

重要事項説明書

Ver 1.1

| | |
|-----------|-----------------|
| 記入年月日 | 2023 年 12 月 1 日 |
| 記入者名 | 楠 正省 |
| 所属・職名 | さわやか柏館 副施設長 |
| 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 | (ふりがな) かぶしきがいしゃさわやかくらぶ | |
| | 株式会社さわやか倶楽部 | |
| 法人番号 | 法人番号有無 | 1 有 |
| | 法人番号 | 1290801006728 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 802 - 0044 | |
| | 福岡県北九州市小倉北区熊本2丁目10番10号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 093 - 551 - 5555 |
| | FAX番号 | 093 - 513 - 3222 |
| | メールアドレス | kashiwa @ sawayakclub.jp |
| | ホームページ有無 | 1 有 |
| | ホームページアドレス | http:// www.sawayakclub.jp |
| 代表者 | 氏名 | 山本 武博 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 2004 年 12 月 1 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) さわやかかしわかん | | | | | | |
| | さわやか柏館 | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | 277 | - | 0043 | | | |
| | 千葉県柏市南逆井2丁目14番41号 | | | | | | |
| 所在地 (建物名等) | | | | | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 千葉県 | 市区町村 | 122173 柏市 | | | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 新京成線五香 | | | | 駅 | |
| | 交通手段と所要時間 | 新京成線五香駅より徒歩で20分、車で10分 | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 04 | - | 7171 | - | 1400 | |
| | FAX番号 | 04 | - | 7171 | - | 1401 | |
| | メールアドレス | kashiwa | | | | @ | sawayakclub.jp |
| | ホームページ有無 | 1 有 | | | | | |
| | ホームページアドレス | http:// | www.sawayakclub.jp/kashiwakan/ | | | | |
| 管理者 | 氏名 | 楠 正省 | | | | | |
| | 職名 | 副施設長 | | | | | |
| 建物の竣工日 | | 2016 | 年 | 1 | 月 | 31 日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2016 | 年 | 3 | 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 | 1272205624 | | | | |
| | 指定した自治体名 | 柏市 | | | | |
| | 事業所の指定日 | 2016 | 年 | 3 | 月 | 1 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 2021 | 年 | 7 | 月 | 1 日 |

3 建物概要

| | | | | | |
|---------|------|-----------------|----------------------|------------------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 3766.71 | m ² | | |
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する土地 | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地の場合 | | | |
| | | 賃貸の種別 | 1 普通貸借 | | |
| | | 抵当権の有無 | 2 なし | | |
| | | 契約期間 | 1 あり | | |
| | | | 開始 | 2017 年 12 月 21 日 | |
| | | | 終了 | 2037 年 12 月 21 日 | |
| 契約の自動更新 | 1 あり | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 3,767 m ² | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1,481 m ² | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | |
| | | 3 その他の場合 | | | |
| | 構造 | 2 鉄骨造 | | | |
| | | 4 その他の場合 | | | |

| | | | | | | | |
|---------|----------------|-----------------|--------|----------------|----------------|-------|----------|
| | 所有関係 | 2 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物の場合 | | | | | |
| | | 賃貸の種別 | 1 普通貸借 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 2 なし | | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり | | | | |
| | | | 開始 | | | | |
| | | | 2017 | 年 | 12 | 月 | 21 |
| | | 終了 | | | | | |
| 2037 | 年 | 12 | 月 | 21 | 日 | | |
| 契約の自動更新 | 1 あり | | | | | | |
| 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 | 1 | | 人部屋 | | |
| | 最大 | 1 | | 人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | | 戸数・室数 | 区分 |
| | タイプ1 | 1 有 | 2 無 | 18.3 | m ² | 88 | 1 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 1 有 | 2 無 | 18.91 | m ² | 8 | 1 一般居室個室 |
| | タイプ3 | 1 有 | 2 無 | 20.01 | m ² | 3 | 1 一般居室個室 |
| | タイプ4 | 1 有 | 2 無 | 24.64 | m ² | 1 | 1 一般居室個室 |
| | 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 | 0 | ヶ所 |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | | ヶ所 | 個室 | 3 | ヶ所 |
| | | | | 大浴場 | 3 | ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | | ヶ所 | チェアー浴 | 1 | ヶ所 |
| | | | | リフト浴 | 0 | ヶ所 |
| | | | | ストレッチャー浴 | 1 | ヶ所 |
| | | | | その他 | 0 | 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 | 1 | あり（車椅子対応） | | | | |
| 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 | | 夜勤を行う介護職員3人。平均人数及び最小人数3人。 夜勤帯設定時間17：00～9：00 | | | |
| その他 | 共用施設：食堂、浴室、理美容室、共用トイレ4ヶ所 | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|------------------------|--|
| <p>運営に関する方針</p> | <p>当施設の運営については、介護付有料老人ホーム「さわやか柏館」が居宅であることを踏まえつつ、高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供し、入居者が心豊かに明るく生活できるよう配慮するものである。</p> |
| <p>サービスの提供内容に関する特色</p> | <p>ご入居者様の人格を尊重し、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、各個人に応じた適切なサービスに努めます。</p> |
| <p>入浴、排せつ又は食事の介護</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>食事の提供</p> | <p>2 委託</p> |
| <p>洗濯・掃除等の家事の供与</p> | <p>2 委託</p> |
| <p>健康管理の供与</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>安否確認又は状況把握サービス</p> | <p>1 自ら実施</p> |
| <p>生活相談サービス</p> | <p>1 自ら実施</p> |

(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) | 1 | あり | |
| | 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 | 1 | あり | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 2 | なし | |
| | 医療機関連携加算 | 2 | なし | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 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 | 2 | なし | |
| | 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 |
| | | (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 |
| | 介護職員処遇改善加算 | (I) | 1 | あり |
| | | (II) | 2 | なし |
| | | (III) | 2 | なし |
| | | (IV) | 2 | なし |
| | | (V) | 2 | なし |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | (I) | | |
| (II) | | | | |
| 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) | | : 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="radio"/> | 入退院の付き添い | | |
| | <input type="radio"/> | 通院介助 | | |
| | | その他 | | |
| 1 | 名称 | 悠翔会 在宅クリニック柏 (往診) | | |
| | 住所 | 千葉県柏市明原4-10-12 | | |
| | 診療科目 | 内科 | | |
| | 協力科目 | 月2回程度の訪問診療 (医療費その他の費用は入居者の自己負担) | | |
| | 協力内容 | 健康管理、緊急時の対応 (投薬、注射などの医療行為は健康保険で実費) | | |

| | | | |
|--------|---|------|-----------------------------------|
| 協力医療機関 | 2 | 名称 | 医療法人社団 応心 ホームクリニック東葛（往診） |
| | | 住所 | 千葉県柏市高柳1-1-1 シャーメゾン高柳103 |
| | | 診療科目 | 内科 脳神経外科 難病指定医 |
| | | 協力科目 | 月2回程度の訪問診療（医療費その他の費用は入居者の自己負担） |
| | | 協力内容 | 健康管理、緊急時の対応（投薬、注射などの医療行為は健康保険で実費） |
| | 3 | 名称 | 医療法人社団 聖秀会 聖光ヶ丘病院（施設から3.8km） |
| | | 住所 | 千葉県柏市光ヶ丘団地2番地3号 |
| | | 診療科目 | 内科 泌尿器科 眼科 整形外科 皮膚科 精神科 |
| | | 協力科目 | 健康管理、緊急時の対応（投薬、注射などの医療行為は健康保険で実費） |
| | | 協力内容 | 健康管理、緊急時の対応（投薬、注射などの医療行為は健康保険で実費） |

| | | | |
|----------|---|------|----------------------------------|
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | ウナイ歯科（訪問歯科） |
| | | 住所 | 埼玉県三郷市早稲田1-1 4-1 |
| | | 協力内容 | 月4回程度の訪問歯科診療（医療費その他の費用は入居者の自己負担） |
| | 2 | 名称 | スマイル歯科 |
| | | 住所 | 千葉県鎌ヶ谷市南鎌ヶ谷4-1 4-1 2 |
| | | 協力内容 | 月2回程度の訪問歯科診療（医療費その他の費用は入居者の自己負担） |

(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 | | |
| 判断基準の内容 | | | |
| 手続きの内容 | | | |
| 追加的費用の有無 | | | |
| 居室利用権の取扱い | | | |
| 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 | 2 | なし |
| | 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 | 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 | 1 あり |
| | 要支援の者 | 1 あり |
| | 要介護の者 | 1 あり |
| 留意事項 | 原則、介護保険法における要支援1、要支援2、要介護1から要介護5までの認定を受けた65歳以上の高齢者及び第2号被保険者。 | |
| 契約解除の内容 | ※特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書の第五章 第15条から第18条に記載。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 解約条項 入居契約書第12条 |
| | 解約予告期間 | 1 ヶ月 |
| 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) | 2泊3日まで無料 以降1泊5,500円(税込) |
| 入居定員 | 100 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 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1 |
| 直接処遇職員 | 38 | 27 | 11 | 34.4 |
| 介護職員 | 32 | 24 | 8 | 28.5 |
| 看護職員 | 6 | 3 | 3 | 5.4 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 調理員 | 5 | 5 | 0 | 5 |
| 事務員 | 1 | 1 | 0 | 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 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 | 3 | 2 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 1 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 5 | 3 | 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 | 1 | 1 | 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 | (17 時 0 分 ~ 9 時 0 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 | 3 | 人 | 3 | 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) | 2.82 : 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 | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 2 なし | | | | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | | | | | | | | |
| | | 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 | 3 | 7 | 9 | 1 | | 1 | | 0 | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 2 | 3 | 4 | 6 | 0 | | 0 | | 0 | |
| 応業務に 従事した 職員の 人数 経験年数 に | 1年未満 | 2 | 3 | 13 | 3 | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | | 6 | 3 | 1 | | 1 | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | 4 | 2 | | | | | 1 | |
| | 5年以上 10年未満 | | | 1 | | | | | | | |
| | 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】 | 2 建物賃貸借方式 | |
| 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 | |
| | <input type="checkbox"/> | 全額前払い方式 |
| | <input type="checkbox"/> | 一部前払い・一部月払い方式 |
| | <input type="radio"/> | 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 | 1 減額なし | |
| | 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 | 租税や環境の変化により賃料が不相当になった場合 |
| | 手続き | 当社と契約者の双方の同意を得て、書類にて契約を行う |

(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 | 要支援2 | |
| | 年齢 | 80 歳 | 90 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.3 m ² | 24.64 m ² | |
| | 便所 | 1 有 | 1 有 | |
| | 浴室 | 2 無 | 2 無 | |
| | 台所 | 2 無 | 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | — 円 | — 円 | |
| | 敷金 | — 円 | — 円 | |
| 月額費用の合計 | | 182,195 円 | 174,614 円 | |
| 家賃 | | 65,000 円 | 65,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 17,979 円 | 10,398 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 58,320 円 | 58,320 円 |
| | | 管理費 | 33,789 円 | 33,789 円 |
| | | 介護費用 | — 円 | — 円 |
| | | 光熱水費 | 実費 円 | 実費 円 |
| | | その他 | 7,107 円 | 7,107 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 | 建物所有者の賃料が65,000円のため |
| 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。 | 該当せず |

| | |
|----------------------|---|
| 管理費 | <p>共通部分の 月額平均管理費用÷ご入居者様人数+消費税33,789円</p> |
| 食費 | <p>月額58,320円 税込（食材費29,160円+給食管理費29,160円） 1食：食材費324円+給食管理費324円（3食提供、おやつ含む） 欠食時の返金額324円×欠食数 入院、外出された場合は食材費のみの返金で給食管理費（厨房人件費）は必要となります。</p> |
| 光熱水費 | <p>実費負担</p> |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | <p>別添 2</p> |
| その他のサービス利用料 | <p>・退去時におけるマットクリーニング 3,300円（税込） ・退去時における居室清掃・消毒ハウスクリーニング費 33,000円（税込） 去時における補修費 実費</p> <p style="text-align: right;">・退</p> |

(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 | 介護報酬の告示上の額 |
| 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） | なし |
| ※ 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 | 24 | 人 |
| | 女性 | 73 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 4 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 28 | 人 |
| | 85歳以上 | 65 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援 1 | 4 | 人 |
| | 要支援 2 | 0 | 人 |
| | 要介護 1 | 34 | 人 |
| | 要介護 2 | 24 | 人 |
| | 要介護 3 | 15 | 人 |
| | 要介護 4 | 14 | 人 |
| 入居期間別 | 要介護 5 | 6 | 人 |
| | 6ヶ月未満 | 13 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 37 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 47 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | | 人 |
| | 10年以上15年未満 | | 人 |
| | 15年以上 | | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|---------|----|---|
| 平均年齢 | 86 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 97 | 人 |
| 入居率※ | 97 | % |

※ 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 | 1 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 6 | 人 |
| | 医療機関 | 3 | 人 |
| | 死亡 | 29 | 人 |
| | その他 | | 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 | 10 | 人 |
| | | (解約事由の例) ・自由度の高い施設へ移動したいという本人希望にて他施設へ移動し解約される。 ・介護度が上がり特養へ移動される | |

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 | | さわやか柏館 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 04 | - | 7171 | - | 1400 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 30 | 分 |
| | 土曜 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 30 | 分 |
| | 日曜・祝日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 30 | 分 |
| 定休日 | | なし | | | | | | | | |

| 窓口2 | | | | | | | | | | |
|----------|-------|---------------------------|---|----|---|------|----|---|---|------|
| 窓口の名称 | | 柏市 福祉部 指導監査課 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 04 | | - | | 7167 | | - | | 1625 |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土. 日. 祝. 年末年始 | | | | | | | | |
| 窓口3 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 健康医療部高齢者支援課 いきがい・施設担当(柏市) | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 04 | | - | | 7168 | | - | | 1996 |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土. 日. 祝. 年末年始 | | | | | | | | |
| 窓口4 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 福祉長寿部 介護保険課(松戸市) | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 047 | | - | | 366 | | - | | 7370 |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 分 |
| | 土曜 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| | 日曜・祝日 | | 時 | | 分 | ～ | | 時 | | 分 |
| 定休日 | | 土. 日. 祝. 年末年始 | | | | | | | | |
| 窓口5 | | | | | | | | | | |
| 窓口の名称 | | 介護支援課 (流山市) | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 04 | | - | | 7150 | | - | | 6531 |
| 対応している時間 | 平日 | 8 | 時 | 30 | 分 | ～ | 17 | 時 | 0 | 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 | 介護サービス事業者特別約款 |
| 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 | 保険会社と協議の上、対応を行います |
| 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 | 2023/3/10 |
| | | 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 | 2 | 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 1 | 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨 | 2 | 入居希望者に交付 |
| 財務諸表の原本 | 1 | 入居希望者に公開 |

10 その他

| | | |
|--|--|--|
| 運営懇談会 | 1 あり | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (開催頻度) 年 2 回 | |
| | 2 なしの場合 | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 代替措置ありの場合 | |
| | (内容) | |
| | | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 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 | 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 | |
| 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

*契約解除の内容について、指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書、第18条(事業所からの契約介助)において、下記内容についても「本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合」に該当するものとする。
利用者又は利用者の家族等からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき。

添付書類： 別添1（別を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。

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等

| 介護サービスの種類 | 有無 | 主な事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|------------------|-----|-----------------------|-------------------------------|----|----|
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
| 訪問介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 通所介護 | 2 無 | | | | |
| 通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | 株式会社さわやか 倶楽部さわやか柏館 | 277-0043 千葉県柏市南逆井2丁目14番41号 | ○ | |
| 福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2 無 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 2 無 | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----|--|--|--|--|
| 地域密着型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 2 無 | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 無 | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 居宅介護支援 | 2 無 | | | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問看護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 2 無 | | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 2 無 | | | | |

| | | | | | |
|-------------------|-----|--|--|--|--|
| 介護予防福祉用具貸与 | 2 無 | | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 2 無 | | | | |
| ＜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 | 2 無 | | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 2 無 | | | | |
| 介護予防支援 | 2 無 | | | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | 2 無 | | | | |
| 介護老人保健施設 | 2 無 | | | | |
| 介護療養型医療施設 | 2 無 | | | | |
| 介護医療院 | 2 無 | | | | |
| ＜介護予防・日常生活支援総合事業＞ | | | | | |
| 訪問型サービス | 2 無 | | | | |
| 通所型サービス | 2 無 | | | | |
| その他生活支援サービス | 2 無 | | | | |

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 | | | | | | 1 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) | 個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担) | 包含※2 | | | 備考 |
| | | | 都度※2 | 料金※3 | | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 『介護保険が適用されない方は1,650円/1時間』 |
| 排泄介助・おむつ交換 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 『介護保険が適用されない方は1,650円/1時間』 |
| おむつ代 | | 1 あり | | ○ | リハバン ¥2,298 | オムツ¥4,400 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 『介護保険が適用されない方は1,650円/1時間』 |
| 特浴介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 『介護保険が適用されない方は1,650円/1時間』 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 『介護保険が適用されない方は1,650円/1時間』 |
| 機能訓練 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 12単位/1日 | |
| 通院介助 | 1 あり | 1 あり | | ○ | 1650円/1時間 | 『介護保険が適用されない方は1,650円/1時間』 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 『介護保険が適用されない方は1,650円/1時間』 |
| リネン交換 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | 寝具リース代として 85円/1日 外部委託している業者支払いの金額と同等とする。 |
| 日常の洗濯 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 3,923円/月 | 外部委託している業者支払いの金額と同等とする。 |
| 居室配膳・下膳 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | 1 あり | | | | 行事食あり |
| おやつ | | 1 あり | ○ | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | 1 あり | | ○ | カット 1,990円 | |
| 買い物代行 | 2 なし | 1 あり | | ○ | 1,100円/1時間 | |
| 役所手続き代行 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | |
| 金銭・貯金管理 | | 1 あり | | ○ | 1,100円/月 | |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | | 2 なし | | | | |
| 健康相談 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | |
| 生活指導・栄養指導 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | |
| 服薬支援 | 1 あり | 1 あり | ○ | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 1 あり | 1 あり | ○ | | | |

| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
|---------------|------|------|--|---|--|---------------------------|
| 入退院時の同行 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 『介護保険が適用されない方は1,650円/1時間』 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 『介護保険が適用されない方は1,650円/1時間』 |
| 入院中の見舞い訪問 | 1 あり | 1 あり | | ○ | | 『介護保険が適用されない方は1,650円/1時間』 |

※1: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)。

※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、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。

※3: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。