II) | 2 なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 あり |
| | 協力医療機関連携加算 (相談・診療を行う体制を常時確 保している協力医療機関と連携 している場合) | 1 あり |
| | 協力医療機関連携加算 (上記以外の協力医療機関と連携 している場合) | 2 なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 2 なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | 2 なし |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 あり |
| | 退居時情報提供加算 | 1 あり |
| | 看取り介護加算 (I) | 2 なし |
| | 看取り介護加算 (II) | 2 なし |
| | 認知症専門ケア加算 (I) | 2 なし |
| | 認知症専門ケア加算 (II) | 2 なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) | 2 なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 (II) | 2 なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | 2 なし |
| | 生産性向上推進体制加算 (I) | 2 なし |
| | 生産性向上推進体制加算 (II) | 2 なし |

| | | | | |
|----------------------|--------------|---------------|-------|-----|
| | サービス提供体制強化加算 | (I) | 2 | なし |
| | | (II) | 2 | なし |
| | | (III) | 2 | なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (I) | 2 | なし |
| | | (II) | 1 | あり |
| | | (III) | 2 | なし |
| | | (IV) | 2 | なし |
| | | (V)(1) | 2 | なし |
| | | (V)(2) | 2 | なし |
| | | (V)(3) | 2 | なし |
| | | (V)(4) | 2 | なし |
| | | (V)(5) | 2 | なし |
| | | (V)(6) | 2 | なし |
| | | (V)(7) | 2 | なし |
| | | (V)(8) | 2 | なし |
| | | (V)(9) | 2 | なし |
| | | (V)(10) | 2 | なし |
| (V)(11) | 2 | なし | | |
| (V)(12) | 2 | なし | | |
| (V)(13) | 2 | なし | | |
| (V)(14) | 2 | なし | | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 2 | | なし | |
| | 1 | | ありの場合 | |
| | | (介護・看護職員の配置率) | 3 | : 1 |

(医療連携の内容)

| | | | | |
|----------------|--------------------------|----------|--|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 入退院の付き添い | | |
| | <input type="radio"/> | 通院介助 | | |
| | <input type="checkbox"/> | その他 | | |

| | | | | |
|------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----|
| | 1 | 名称 | | |
| | | 住所 | 豊隆会 ちくさ病院 | |
| | | 診療科目 | 内科・皮膚科 | |
| | | 協力科目 | | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | 1 |
| | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | | 1 | あり |
| | 2 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 診療科目 | | |
| | | 協力科目 | | |
| 協力内容 | | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | | |
| | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | | | |

| | | | |
|--------|---|------|--|
| 協力医療機関 | 3 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 |
| | 4 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 |

| | | | | |
|------|------------------------|----------|--|----------------------------------|
| | 5 | 名称 | | |
| | | 住所 | | |
| | | 診療科目 | | |
| | | 協力科目 | | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | |
| | 新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携 | 2 | なし | |
| | | | 1 ありの場合 | 医療機関の名称 |
| | | 医療機関の住所 | | |
| | | 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 |
| | 住所 | | | 名古屋市千種区若水3-10-23 052-711-1494 |
| 協力内容 | 月1~2回程度の往診、依頼による診察 | | | |
| 2 | 名称 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 協力内容 | | | |

(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 | | 一時介護室へ移る場合 | | |
| | | 介護居室へ移る場合 | | |
| | ○ | その他 | 空室時であることを条件に入居者の希望により | |
| 判断基準の内容 | 空室時である事ならびに利用者の希望により | | | |
| 手続きの内容 | 住替えに当たりこれまで使用していた居室の原状回復並びに居室清掃を実施していただく | | | |
| 追加的費用の有無 | 2 | なし | | |
| 居室利用権の取扱い | 変更なし | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 2 | なし | | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 1 | あり | |
| | 便所の変更 | 2 | なし | |
| | 浴室の変更 | 2 | なし | |
| | 洗面所の変更 | 2 | なし | |
| | 台所の変更 | 2 | なし | |
| | その他の変更 | 2 | なし | |
| | | 1 | ありの場合 | |
| | | (変更内容) | | |

(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 | 2 | なし |
| | 要支援の者 | 1 | あり |
| | 要介護の者 | 1 | あり |
| 留意事項 | 集団による共同生活が円満に営める方 ※当施設は入居施設ですが、家族介護支援の観点により、施設の空床を利用した短期利用を実施しています。利用期間は30日以内。要介護の方のみ | | |
| 契約解除の内容 | 入居契約書第32条に基づき各号の1に該当する場合契約終了とする ①利用者が死亡した時 ②施設側が第33条に基づき解除を通告し、予告期間が終了した時 ③利用者が第34条に基づき解除を通告し予告期間が終了した時 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | ①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合 ②月額の利用料その他の支払いを正当な理由なくしぼし滞納する場合 ③第25条（禁止または制限される行為）の規定に違反した場合 ④入居者の行動がほかの入居者並びに自身の命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ない場合 ⑤入院又は外泊が連続して2か月を超え、施設での生活が困難な場合 | |
| | | 解約予告期間 | 3 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 | | ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 1 | あり | |
| | 1 | ありの場合 | |
| | (内容) | 6泊7日無料 ※7日目より1泊2日税込10,000円 | |
| 入居定員 | 20 | | 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 | 13 | 5 | 8 | 8.9 |
| 介護職員 | 11 | 4 | 7 | 7.9 |
| 看護職員 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 1 | 0.4 |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 1 | 0.1 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他職員 | 1 | 0 | 1 | 0.1 |
| 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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 2 | 0 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 1 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 3 | 1 | 2 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

(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 | 0 | 0 | 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 | 1 | 0 | 1 |
| 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 | (16 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 | 0 | 人 | 0 | 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】 | 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) | 3 | : | 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 | | 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | 資格等の名称 | | 介護福祉士 | | | | | |
| | | 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 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 1 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 応業 じ務 たに 職従 員事 のし た人 数経 験 年 数 に | 1年未満 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | | | 1 | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | 2 | 4 | | | | | | 1 |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | 1 あり | | | | | | | | |

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】 | 1 利用権方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 3 月払い方式 | |
| | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択 | |
| | | 全額前払い方式 |
| | | 一部前払い・一部月払い方式 |
| | | 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 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 | 2 日割り計算で減額 | |
| | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 | |
| | 不在期間が | 日以上 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 運営状況並びに食材費や水道光熱費等の維持管理にかかる費用により検討 |
| | 手続き | 運営懇談会の意見をもとに改定 |

(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5 | | |
| | 年齢 | 85 | 歳 | | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 14.76 | m ² | 14.86 | m ² | |
| | 便所 | 1 有 | | | | |
| | 浴室 | 2 無 | | | | |
| | 台所 | 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 | | 228934 | 円 | 239001 | 円 | |
| 家賃 | | 80000 | 円 | 80000 | 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | | 20254 | 円 | 30321 | 円 |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 65640 | 円 | 65640 | 円 |
| | | 管理費 | 16500 | 円 | 16500 | 円 |
| | | 介護費用 | 0 | 円 | 0 | 円 |
| | | 光熱水費 | 45000 | 円 | 45000 | 円 |
| | | その他 | 1540 | 円 | 1540 | 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 |
|-------------------------------|-----------|
| 家賃 | 市場価格参照 |
| 敷金 | 家賃の 0 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 | 居室の維持管理費および水道光熱費として |
| 食費 | 朝食 : 486円 (軽減税率8%対象) 昼食 : 770円 (消費税10%込) 夕食 : 770円 (消費税10%込) おやつ : 162円 (軽減税率8%対象) |
| 光熱水費 | 水道光熱費および施設共用部の維持管理、事務用品費等 |
| 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 | 寝具リネン等利用料 |

(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※に対する自己負担額 | 要介護度に応じて介護費用の1～3割 (入居者の負担割合による)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) | |
| ※ 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 全国有料老人ホーム協会以外の場合 | |
| | 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 | 1 | 人 |
| | 女性 | 18 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 0 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 1 | 人 |
| | 85歳以上 | 18 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援 1 | 0 | 人 |
| | 要支援 2 | 3 | 人 |
| | 要介護 1 | 1 | 人 |
| | 要介護 2 | 5 | 人 |
| | 要介護 3 | 5 | 人 |
| | 要介護 4 | 4 | 人 |
| | 要介護 5 | 1 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 1 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 2 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 11 | 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 | 93 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 19 | 人 |
| 入居率※ | 95 | % |
| ※ 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)

| | | | |
|---------|----------|--------------------------------------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 0 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 0 | 人 |
| | 医療機関 | 1 | 人 |
| | 死亡 | 3 | 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) | |
| | 入居者側の申し出 | 1 | 人 |
| | | (解約事由の例) 医療依存度が高く施設での通常の生活が営めないため | |

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1 | |
|----------|---|
| 窓口の名称 | しもかた翔裕館 苦情相談室 |
| 電話番号 | 052 - 385 - 8916 |
| 対応している時間 | 平日 9 時 0 分 ~ 17 時 0 分 |
| | 土曜 時 分 ~ 時 分 |
| | 日曜・祝日 時 分 ~ 時 分 |
| 定休日 | 土曜日・日曜日 窓口となる管理者等が不在の場合その緊急性の度合いによつて後日の対応となる場合あり |

| 窓口2 | | | | | | | | | | |
|----------|-------|-------------|---|-----|---|------|----|---|----|---|
| 窓口の名称 | | 名古屋市役所介護保険課 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 052 | - | 972 | - | 3087 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 45 | 分 | ～ | 17 | 時 | 30 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土曜日曜並びに年末年始 | | | | | | | | |
| 窓口3 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | - | | - | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | | | | | | | | |
| 窓口4 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | - | | - | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | | | | | | | | |
| 窓口5 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | - | | - | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | | | | | | | | | |

(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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 対人・対物・人権侵害・経済的損害・施設利用者障害見舞金等 |
| 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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 管理者の指導の下連携医療機関、ご利用者との連携を図り対応する |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | |

(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 | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 2024/9/16 |
| | 結果の開示 | 1 あり |
| 第三者による評価の実施状況 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | |
| | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | |

9 入居希望者への事前の情報開示

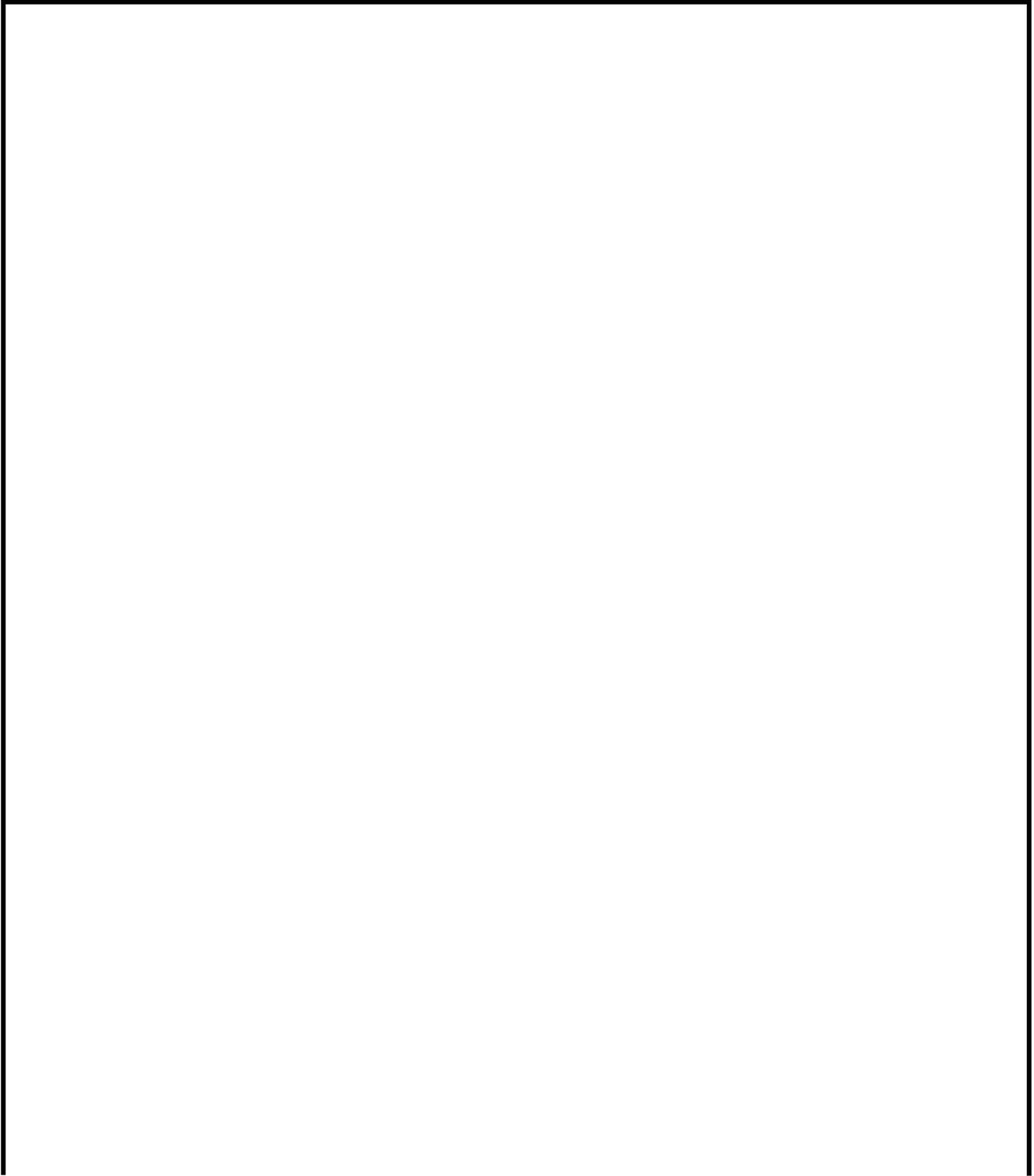
| | |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書 | 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 3 公開していない |

10 その他

| | | |
|-------------------|---|--|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | (開催頻度) 年 1 回 |
| | 2 なしの場合 | |
| | 1 代替措置ありの場合 | (内容) |
| | | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | 1 あり |
| | 指針の整備 | 1 あり |
| | 研修の定期的な実施 | 1 あり |
| | 担当者の配置 | 1 あり |
| 身体的拘束等廃止のための取組の状況 | 身体拘束適正化委員会の開催 | 1 あり |
| | 指針の整備 | 1 あり |
| | 研修の実施 | 1 あり |
| | | 2 なし |
| | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等) | 1 ありの場合 身体的拘束等を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 |
| 業務継続計画の策定状況等 | 感染症に関する業務継続計画 (BCP) | 1 あり |
| | 災害に関する業務継続計画 (BCP) | 1 あり |
| | 従業員に対する周知の実施 | 1 あり |
| | 定期的な研修の実施 | 1 あり |
| | 定期的な訓練の実施 | 1 あり |
| | 定期的な見直し | 1 あり |

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 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 | 1 あり | |
| 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 | 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 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 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 | |
| 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 | |

備考





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 _____ 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。