

有料老人ホーム重要事項説明書

| | | | |
|------|-------|-------|-----------|
| | | 記入年月日 | 平成22年7月1日 |
| 記入者名 | 末吉 聖孝 | 所属・職名 | 事務職 |

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 営利法人 |
| | 名 称 | (ふりがな) かいごがたゆうりょうろうじんほーむ (ゆう) しるばーぱーくほうそうえん 介護型有料老人ホーム (有)シルバーパーク芳草園 | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒899-2708 鹿児島県 鹿児島市 四元町1097-1 | | |
| 事業主体の連絡先 | 電 話 番 号 | 099-278-4188 | |
| | F A X 番 号 | 099-278-5494 | |
| | 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 | 宮崎 尚 | |
| | 職 名 | 代表取締役 | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成2年6月8日 | | |

| 事業主体が鹿児島県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 | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | |
| 訪問看護 | あり | なし | |
| 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> | | | |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | 介護付有料老人ホームシルバークラーク芳草園 |
| 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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ しるばーばーくほうそうえん 介護付有料老人ホーム シルバーパーク芳草園 | |
| 施設の所在地 | 〒899-2708 鹿児島県 鹿児島市 四元町 1097-1 | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 099-278-4188 |
| | FAX番号 | 099-278-5494 |
| | ホームページアドレス | なし あり : http:// |
| 施設の開設年月日 | 平成2年6月8日 | |
| 施設の管理者の氏名 及び職名 | 氏名 | 宮崎 尚 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| JR鹿児島本線、上伊集院駅下車。車で5分。 | | |
| 施設の類型及び表示事項 | 類型 : 特定施設入所者生活介護 居住の権利形態 : 建物賃貸借方式 利用料の支払方式 : 月払い方式 入居時の要件 : 入居時要介護・要支援 介護保険 : 鹿児島県指定介護保険施設 居室区分 : 全部屋個室(トイレ付き) 職員体制 : 3:1以上 その他 : | |
| 介護保険事業所番号 | 4673100071 | |
| 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 | 平成2年6月8日 | |
| 指定の年月日 | 平成12年3月22日 | |
| 指定の更新年月日 | 平成20年4月1日 | |

3. 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその他の勤務形態 | | | | | | |
|---|-------------|--------|----------------|-----|----|--------|
| 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 | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 1 | | 3 | 2 |
| 看護職員 | 2 | 1 | | | 3 | 2.5 |
| 介護職員 | 18 | | 2 | | 20 | 19.5 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | | 2 | 1.5 |
| 計画作成担当者 | 2 | 1 | | | 3 | 2.5 |
| 栄養士 | 九州医療職(株)に委託 | | | | | |
| 調理員 | | | | | | |
| 事務員 | | 2 | | | 2 | 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 | | | | | | 32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 | | |
| 社会福祉士 | | | | | | |
| 介護福祉士 | 3 | | | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | | | |
| 訪問介護員1級 | 2 | | | | | |
| 〃 2級 | 11 | | | | | |
| 〃 3級 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | 1 | | | | | |
| 従事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 | 1 | 1 | | | | |
| 柔道整復師 | | | | | | |
| 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等 | 夜勤 | 時間帯 | 16:30～翌 8:30 | | | |
| | | 最少時の人数 | 看護職員 名・介護職員 1名 | | | |
| | | 平均時の人数 | 看護職員 名・介護職員 2名 | | | |
| | 宿直 | 時間帯 | : ~翌 : | | | |
| | | 最少時の人数 | 看護職員 名・介護職員 名 | | | |
| | | 平均時の人数 | 看護職員 名・介護職員 名 | | | |

| 特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
|---|-----|-----|--------|-----|-----|------------|
| 実人員 | 常 勤 | | 非常勤 | | 合 計 | 常勤換算 人数 |
| | 専 従 | 非専従 | 専 従 | 非専従 | | |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 1 | | 3 | 2 |
| 看護職員 | 2 | 1 | | | 3 | 2.5 |
| 介護職員 | 18 | | 2 | | 20 | 19 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | | 2 | 1.5 |
| 計画作成担当者 | 2 | 1 | | | 3 | 2.5 |
| 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 | | | | | | 32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 | | |
| 社会福祉士 | | | | | | |
| 介護福祉士 | 3 | | | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | | | |
| 訪問介護員1級 | 2 | | | | | |
| 〃 2級 | 11 | | | | | |
| 〃 3級 | | | | | | |
| 介護支援専門員 | 1 | | | | | |
| 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 | 1 | 1 | | | | |
| 柔道整復師 | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | |
| 管理者の他の職務との兼務の有無 | | | | | | |
| 管理者が有している当該業務に係る資格等 | なし | あり | 資格等の名称 | | | |
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 | | | | | | 3 : 1 |

| 従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等 | | | | | | |
|-----------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
| | 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 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 1 | | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | 3 | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | 5 | 1 | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 21 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 |
| 10年以上の者の人数 | 1 | | 4 | | 1 | |
| | 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 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | 2 | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 1 | 1 | | | | 1 |
| 10年以上の者の人数 | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | なし | あり | |

4. サービスの内容

| | | |
|---|--------------------------|-----------------|
| 施設の運営に関する方針 | | |
| <p>入園者の皆様方が趣味や娯楽を通して対話を深め、家庭生活の延長を基として、生きがいを感じる環境作りを目指し、運営していきます。</p> <p>また、ご家族の皆様方に代わり、「誠心誠意」を基本に、安心して快適に過ごしていただけるような介護を目指し、常に努力していきます。</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 | 松崎内科ひふ科、中山生協クリニック、東クリニック | |
| <p>(協力の内容)</p> <p>診療科目</p> <p>医師の訪問または、病院受診による健康管理及び相談 希望者による定期健康診断(2回/年)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・松崎内科ひふ科・・・内科・皮膚科 定期の往診、健康診断の協力など ・中山生協クリニック・・・内科、呼吸器科、循環器科 定期の往診、健康診断の協力など <p>医師の訪問または、病院受診による健康管理及び相談</p> <ul style="list-style-type: none"> ・東クリニック・・・泌尿器科、婦人科 | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | あり； その名称 しばやま歯科 |
| <p>(協力の内容)</p> <p>医師の訪問または、病院受診による治療及び相談</p> | | |
| 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 | | |
| <p>通常の介護については介護居室で行い、利用者の心身状況の変化に応じ</p> <p>協力医療機関並びに家族と連絡を取り、必要な措置を行います。</p> | | |

| | | |
|---------------------------------|----|----|
| 入居後に居室を住み替える場合 | | |
| 一時介護室へ移る場合 | 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) | | |
| 入居一時金を設定していないため、居室利用権は毎月の居室料のみ。 | | |
| 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 |
| 従前の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 | | |
| 一時介護室へ移る場合 | 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) | | |
| 入居一時金を設定していないため、居室利用権は毎月の利用料のみ | | |
| 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 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 判断基準・手続について (その内容) | | |
| 追加的費用の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 浴室の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 洗面所の変更の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 台所の有無 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| その他の変更の有無 (その内容) | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 施設の入居に関する要件 | | |
| 自立している者を対象 | <input checked="" type="radio"/> なし | <input type="radio"/> あり |
| 要支援の者を対象 | <input type="radio"/> なし | <input checked="" type="radio"/> あり |
| 要介護の者を対象 | <input type="radio"/> なし | <input checked="" type="radio"/> あり |
| 留意事項 | 介護保険適用者(介護保険非適用者は不可) | |
| 契約の解除の内容 | <p>① 入居契約書の第27、28条の規定による場合。</p> <p>② 長期入院を必要とし、退院の目処が立たない場合。</p> <p>③ 園内の風紀を乱し、改善されない場合。</p> <p>④ 利用料金を滞納し、支払いの目処が立たない場合。</p> <p>⑤ 入園者又は身元引受人からの申し出があった場合。</p> <p>(1ヶ月前までに申し出ください)</p> | |
| 体験入居の内容 | 定員に空きがある場合に限り、一日10,500円(税込)にて可能 (一泊3食)※その他個別にかかる費用は別途請求となります。 | |
| 入居定員 | 54名 | |
| その他 | 無し | |

| 入居者の状況 | | | | | | |
|------------------------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| 入居者の人数（平成 22年 7月 1日現在） | | | | | | |
| | 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 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 65歳以上75歳未満 | 1人 | 1人 | 1人 | 人 | 人 | 3人 |
| 75歳以上85歳未満 | 3人 | 2人 | 3人 | 4人 | 3人 | 15人 |
| 85歳以上 | 7人 | 3人 | 5人 | 6人 | 5人 | 26人 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合 計 |
| 65歳未満 | 人 | 人 | 人 | 人 | | 人 |
| 65歳以上75歳未満 | 人 | 人 | 人 | 人 | | 人 |
| 75歳以上85歳未満 | 人 | 人 | 人 | 人 | | 人 |
| 85歳以上 | 人 | 人 | 2人 | 人 | | 2人 |
| 入居者の平均年齢 | 86.1歳 | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 15人 | | 女性 | 31人 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む） | 85.2% | | | | | |
| 前年度の退去した者の人数 | | | | | | |
| | 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 | 人 | 人 | 人 | 1人 | 人 | 1人 |
| 社会福祉施設 | 1人 | 1人 | 1人 | 2人 | 1人 | 6人 |
| 医療機関 | 人 | 人 | 2人 | 1人 | 人 | 3人 |
| 死亡 | 人 | 人 | 人 | 1人 | 3人 | 4人 |
| その他 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合 計 |
| 自宅等 | 人 | 人 | 人 | 人 | | 人 |
| 社会福祉施設 | 人 | 人 | 人 | 人 | | 人 |
| 医療機関 | 人 | 人 | 人 | 人 | | 人 |
| 死亡 | 人 | 人 | 人 | 人 | | 人 |
| その他 | 人 | 人 | 人 | 人 | | 人 |
| 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人 | 10人 | 16人 | 8人 | 3人 | 3人 |

| 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 | | | m ² ～ m ² | | | |
| | 一般居室夫婦用個室 | あり | なし | | | m ² ～ m ² | | | |
| | 一般居室相部屋 | あり | なし | | | m ² ～ m ² | | | |
| | 介護居室個室 | あり | なし | 5 | 2 | 13.02m ² ～ m ² | | | |
| | (面積にトイレ含まず) | | | 2 | 1 | 13.54m ² ～ m ² | | | |
| | 介護居室相部屋 | あり | なし | | | m ² ～ m ² | | | |
| 一時介護室 | あり | なし | | | m ² ～ m ² | | | | |
| 共用便所の設置数 | 4ヶ所 | | うち男女別の対応が可能な数 | | 各2カ所 | | | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 4カ所 | | | | |
| 個室の便所の設置数 | 54ヶ所 | | 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 | | 54カ所 | | | | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | | 個 浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | | | |
| | | | 3 | | 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) 談話室 | | | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | | | | |
| (その内容) フルフラット床、エレベーター、避難用滑り台あり | | | | | | | | | |
| スプリンクラーの設置状況 | | | なし | | あり | | | | |
| 自動火災報知設備の設置状況 | | | なし | | あり | | | | |
| 消防機関へ通報する火災報知設備の設置状況 | | | なし | | あり | | | | |
| 放送設備の設置状況 | | | なし | | あり | | | | |
| 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 | | | m ² | | | | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | | 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 | 終 | | | |
| (所有権) | | | | 契約の自動更新 | | なし | | | |
| | | | | | | あり | | | |
| 施設の建物に関する事項 | | | | | | | | | |
| 建物の延床面積 | | | 1813.08 m ² | | | | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | | 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 | 開設時 | | | |
| (所有権) | | | | 契約の自動更新 | | なし | | | |
| | | | | | | あり | | | |
| | | | | | | 30年 | | | |

| | | |
|---|---------------------------------|---|
| 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 | 介護付有料老人ホーム シルバーパーク芳草園事務所内 | |
| 電話番号 | 099-278-4188 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:30 |
| | 土曜 | 8:30~17:30 |
| | 日曜・祝日 | 8:30~17:30 |
| 定休日等 | 担当者不在の時間帯でも、常時連絡が取れるようになっております。 | |
| 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 | 鹿児島県保健福祉部介護福祉課 | |
| 電話番号 | 099-286-2674 | |
| 対応している時間 | 平日 | 県庁開庁時間 |
| | 土曜 | 無し |
| | 日曜・祝日 | 無し |
| 定休日等 | | |
| 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 | | |
| なし | あり | (その内容) 保険契約者 : 財団法人介護労働安定センター (東京海上日動火災保険株式会社) 対人賠償 : 1事故1名 1億円限度 対物賠償 : 1事故 1,000万円限度 純粋経済損害賠償 : 1事故 100万円限度 人格権侵害 : 1事故 300万円限度 初期対応費用 : 1事故 500万円限度 見舞金・見舞品 : 1事故 10万円限度 |
| 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 | あり | (その内容) |
| サービスの提供内容に関する特色等 | | |

| | | | |
|---|----|-------------|------------|
| (その内容) 毎月実施する昼食会やおやつバイキング、月3回行う音楽レクレーション、運動会や夏祭りなど、入所者と一緒に楽しく過ごしていただきます。 | | | |
| 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 | | | |
| なし | あり | 実施した年月日 | 平成18年4月 |
| | | 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 | | | |
| 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

| | | | | | |
|---|--------------|------|--------|--------|--|
| 年齢により一時金の料金が異なる場合 | | なし | | あり | |
| 一時金に関する費用 | | | | | |
| ①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの） | | なし | | あり | |
| 名 称 | | | | | |
| | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | | |
| 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 | 戸 | |
| | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | | |
| 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 | 戸 | |
| | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | | |
| 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 | 戸 | |
| 一時金の算定根拠 | | | | | |
| | | | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | | なし | あり | |
| | 上記以外 | | (その内容) | | |
| 初期償却率 (%) | | | | | |
| 償却年月数 | | | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | | | |
| 保全措置の実施状況 | | なし | あり | （その内容） | |
| ②人員配置が手厚い場合の介護サービス利用料 | | なし | | あり | |
| （「あり」の場合、その内容及び利用料） | | | | | |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | | | | | |
| | | なし | | あり | |
| 名 称 | | | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | | なし | あり | |
| | サービス提供を開始した月 | | なし | あり | |
| | 上記以外 | | (その内容) | | |
| 初期償却率 (%) | | | | | |
| 償却年月数 | | | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | | | |
| 保全措置の実施状況 | | なし | あり | （その内容） | |

| | | | |
|-------------------------|--------------|----------------|----|
| ③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 | | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| 名 称 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | あり |
| | サービス提供を開始した月 | なし | あり |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | | |
| 償却年月数 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の実施状況 | | | |
| なし | あり | (「あり」の場合、その内容) | |
| ④その他に要する一時金 | | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| 名 称 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の実施状況 | | | |
| なし | あり | (「あり」の場合、その内容) | |
| 一時金に対する留意事項等 | | | |
| なし | あり | (「あり」の場合、その内容) | |

介護保険給付以外のサービスに関する費用

月額の場合の利用料の額 (1か月30日の場合)

| | | | |
|---------------------------------|----|----|--|
| 管理費 | なし | あり | 470円(1日)×30日=14,100円(税込14,805円) |
| (「あり」の場合、その用途) | | | |
| 共用施設等の維持管理費 | | | |
| 食費 | なし | あり | <ul style="list-style-type: none"> ・材料費(欠食の場合3日前までに書面で届け出) 1,150円(1日)×30日=34,500(税込36,225円) (内訳単価 朝:230円・昼:460円・夕:460円税抜) ・厨房管理費(1日定額) 350円(1日)×30日=10,500円(税込11,025円) |
| 合計 47,250円(税込) | | | |
| (「あり」の場合、その内容) | | | |
| 毎日のおやつ代を含む(材料費は、経管栄養者、外泊入院時等不要) | | | |
| 光熱水費 | なし | あり | 円 |

利用者の個別的な選択による介護サービス利用料

| | | |
|---|----|----|
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な算出根拠 | | |
| | なし | あり |
| 個別的な選択による介護サービス | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | |

| | | | |
|-------|----|----|---|
| 家賃相当額 | なし | あり | 1,500円(1日)×30日=4,5000円(48室) 1,000円(1日)×30日=30,000円(6室) ※採光・騒音等の理由による為 |
|-------|----|----|---|

| | | |
|---|----|----|
| その他に必要な月額利用料 | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・行事費 50円(1日)×30日=1,500円(税込1,575円) ・正月用食事として12/31~1/3の期間加算 1,050円/1日(税込) ・冷暖房費 168円/1日(税込) ・介護保険給付額のうち介護度に応じた一割の自己負担金 | | |

| | | |
|---|----|----|
| その他、一時金及び月額利用料以外に必要な利用料 | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) ・医療費、健康診断(年2回希望者)実施 ・予防接種(インフルエンザ、肺炎球菌希望者)実費 ・医療備品(車椅子、歩行器、杖、紙おむつ及び廃棄費用) ・電気器具使用料、TV105円/1日(税込)・冷蔵庫105円/1日(税込) 他要相談 ・個人使用の物品購入のための立替金及び生活消耗品、嗜好品、理美容代等 ・移送、搬送費用 1,050円/1時間(税込)、NHK受信料(個人でTV利用者のみ) | | |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 平成 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。