

重要事項説明書

| | | | |
|-------|-----------------|-----|--------|
| 施設名 | 住宅型有料老人ホーム グランツ | | |
| 定員・室数 | 定員 | 50人 | 室数 50室 |

■有料老人ホームの類型・表示事項

| | | |
|-----------|---|---|
| 施設の類型 | <input type="checkbox"/> 健康型 | ※食事等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合には、契約を解除し退去しなければなりません。 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 住宅型 | ※生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、在宅サービスを利用しながら生活を継続できます。 |
| | <input type="checkbox"/> 介護付 | ※介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら生活を継続できます。 |
| 居住の権利形態 | 利用権方式 | ※居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっている契約形態です。 |
| 利用料の支払方法 | 月払い方式 | 前払金を受領せず、家賃又はサービス費用を月払いする方式 |
| 入居時の要件 | 入居時要介護 | ※入居時において要介護認定を受けている方が対象です。 |
| 介護保険の利用 | 在宅サービス利用可 | ※介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用するホームです。 |
| 居室区分 | 全室個室 | 個室 50室 夫婦部屋 室 |
| | | 相部屋 室 人部屋～ 人部屋 |
| 提携ホームへの移行 | なし | 提携ホーム（ ） |

《介護付有料老人ホームの追加表示事項》

| | | |
|--------------------------|---|--|
| 施設の類型 | <input type="checkbox"/> 一般型 | ※介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。 |
| | <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 | ※有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の事業所が提供します。 |
| 一般型における介護にかかわる職員体制 | | |
| 外部サービス利用型における介護にかかわる職員体制 | ホームの職員（ ）人 (委託先) 訪問介護（ ） 訪問看護（ ） 通所介護（ ） | |
| 介護保険事業所番号 | | |
| 事業開始(予定)年月日 | 年 月 日 | |
| 指 定 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 指定の更新年月日 | 年 月 日 | |

1. 事業主体概要

| | | | | |
|------------|--|--------------|----|-------|
| 法人等の種類・名称 | 法人等の種別 | 社会福祉法人 | | |
| | フリガナ | ド`ウジ`ユンカイ | | |
| | 名称 | 同潤会 | | |
| 設立年月日 | 平成 15 年 2 月 24 日 | | | |
| 代表者職氏名 | 役職名 | 理事長 | 氏名 | 後藤 益男 |
| 主な事業等 | <input checked="" type="checkbox"/> 医療、福祉 <input type="checkbox"/> 農業、林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業、採石業、砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 運輸業、郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業、小売業 <input type="checkbox"/> 金融業、保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業、物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 宿泊業、飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 教育、学習支援業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業、娯楽業 <input type="checkbox"/> 学術研究、専門・技術サービス業 <input type="checkbox"/> 複合サービス業 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 880-0121 | | |
| | 宮崎市大字島之内2345番地3 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0985-36-3820 | | |
| | FAX 番号 | 0985-36-3822 | | |
| ホームページ | http://www.doiunkai.com | | | |

2. 施設概要

| | | |
|---------------------------|---|---|
| 施設 の 名 称 | フリガナ 名称 | ジュウタカガクニョウロウジンホーム グラント 住宅型有料老人ホーム グラント |
| 施設 の 定 員 | 50 名 | |
| 建 物 の 竣 工 日 | 平成 15 年 8 月 14 日 | |
| 施設 の 開 設 年 月 日 | 平成 23 年 12 月 1 日 | |
| 施設 の 所 在 地 | 〒 | 880-0121 |
| | 宮崎市大字島之内2345番地3、2345番地6 | |
| 最寄りの駅・バス停からのアクセス等 | 最寄り駅 | 日向住吉 |
| | 最寄りバス停 | 住吉駅前 |
| 施設 の 連 絡 先 | 電話番号 | 0985-36-3823 |
| | FAX番号 | 0985-36-3822 |
| 施設 の 管 理 者 氏 名 及 び 職 名 | 氏名 | 平賀 崇詩 |
| | 職名 | 管理者 |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.dojunkai.com | |

<施設・設備等の状況>

| | | | | |
|-----------------|--|--|--|---|
| 敷 地 ① 38 床 | 権 利 形 態 | 所有 | 抵 当 権 | なし |
| | 面 積 | 3524.9 m ² | | |
| 建 物 ① 38 床 | 権 利 形 態 | 所有 | 抵 当 権 | なし |
| | 延 床 面 積 | 建物全体面積 | | 6033.63 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分面積 | | m ² |
| | 階 層 | 地上5階建て | | |
| | 耐 火 構 造 | 耐火構造 | 建物用途区分 | 有料老人ホーム |
| | 構 造 | 鉄筋コンクリート | | |
| 併 設 施 設 等 | ケアハウス島之内 | | | |
| 建 物 ② 12 床 | 権 利 形 態 | 賃貸借 | 抵 当 権 | なし |
| | 延 床 面 積 | 建物全体面積 | | m ² |
| | | うち、老人ホーム部分面積 | | 318.16 m ² |
| | 階 層 | 地上5階建て | | |
| | 耐 火 構 造 | 耐火構造 | 建物用途区分 | 有料老人ホーム |
| | 構 造 | 鉄筋コンクリート | | |
| 併 設 施 設 等 | ケアハウス島之内 | | | |
| 賃 貸 借 契 約 の 概 要 | 土地 | 期間 | 年 月 ~ 年 月 | |
| | | 更新 | | |
| | 建物 | 期間 | 平成 29 年 10 月 ~ 令和 9 年 9 月 | |
| | | 更新 | | |
| 居 室 | 一般居室 | 個室(50)室 | (15.12 m ² ~ 30.2 m ²) | |
| | | 夫婦室()室 | (m ² ~ m ²) | |
| | | 相部屋()室 | (人部屋 室) | |
| | 介護居室 ※介護付のみ | 個室()室 | (m ² ~ m ²) | |
| | | 夫婦室()室 | (m ² ~ m ²) | |
| | | 相部屋()室 | (人部屋 室) | |
| | 一時介護室 | 個室(1)室 | (15.12 m ² ~ 15.12 m ²) | |
| | | 夫婦室()室 | (m ² ~ m ²) | |
| | | 相部屋()室 | (人部屋 室) | |
| 居 室 の 設 備 | <input type="checkbox"/> 浴室 | <input checked="" type="checkbox"/> 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 洗面設備 | <input type="checkbox"/> 調理設備 |
| | <input type="checkbox"/> テレビ回線 | <input type="checkbox"/> 外線電話回線 | <input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置 | <input checked="" type="checkbox"/> ベッド |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 収納設備 | <input checked="" type="checkbox"/> エアコン | <input checked="" type="checkbox"/> その他 | |

| | | | | | |
|--------|---|------------------|---|-----------|-------|
| 施設の設備 | 便所 | 6 箇所 | | 緊急通報装置 あり | |
| | 浴室 | 個浴 | (2) | 大浴槽 | (1) |
| | | 特殊浴槽 | (1) | リフト浴 | () |
| | | その他 | () | | |
| | | 緊急通報装置の設置 | | | |
| | | 併設施設等との共用 | | () | |
| | 食堂 | あり | | | |
| | | 併設施設等との共用 | あり | () | |
| | | 入居者や家族が利用できる調理設備 | | なし | |
| | その他 | | | | |
| エレベーター | あり | (1) | 基 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子対応 | | <input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー対応 | | |
| 消防設備 | ・消火器 | あり | ・火災通報装置 | あり | |
| | ・自動火災報知設備 | あり | ・防災計画 | あり | |
| | ・スプリンクラー設備 | あり | ・防火管理者 | あり | |

3. 従業員に関する事項 ※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)

①人数及びその勤務形態

| 職名 | 人数 | | 常勤換算人数 | 兼務の状況 | |
|-------------------------|---------|---------|--------|--------|----------|
| | 専従 | 非専従 | | ホーム内兼務 | ホーム外兼務 |
| 管理者（施設長） | () | 1 () | 0.3 | 生活相談員 | |
| 生活相談員 | () | 1 () | 0.4 | 管理者 | |
| 看護職員 | () | () | | | |
| 介護職員 | 1 (1) | 1 () | 0.6 | | 訪問介護エリア |
| 機能訓練指導員 | () | () | | | |
| 計画作成担当者 | () | () | | | |
| 栄養士 | () | 1 (1) | 0.6 | | ケアハウス島之内 |
| 調理員 | () | 5 (2) | 3.8 | | ケアハウス島之内 |
| 事務員 | () | () | | | |
| その他従業員 | () | 1 (1) | 0.3 | | ケアハウス島之内 |
| 1 週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 | | | | | 40 時間 |

※人数のうち () 内は非常勤職員の人数を指します。
 ※常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従事者の人数に換算した人数を言います。

②看護師及び介護職員の勤務状況

| 職名 | 日勤帯平均人数 | 日勤帯最小 | 夜勤帯平均人数 | 夜勤帯最小 |
|------|----------------------|---------|----------------------|---------|
| | (8 : 30 ~ 17 : 30) | 時の人数 | (21 : 00 ~ 9 : 00) | 時の人数 |
| 看護職員 | () 人 | () 人 | () 人 | () 人 |
| 介護職員 | (1) 人 | (1) 人 | (1) 人 | (1) 人 |

※有料老人ホームの従事職員に限ります。
 ※最小時の人数は休憩者等を除きます。
 ※介護付有料老人ホームの場合、上記に併せて下記の記入が必要です。

②-2 特定施設入居者生活介護の看護職員及び介護職員 1 人当たり（常勤換算）の利用者数

人

③-1 管理者（施設長）の資格

介護福祉士

③-2 介護職員の資格

| 資格 | 延べ人数 | 人数 | |
|-----------|------|-------|-----|
| | | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | () | () | () |
| 介護福祉士 | () | () | () |
| 実務者研修 | () | () | () |
| 介護職員初任者研修 | () | () | () |
| 介護支援専門員 | () | () | () |
| ヘルパー1級 | () | () | () |
| ヘルパー2級 | () | () | () |
| 資格なし | 1 | (1) | () |

③-3 機能訓練指導員の資格

| 資格 | 延べ人数 | 人数 | |
|-------------|------|-----|-----|
| | | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | () | () | () |
| 作業療法士 | () | () | () |
| 言語聴覚士 | () | () | () |
| 看護師又は准看護師 | () | () | () |
| 柔道整復士 | () | () | () |
| あん摩マッサージ指圧師 | () | () | () |
| はり師 | () | () | () |
| きゆう師 | () | () | () |

※人数のうち（ ）内は非常勤職員の人数を指します。

④ 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）

| 勤続年数 | 職種 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 | 計画作成担当者 |
|-------------|----|---------|---------|---------|---------|---------|
| 前年度1年間の採用者数 | | () | () | () | () | () |
| 前年度1年間の退職者数 | | () | () | () | () | () |
| 1年未満 | | () | () | () | () | () |
| 1年以上3年未満 | | () | () | 1 (1) | () | () |
| 3年以上5年未満 | | () | () | () | () | () |
| 5年以上10年未満 | | 1 () | () | () | () | () |
| 10年以上 | | () | () | () | () | () |
| 合計 | | 1 (0) | 0 (0) | 1 (1) | 0 (0) | 0 (0) |

※人数のうち（ ）内は非常勤職員の人数を指します。

⑤ 従業者の健康診断の実施状況

| | | | | |
|------|----|---|---|---|
| 実施状況 | あり | 年 | 1 | 回 |
|------|----|---|---|---|

4. サービスの内容

| | |
|----------------|--|
| 運営に関する方針 | 住宅型有料老人ホームグランツは、入居者及び来訪者が快適で心身ともに充実、安定した生活を営むことに資するとともに、施設の良い生活環境を確保します。 |
| サービス提供内容に関する特色 | 介護保険サービスを利用できます。夜間も安全のために巡視を行っています。 有料で病院付き添いや洗濯代行も行います。 |

①ホームが提供するサービス

| | | |
|--------------|--|--------|
| 食事の提供 | あり | (直営) |
| 食事介助 | あり | |
| 入浴介助 | あり | |
| 排せつ介助 | あり | |
| 居室の清掃・洗濯等の家事 | あり | |
| 生活相談サービス | あり | |
| 健康管理 | あり | |
| 服薬支援 | あり | |
| 金銭管理 | あり | |
| 定期的な安否確認の方法 | 日中、介護保険サービスを利用できない方には午前と午後に訪室し水分補給を行っています。また、夜間は2～3時間おきに巡視を行っています。 | |

①-2 介護保険加算サービス等 (※介護付のみ記載)

| | | |
|--------------------|--|--|
| 入居継続支援加算 | | |
| 生活機能向上連携加算 | | |
| 個別機能訓練加算 | | |
| 夜間看護体制加算 | | |
| 若年性認知症入居者受入加算 | | |
| 医療機関連携加算 | | |
| 口腔衛生管理体制加算 | | |
| 栄養スクリーニング加算 | | |
| 退院・退所時連携加算 | | |
| 看取り介護加算 | | |
| 認知症専門ケア加算 (Ⅰ) | | |
| 認知症専門ケア加算 (Ⅱ) | | |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) イ | | |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) ロ | | |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) | | |
| サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) | | |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) | | |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ) | | |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ) | | |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅳ) | | |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅴ) | | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | | |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定 | | |

⑤入居に当たっての留意事項

| | | |
|---------------|--|------------------------------|
| 入居の条件 | 年齢 | 65歳以上 |
| | 要介護度 | 要介護1以上 |
| | 医療的ケア | 不可 |
| | 認知症 | 可 |
| | その他 | |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 原則として、県内に身元保証人がおられる方 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 入所判定に必要な期間 |
| | 利用料金 | 1泊5,000円、食費1,380円（3食）、リネン代 他 |
| | その他 | |
| 入居者からの契約解除 | <p>○入居者は、事業者に対して別途定める解約届を、退居日の30日前までに提出することにより、本契約を解除することができます。</p> <p>○入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって本契約は解約されたものとみなします。</p> | |
| 施設からの契約解除 | <p>○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時</p> <p>○入居者が暴力団・暴走族・反社会的組織等の構成員または関係者である場合</p> <p>○暴力団・暴走族・反社会的組織等の構成員または関係者を施設内に出入りさせた時</p> <p>○月額の利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞する時</p> <p>○事業者の承諾なく表題部記載の入居予定日までに入居しない時</p> <p>○騒音・暴力行為・危険行為等共同生活の秩序を乱す行為をしたと認められた時、又はそれらの行為をする者を施設内に出入りさせた時</p> <p>○継続的な医療行為を常時必要とする時等、通常の介護での対応が困難となった場合</p> <p>○利用者が病院に入院するなどの理由で、不在期間が30日を超えた時</p> <p>○入居契約書第19条（禁止又は制限される行為）の規定に違反した時</p> <p>○入居者の行動が他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、または、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができない時</p> <p>○利用者家族が事業者やサービス従業者に対して、この契約を継続しがたい背信行為を行った場合</p> | |
| その他の留意事項 | | |

⑥居室の住み替えに関する事項

| | | | | |
|--------------|---|------|---------|----|
| 居室の住み替え | あり | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 一時介護室へ移動 <input type="checkbox"/> 介護居室の移動 <input type="checkbox"/> 提携ホームへ移動 <input type="checkbox"/> その他居室へ移動 | | | |
| 判断基準・手続き | 重度化により介護上、低層階の居室の方が安全であることと判断される場合は、ご家族の同意を得た上で居室の移動を行う場合があります。 | | | |
| 利用料金の変更 | 税制の改革等、社会情勢の変化に伴い、利用料金を変更する場合は、事前にご家族に連絡したうえで料金の変更を行います。 | | | |
| 前払金の調整 | | | | |
| 居室利用権の取扱 | | | | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減： | なし | 便所の変更： | なし |
| | 浴室の変更： | | 洗面所の変更： | なし |
| | 台所の変更： | | | |
| | その他変更： | (内容) | | |

5. 入居者の状況

①介護度別・年齢別入居者数 平均年齢 90.7 歳 入居者数合計 50 人

| 年齢 \ 介護度 | 自立 | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|---------------|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 65 歳未満 | | | | | | | | |
| 65 歳以上 75 歳未満 | | | | | | | | |
| 75 歳以上 85 歳未満 | | | | 1 | 3 | 2 | | 1 |
| 85 歳以上 | | | | 8 | 9 | 10 | 11 | 5 |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 9 | 12 | 12 | 11 | 6 |

| | | | | |
|-----------------------|--------------------|-----|----|------|
| 男女別入居者数 | 男性 | 3 人 | 女性 | 47 人 |
| 入居率（一時的に不在となっている者も含む） | 100 % （定員に対する入居者数） | | | |

②入居継続期間別入居者数

| 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 | 合計 |
|------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|----|
| 入居者数 | 4 | 5 | 27 | 14 | | | 50 |

③直近の1年間の退去者数と理由

| 理由 \ 介護度 | 自立 | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-------------------------|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 自宅・家族同居 | | | | | 1 | | | |
| 介護老人福祉施設（特養等）へ転居 | | | | | | | | |
| 介護老人保健施設へ転居 | | | | | | | | |
| 介護療養型医療施設へ転居 | | | | | | | | |
| 他の有料老人ホームへの転居 | | | | | | | | |
| その他の福祉施設・ 高齢者住宅等への転居 | | | | 1 | | | | |
| 医療機関（入院） | | | | | | | | |
| 死亡 | | | | | | | 4 | 2 |
| その他 | | | | | | | | |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | 2 |

| | | | |
|---------|-----------|-----|---------------|
| 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： | 2 人 | 解約事由の例： 転居、入院 |

6. 利用料金

① 敷金等

| | | |
|---------------------------------|----------|----------|
| 敷金・保証金 | あり | 100,000円 |
| 算定根拠 | 家賃の 1ヶ月分 | |
| ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還します。 | | |

② 家賃及びサービスの対価

| プラン名 | 前払金 | 月額利用料 | (内訳) | | | | | |
|-----------|----------------|---|--------|-------|------|--------|-------|-------|
| | | | 家賃相当額 | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | その他 |
| Aタイプ | 0 | 77,300 | 15,000 | 5,000 | 0 | 45,000 | 3,300 | 9,000 |
| Bタイプ | 0 | 112,300 | 50,000 | 5,000 | 0 | 45,000 | 3,300 | 9,000 |
| | | 0 | | | | | | |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 月額単価 円 × 想定居住期間 月により算出 (月額単価の説明) (想定居住期間の説明) | | | | | | |
| | 家賃相当額 | Aタイプ 15,000円 (月額) Bタイプ 50,000円 (月額) | | | | | | |
| | 管理費 | 5,000円 (月額) 事務管理部門の人的費及び事務費、共用施設設備の維持管理費 | | | | | | |
| | 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 | 朝食 円 昼食 円 夕食 円 間食 円 一日当たり 1,500円 × 30日で積算 (食事をキャンセルする場合の取扱) 3日前までに欠食の届け出、当日3食給食の提供を受けなかった場合に限り、1日分を減額する。 | | | | | | |
| | 光熱水費 | 居室電気代 3,300円 (月額) | | | | | | |
| | 個別選択によるサービス利用料 | 別添2のとおり | | | | | | |
| | その他 | リネン交換代90円 (日額) × 月日数、洗濯代行代3,300円 (月額) 電動ベッドリース代100円 (日額) × 月日数 | | | | | | |

③ 前払金の取扱

※前払い金を受領していない場合は省略可能

| | |
|-----------------------|------------------|
| 支払日・支払方法 | |
| 償却開始日 | |
| 初期償却額 | |
| 初期償却率 | |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | |
| 短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式 | 期間: 3ヶ月 起算日: 入居日 |
| 返還期限 | 契約終了日から 日以内 |
| 保全措置 | 保全先 |
| その他の留意事項 | |

④特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠（介護付きのみ記入）

| 項目 | 算定根拠 |
|---------------------|------|
| 特定施設入居者生活介護に対する自己負担 | |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス | |

⑤利用料の取扱

| 年齢に応じた金額設定 | なし | 要介護状態に応じた金額設定 | 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 | 家賃相当額 | 居室確保費用として必要なため全額請求 | |
| | 管理費 | 施設の維持・管理費用として必要なため全額請求 | |
| | 介護費用 | | |
| | 食費 | 欠食数をもとに減額 | |
| | 光熱水費 | 月途中の申込・解約に関係なく定額請求 | |

⑥料金改定の手続き

入居契約書に基づき、施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案の上、運営懇談会の意見を聴いて改定します。

7. その他

| | |
|--|----|
| 老人福祉法第29条第1項に規定する届出 | 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 | なし |
| 宮崎市有料老人ホーム設置運営指導指針不適合事項 | なし |
| 〈不適合事項〉 | |

添付書類：別添1「事業主体が県内で実施する介護サービス」

別添2「個別選択による介護サービス等の一覧」

重要事項説明書及び一覧表の各項目について説明を受け、理解しました。

____年 ____月 ____日 署名 _____

身元引受人 続柄 署名 _____

説明者 署名 _____

【別添1】事業主体が県内で実施する介護サービス

| 介護サービスの種類 | 箇所数 | 主な事業所の名称 | 所在地 |
|--------------------------------|-----|----------------|-------------------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | 1 | 訪問介護ステーションエリア | 宮崎市大字島之内2345番地3 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | 2 | デイサービス島之内 | 宮崎市大字島之内2345番地3 |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | 1 | 六角堂短期入所生活介護事業所 | 宮崎市大字島之内7391番地 |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 | ケアハウス島之内 | 宮崎市大字島之内2345番地3 |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護 | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| <居宅介護支援> | | | |
| | 1 | 島之内居宅介護支援事業所 | 宮崎市大字島之内2345番地3 |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 1 | 六角堂短期入所生活介護事業所 | 宮崎市大字島之内7391番地 |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | 1 | ケアハウス島之内 | 宮崎市大字島之内2345番地3 |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 介護予防特定福祉用具販売 | なし | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | |
| 訪問型サービス | 1 | 訪問介護ステーションエリア | 宮崎市大字島之内2345番地3 |
| 通所型サービス | 2 | デイサービス島之内 | 宮崎市大字島之内2345番地3 |
| <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 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| <介護予防支援> | | | |
| | なし | | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | 1 | 特別養護老人ホーム六角堂 | 宮崎市大字島之内7391番地 |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | なし | | |
| 介護医療院 | なし | | |
| <その他の施設> | | | |
| 生活支援ハウス | なし | | |
| 軽費老人ホーム（ケアハウス） | 1 | ケアハウス島之内 | 宮崎市大字島之内2345番地3 |
| 養護老人ホーム | なし | | |
| その他の有料老人ホーム | 1 | 住宅型有料老人ホームグランツ | 宮崎市大字島之内2345番地3、2345番地6 |

【別添2】個別選択による介護サービス等の一覧

| 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 | | | | | なし |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------|------------|----------|---------------------------|
| | 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 | 個別利用料で実施するサービス | | | 別途料金・備考※3 |
| | | 有無 | 月額利用料に含む※2 | 別途費用徴収※2 | |
| ①介護サービス | | | | | |
| 食事介助 | | なし | 含まない | なし | |
| 排泄介助・おむつ交換 | | なし | 含まない | なし | |
| おむつ代 | | あり | 含まない | あり | 実費、別紙おむつ料金表 |
| 一般浴介助・清拭 | | なし | 含まない | なし | |
| 特浴介助 | | なし | 含まない | なし | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | | なし | 含まない | なし | |
| 機能訓練 | | なし | 含まない | なし | |
| 通院介助 | | あり | 含まない | あり | 最初の1時間1,500円以降30分毎に750円加算 |
| ②生活サービス | | | | | |
| 居室清掃 | | なし | 含まない | なし | |
| リネン交換 | | あり | 含まない | あり | 90円/月日数 |
| 日常の洗濯 | | あり | 含まない | あり | 3,300円/月 |
| 居室配膳・下膳 | | なし | 含まない | なし | |
| 嗜好に応じた特別な食事 | | なし | 含まない | なし | |
| おやつ | | なし | 含まない | なし | |
| 理美容師による理美容サービス | | なし | 含まない | なし | |
| 買物代行 | | なし | 含まない | なし | |
| 役所手続き代行 | | なし | 含まない | なし | |
| 金銭・貯金管理 | | あり | 含まない | あり | 500円/月 |
| ③健康管理サービス | | | | | |
| 定期健康診断 | | なし | 含まない | なし | |
| 健康相談 | | なし | 含まない | なし | |
| 生活指導・栄養指導 | | なし | 含まない | なし | |
| 服薬支援 | | あり | 含まない | あり | 500円/月 |
| 生活リズム記録（排便・睡眠等） | | なし | 含まない | なし | |
| ④入退院時・入院中のサービス | | | | | |
| 移送サービス | | なし | 含まない | なし | |
| 入退院時の同行 | | あり | 含まない | あり | 最初の1時間1,500円以降30分毎に750円加算 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | なし | 含まない | なし | |
| 入院中の見舞い訪問 | | なし | 含まない | なし | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わります。

※2：個別利用料で実施するサービスが「あり」の場合、各種サービスの費用が、「月額利用料に含む場合」と、「別途費用徴収の場合」に応じて記入します。

※3：別途費用徴収の場合、1回あたりの金額などを記入します。