



**医療法人社団 いちご会**

# **コロナ小方**

## **重要事項説明書**

『コリーナ小方』重要事項説明書

|           |          |
|-----------|----------|
| 記入年月日     | 令和6年7月1日 |
| 記入者名      | 糸谷 彩     |
| 所属・職名     | 管理者      |
| 取込種別      |          |
| 被災確認事業所番号 |          |

1. 事業主体概要

|            |   |                                   |
|------------|---|-----------------------------------|
| 種 類        | 個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人 |                                   |
|            | ※法人の場合、その種類                                 | 医療法人社団                            |
| 名 称        | (ふりがな) いりょうほうじんしゃだん いちごかい<br>医療法人社団 いちご会    |                                   |
| 法人番号       | 法人番号有無                                      | 有                                 |
|            | 法人番号  | 2240005007072                     |
| 主たる事務所の所在地 | 〒739-0612 広島県大竹市油見1丁目9番12号                  |                                   |
| 連絡先        | 電 話 番 号                                     | 0827-53-1107                      |
|            | FAX番号                                       | 0827-53-1127                      |
|            | メールアドレス                                     | itotani-seikeigeka@blue.ocn.ne.jp |
|            | ホームページ有無                                    | 有                                 |
|            | ホームページアドレス                                  | http://itotani-seikeigeka.com     |
| 代表者        | 氏 名   | 糸谷 富男                             |
|            | 職 名   | 理事長                               |
| 設立年月日      | 平成 元年 6月 19日                                |                                   |
| 主な実施事業     | ※ 別添1 (設置者が広島県内で実施する他の介護サービス)               |                                   |

## 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) こりーなおがた<br>コリーナ小方     |   |      |            |
| 所在地           | 〒739-0628<br>広島県大竹市小方ケ丘6番27号 |   |      |            |
| 所在地<br>(建物名等) |                              |   |      |            |
| 市区町村コード       | 都道府県                         | 広島県   | 市区町村 | 342113 大竹市 |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                          | JR山陽本線 玖波駅・大竹駅  |      |            |
|               | 交通手段と所要時間                    | ①自動車利用の場合<br>・大竹インターから5分<br>②大竹駅・玖波駅からバスで15分<br>降車後、徒歩30分 |      |            |
| 連絡先           | 電話番号                         | 0827-59-1555  |      |            |
|               | FAX番号                        | 0827-59-1556  |      |            |
|               | メールアドレス                      | collina-ogata@aioros.ocn.ne.jp                            |      |            |
|               | ホームページ有無                     | 有   |      |            |
|               | ホームページアドレス                   | https://collinaogata.com/                                 |      |            |
| 管理者           | 氏名                           | 糸谷 彩  |      |            |
|               | 職名                           | 管理者   |      |            |
| 建物の竣工日        |                              | 平成 29年  | 6月   | 30日        |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                              | 平成 30年  | 4月   | 1日         |

### (類型)【表示事項】

|                     |                                    |              |
|---------------------|------------------------------------|--------------|
| 1又は2に<br>該当する場<br>合 | 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）       |              |
|                     | 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） |              |
|                     | 3 住宅型                              |              |
|                     | 4 健康型                              |              |
|                     | 介護保険事業者番号                          | 3472300452   |
|                     | 指定した自治体名                           | 広島県（大竹市）     |
|                     | 事業所の指定日                            | 平成 30年 4月 1日 |
|                     | 指定の更新日（直近）                         | 令和 6年 4月 1日  |

### 3. 建物概要

|           |   |   |   |                      |       |     |
|-----------|---|---|---|----------------------|-------|-----|
| 土 地       | 敷地面積                                    | 8540.13 m <sup>2</sup>                    |   |                      |       |     |
|           | 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                              |   |                      |       |     |
|           |   | 抵当権の有無                                    | 1 あり 2 なし                               |                      |       |     |
| 契約期間      |   | 1 あり<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日)<br>2 なし          |   |                      |       |     |
|           | 契約の自動更新                                 | 1 あり 2 なし                                 |   |                      |       |     |
| 建 物       | 延床面積                                    | 全 体                                       | 2439.55m <sup>2</sup>                   |                      |       |     |
|           |   | うち、老人ホーム部分                                | 2439.55m <sup>2</sup>                   |                      |       |     |
|           | 耐火構造                                    | 1 耐火建築物<br>② 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |   |                      |       |     |
|           | 構造                                      | 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>③ 木造<br>4 その他 ( ) |   |                      |       |     |
|           | 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                              |   |                      |       |     |
|           |   | 抵当権の設定                                    | 1 あり 2 なし                               |                      |       |     |
| 契約期間      |   | 1 あり<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日)<br>2 なし          |   |                      |       |     |
|           | 契約の自動更新                                 | 1 あり 2 なし                                 |   |                      |       |     |
| 居室の状<br>況 | 居室区分<br>【表示事項】                          | 1 全室個室                                    |   |                      |       |     |
|           |   | ② 相部屋あり                                   |   |                      |       |     |
|           |   | 最少  | 1 人部屋                                   |                      |       |     |
|           |   | 最大  | 2 人部屋                                   |                      |       |     |
|           |   | トイレ                                       | 浴室                                      | 面積                   | 戸数・室数 | 区 分 |
|           | Sタイプ                                    | <input checked="" type="checkbox"/> / 無   | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> | 18.60 m <sup>2</sup> | 5室    | 個 室 |
|           | Aタイプ                                    | <input checked="" type="checkbox"/> / 無   | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> | 19.84 m <sup>2</sup> | 1室    | 個 室 |
|           | Aタイプ                                    | <input checked="" type="checkbox"/> / 無   | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> | 18.60 m <sup>2</sup> | 15室   | 個 室 |
|           | Bタイプ                                    | <input checked="" type="checkbox"/> / 無   | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> | 18.60 m <sup>2</sup> | 30室   | 個 室 |
| Bタイプ      | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/>   | 18.03 m <sup>2</sup>                    | 1室                   | 個 室   |     |
| Cタイプ      | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/>   | 27.90 m <sup>2</sup>                    | 4室                   | 2人部屋  |     |

|             |                      |               |                                   |     |    |
|-------------|----------------------|---------------|-----------------------------------|-----|----|
| 共用施設        | 共用便所における<br>便房       | 4ヶ所           | うち男女別の対応が可能な便房<br>うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4ヶ所 |    |
|             | 共用浴室                 | 6ヶ所           | うち個浴                              | 2ヶ所 |    |
|             | 共用浴室における<br>介護浴槽     | 2ヶ所           | チェアー浴                             | 1ヶ所 |    |
|             |                      |               | 介助浴                               | 3ヶ所 |    |
|             | 食堂                   | 1             | あり                                | 2   | なし |
|             | 入居者や家族が利<br>用できる調理設備 | 1             | あり                                | 2   | なし |
|             | エレベーター               | 1             | あり（車椅子対応）                         |     |    |
| 2           |                      | あり（ストレッチャー対応） |                                   |     |    |
| 消防用<br>設備等  | 消火器                  | 1             | あり                                | 2   | なし |
|             | 自動火災報知設備             | 1             | あり                                | 2   | なし |
|             | 火災通報設備               | 1             | あり                                | 2   | なし |
|             | スプリンクラー              | 1             | あり                                | 2   | なし |
|             | 防火管理者                | 1             | あり                                | 2   | なし |
|             | 防災計画                 | 1             | あり                                | 2   | なし |
| 緊急通報<br>装置等 | 居室                   | 1             | あり                                | 2   | なし |
|             | 便所                   | 1             | あり                                | 2   | なし |
|             | 浴室                   | 1             | あり                                | 2   | なし |
|             | 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        | <p>コリーナ小方は入居者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、サービス計画に基づいて、日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行います。また、施設の運営に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療機関、福祉関係事業所と連携をはかり、より統合されたシステムとして運営ができるように努めます。運営懇談会を設置し、施設運営上必要な事項については、担当者を決めて定期協議します。</p>          |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>本施設は、共同住宅としての機能を考慮した施設・設備と、入居者様のプライバシーを尊重する介護個室、2人部屋を兼ね備えております。また、入居者様の日常生活の場である事を重視し、さまざまなイベントや催事を行い入居者様の楽しみである食事や入浴にも配慮しています。</p> <p>他方、「終の棲家」という役割を担えるよう、重度の方でも安心して入居戴けるよう、特殊浴槽、介護用ベッドなどの設備を整え看護・介護職員が全力で支援できる体制を整備しております。</p> |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし   |
| 食事の提供           | 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし   |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし   |
| 健康管理の供与         | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし   |
| 安否確認又は状況把握サービス  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし   |
| 生活相談サービス        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし   |

(介護サービスの内容)

|                                |               |      |   |   |
|--------------------------------|---------------|------|---|---|
| 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)  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |   |
|                                |               | (II) | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |   |
|                                | 生活機能向上連携加算    | (I)  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |   |
|                                |               | (II) | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |   |
|                                | 個別機能訓練加算      | (I)  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |   |
|                                |               | (II) | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |   |
|                                | ADL維持等加算      | (I)  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |   |
|                                |               | (II) | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |   |
|                                | 夜間看護体制加算      | (I)  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |   |
|                                |               | (II) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |   |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算 |      |   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

|                      |                                       |  |  |
|----------------------|---------------------------------------|--|--|
| 協力医療機関連携加算           | (I)                                   | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし            |
|                      | (II)                                  | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 口腔・栄養スクリーニング加算       |                                       | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 科学的介護推進体制加算          |                                       | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 退院・退所時連携加算           |                                       | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし            |
| 退居時情報提供加算            |                                       | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし            |
| 看取り介護加算              | (I)                                   | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし            |
|                      | (II)                                  | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 認知症専門ケア加算            | (I)                                   | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (II)                                  | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 高齢者施設等感染対策向上加算       | (I)                                   | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (II)                                  | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 新興感染症等施設療養費          |                                       | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 生産性向上推進体制加算          | (I)                                   | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (II)                                  | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| サービス提供体制強化加算         | (I)                                   | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (II)                                  | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし            |
|                      | (III)                                 | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 介護職員等处遇改善加算          | (I)                                   | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし            |
|                      | (II)                                  | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (III)                                 | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (IV)                                  | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (V) 1                                 | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (V) 2                                 | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (V) 3                                 | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (V) 4                                 | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (V) 5                                 | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (V) 6                                 | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (V) 7                                 | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (V) 8                                 | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (V) 9                                 | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|                      | (V) 10                                | <input type="checkbox"/> あり            | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| (V) 11               | <input type="checkbox"/> あり           | <input checked="" type="checkbox"/> なし |  |
| (V) 12               | <input type="checkbox"/> あり           | <input checked="" type="checkbox"/> なし |  |
| (V) 13               | <input type="checkbox"/> あり           | <input checked="" type="checkbox"/> なし |  |
| (V) 14               | <input type="checkbox"/> あり           | <input checked="" type="checkbox"/> なし |  |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1                                     | あり                                     | (介護・看護職員の配置率) : 1                      |
|                      | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし                                     |  |

(医療連携の内容)

|                |      |                       |                     |
|----------------|------|-----------------------|---------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 |      | 1 救急車の手配              |                     |
|                |      | 2 入退院の付き添い            |                     |
|                |      | 3 通院介助                |                     |
|                |      | 4 その他 ( 病院・ご家族様との連携 ) |                     |
| 協力医療機関         | 1    | 名称                    | 山下ケアクリニック           |
|                |      | 住所                    | 広島県大竹市新町1丁目2-7-101号 |
|                |      | 診療科目                  | 内科                  |
|                |      | 協力内容                  | 通院 定期通院 往診          |
|                | 2    | 名称                    | 村井内科クリニック           |
|                |      | 住所                    | 広島県大竹市南栄1丁目6番15号    |
|                |      | 診療科目                  | 内科・胃腸科              |
|                |      | 協力内容                  | 通院 定期受診 往診          |
|                | 3    | 名称                    | 糸谷整形外科医院            |
|                |      | 住所                    | 広島県大竹市油見1丁目9番12号    |
|                |      | 診療科目                  | 整形外科                |
|                |      | 協力内容                  | 通院 定期受診 往診          |
| 協力歯科医療機関       | 名称   | 川口歯科医院                |                     |
|                | 住所   | 広島県大竹市玖波1丁目5番2号       |                     |
|                | 診察科目 | 歯科・口腔外科               |                     |
|                | 協力内容 | 訪問歯科診療                |                     |

※ 医療費・お薬代等の医療関係に関わる費用はすべて自己負担となります。

(入居後に居室を住み替える場合)

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ( 介護居室から、他の介護居室へ移る場合 ) |   |
| 判断基準の内容                  | 二人部屋から一人部屋への住み替えを求める場合があります。  |   |
| 手続きの内容                   | ① 主治医のまたは当法人指定する医師の意見を聞く<br>② 概ね3か月間の観察期間を置く<br>③ 本人、身元引受人の同意を得る                                |   |
| 追加的費用の有無                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし   |   |
| 居室利用権の取扱い                | 住み替え後の居室に移行   |   |
| 前払金償却の調整の有無              | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |   |
| 従前の居室との仕様の変更             | 面積の増減   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし           |
|                          | 便所の変更   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし           |
|                          | 浴室の変更   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし           |
|                          | 洗面所の変更  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし           |
|                          | 台所の変更   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし           |
|                          | その他の変更  | 1 あり (変更内容)<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

(入居に関する要件)

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|                    | 要支援の者   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|                    | 要介護の者   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 留意事項               | 入居時満65歳以上(40歳以上の第2号被保険者)で、要介護認定を受け常時医療機関において治療をする必要がなく、自傷他害の恐れのない方。   |   |
| 契約の解除の内容           | <事業者からの契約解除><br>入居契約書 第28条(事業者からの契約解除)のとおり<br><入居者からの契約解除><br>入居契約書 第29条(入居者からの解約)のとおり                      |   |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項  | 入居契約書 第28条                                    |
|                    | 解約予告期間  | 30日   |
| 入居者からの解約予告期間       | 30日   |   |
| 体験入居の内容            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br>(内容: 1泊2日 6,050円、2泊3日 12,100円)<br><input type="checkbox"/> 2 なし |   |
| 入居定員               | 60人   |   |
| その他                |   |   |

## 5. 職員体制

### (職種別の職員数)

|  | 職員数(実人数) |    |     | 常勤換算人数<br>※1※2 |
|--|----------|----|-----|----------------|
|  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者  | 1        | 1  |     | 1.0            |
| 生活相談員  | 1        | 1  |     | 1.0            |
| 直接処遇職員   | 26       | 19 | 7   | 20.7           |
| 介護職員   | 21       | 15 | 6   | 17.2           |
| 看護職員   | 5        | 4  | 1   | 3.5            |
| 機能訓練指導員  | 2        |    | 2   | 0.9            |
| 計画作成担当者  | 1        | 1  |     | 1.0            |
| 栄養士  |          |    |     |                |
| 調理員  |          |    |     |                |
| 事務員  | 2        | 2  |     |                |
| その他職員  | 5        |    | 5   |                |
| 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     |    |    |     |
| 介護福祉士     | 10 | 8  | 2   |
| 実務者研修の修了者 |    |    |     |
| 初任者研修の修了者 | 11 | 7  | 4   |
| 介護支援専門員   | 1  | 1  |     |

(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   | 1  |    | 1   |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       | 1  |    | 1   |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復士       |    |    |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |
| はり師         |    |    |     |
| きゅう師        |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 ( 16:00 ~ 9:00 ) |      |                 |
|---------------------------|------|-----------------|
|                           | 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                      | 2人   | 2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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br><input checked="" type="checkbox"/> d 3 : 1 以上 |
|   | 実際の配置比率<br>(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      |      |     |      |                |       | 1 あり      2 なし |         |     |         |     |
|                      | 業務に係る資格等      |      |     |      |                |       | 1 あり           |         |     |         |     |
|                      |               |      |     |      |                |       | 資格等の名称         |         |     |         |     |
|                      |               |      |     |      |                |       | 2 なし           |         |     |         |     |
|                      |               | 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    | 2              |       |                |         | 1   |         |     |
| 前年度1年間の退職者数          |               | 1    |     | 2    | 1              |       |                |         |     |         |     |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満          | 1    |     | 3    | 1              |       |                |         |     |         |     |
|                      | 1年以上<br>3年未満  |      |     | 6    |                |       |                |         | 1   |         |     |
|                      | 3年以上<br>5年未満  | 1    |     | 3    | 3              | 1     |                |         |     | 1       |     |
|                      | 5年以上<br>10年未満 | 2    | 1   | 3    | 2              |       |                |         | 1   |         |     |
|                      | 10年以上         |      |     |      |                |       |                |         |     |         |     |
| 従業員の健康診断の実施状況        |               |      |     |      | 1 あり      2 なし |       |                |         |     |         |     |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

|                            |   |                     |
|----------------------------|---|---------------------|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】          | 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                 |                     |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】       | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式                        |                     |
|                            | 3 月払い方式   |                     |
| 年齢に応じた金額設定                 | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                              |                     |
|                            | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式             |                     |
| 年齢に応じた金額設定                 | 1 あり      2 なし                                      |                     |
| 要介護状態に応じた金額設定              | 1 あり      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<br>2 日割り計算で減額<br>3 不在期間が30日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |                     |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 消費者物価指数及び人件費等を勘案する。 |
|                            | 手続き   | 運営懇談会に図った上で判断する。    |

(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<br>状況   | 要介護度             | 要介護1           | 要介護5     |         |
|  | 年齢               | 70歳            | 90歳      |         |
| 居室の状況  | 床面積              | 18.60㎡         | 18.60㎡   |         |
|  | 便所               | ① 有 2 無        | ① 有 2 無  |         |
|  | 浴室               | 1 有 ② 無        | 1 有 ② 無  |         |
|  | 台所               | 1 有 ② 無        | 1 有 ② 無  |         |
| 入居時点で必要な<br>費用   | 前払金              | 0円             | 0円       |         |
|  | 敷金               | 156,000円       | 176,000円 |         |
| 月額費用の合計  |                  | 231,238円       | 250,408円 |         |
| 家賃   |                  | 78,000円        | 88,000円  |         |
| サービス費用   | 特定施設入居者生活介護※1の費用 |                | 19,368円  | 28,538円 |
|  | 介護保険外※2          | 食費             | 68,970円  | 68,970円 |
|  |                  | 共益費            | 64,900円  | 64,900円 |
|  |                  | 介護費用           | 0円       | 0円      |
|  |                  | 光熱水費(共益費に含まれる) | 0円       | 0円      |
|  | その他              | 0円             | 0円       |         |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。<br>※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                  | 施設建築費、土地代金、管理維持費、施設設備修繕費 等   |
| 敷 金                  | 未払い費用、及び原状回復に要する費用を担保する  |
| 介護費用                 | ※介護保険サービスの自己負担額を含まない   |
| 共 益 費                | 光熱水費、共用部分清掃、消耗品費、事務経費 等  |
| 食 費                  | 朝食583円 昼食957円 夕食759円を30日分として計算<br>※特別行事食550円/回(1月：お正月、9月：敬老会)別途加算                    |
| 光熱水費                 | 共益費に含まれる。但し、夏季冷房加算(7月～9月)・冬季暖房加算(11月～3月)として2,200円/月を徴収。また、持込電化製品がある場合には1個につき55円/日を徴収 |
| 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          |  |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

| 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                       | 厚生労働大臣の定める基準による |
| 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。                         |                 |

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        | 14人 |
|       | 女 性        | 40人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0人  |
|       | 65歳以上75歳未満 | 1人  |
|       | 75歳以上85歳未満 | 1人  |
|       | 85歳以上      | 52人 |
| 要介護度別 | 自 立        | 0人  |
|       | 要支援1       | 7人  |
|       | 要支援2       | 1人  |
|       | 要介護1       | 22人 |
|       | 要介護2       | 10人 |
|       | 要介護3       | 4人  |
|       | 要介護4       | 5人  |
| 要介護5  | 5人         |     |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 5人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 7人  |
|       | 1年以上5年未満   | 33人 |
|       | 5年以上10年未満  | 9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   | 91.7歳 |
| 入居者数の合計  | 54人   |
| 入居率*   | 90.0% |
| ※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。 |       |

(前年度における退居者の状況)

|             |          |                    |
|-------------|----------|--------------------|
| 退居先別の<br>人数 | 自宅等      | 0人                 |
|             | 社会福祉施設   | 2人                 |
|             | 医療機関     | 7人                 |
|             | 死亡者      | 3人                 |
|             | その他      | 0人                 |
| 生前解約の<br>状況 | 施設側の申し出  | 0人                 |
|             |          | (解約事由の例) 長期入院など    |
|             | 入居者側の申し出 | 9人                 |
|             |          | (解約事由の例) 他施設への転居など |

## 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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

|              |       |  |
|--------------|-------|--|
| 窓口の名称        |       | コリーナ小方 苦情相談窓口<br>担当：生活相談員（不在の場合は計画作成担当者） |
| 電話番号         |       | 0827-59-1555                             |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 8：30～17：30                               |
|              | 土曜    | 8：30～17：30                               |
|              | 日曜    | 休み                                       |
| 定休日          |       | 日曜 年末年始 ※別添3参照                           |
| 窓口の名称        |       | 大竹市役所健康福祉部 地域介護課 介護高齢者係                  |
| 電話番号         |       | 0827-59-2144                             |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 8：30～17：15                               |
|              | 土曜    | 休み                                       |
|              | 日曜・祝日 | 休み                                       |
| 定休日          |       | 土・日曜 年末年始                                |
| 窓口の名称        |       | 広島県国民保険団体連合会                             |
| 電話番号         |       | 082-554-0783                             |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 8：30～17：15                               |
|              | 土曜    | 休み                                       |
|              | 日曜・祝日 | 休み                                       |
| 定休日          |       | 土・日曜 年末年始                                |

(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 | 東京海上日動火災保険株式会社<br>「超ビジネス保険」            |
|                               | 2 なし |  |
| 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 | (その内容) 入居契約書 第10条<br>(事故対応及び賠償責任) のとおり |
|                               | 2 なし |  |
| 事故対応及びその予防のための指針              | ① あり | 2 なし                                   |

(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 | 実施日    | 意見箱を常設している |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし  |
| 2 なし                             |      |        |            |
| 第三者による評価の実施状況                    | 1 あり | 実施日    |            |
|                                  |      | 評価機関名称 |            |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし  |
| 2 なし                             |      |        |            |

9. 入居希望者への事前の情報開示

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

10. その他

|  |  |              |
|--|--|--------------|
| 運営懇談会  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり   | (開催頻度) 年 1 回 |
|  | 1 なし   |              |
|  | 1 代替措置あり   | (内容)         |
|  | 2 代替措置なし   |              |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名: )  |              |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |              |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に<br>規程する届出               | 1 あり 2 なし  |              |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者住宅の登録を行っているため、高齢者の住居の安定確保に関する法律第23条の規程により、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<br>規程するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし  |              |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「7 規模及び構造設備」に合致しない事項              | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |              |
| 合致しない事項がある場合の内容                                  |  |              |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                            | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |              |
| 不適合事項がある場合の内容                                    |  |              |

添付書類：別紙1 (設置者が広島県内で実施する他の介護サービス)

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介護サービス等の一覧表)

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

※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。

私は重要事項説明書に基づいて、有料老人ホームのサービス内容及び重要事項についての説明を受けました。

| 説 明 日  | 令 和 年 月 日 |
|--------|-----------|
| 入 居 者  | 印         |
| 身元引受人① | 印         |
| 身元引受人② | 印         |

別添1 設置者が広島県内で実施する他の介護サービス

|                              |    |    | 事業所の名称        | 所在地            |
|------------------------------|----|----|---------------|----------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |    |               |                |
| 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 | ゆうみデイセンター     | 広島県大竹市油見1-9-12 |
| 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 |               |                |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |    |               |                |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護             | 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 |               |                |
| 看護小規模多機能型居宅介護                | あり | なし |               |                |
| 居宅介護支援                       | あり | なし | いちご会居宅介護支援事業所 | 広島県大竹市油見1-9-12 |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |    |               |                |
| 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 | ゆうみデイセンター     | 広島県大竹市油見1-9-12 |
| 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 |               |                |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |    |               |                |
| 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 |               |                |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |    |    |               |                |
| 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 |               |                |

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 |                                 |    |                  |    |    | なし |    | 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） |    | 個別の利用料で、実施するサービス |    |    | 備考 |    |                            |  |
|                                  |                                 |    | （利用者が全額負担）       |    | 包含 |    |    |                            |  |
| 介護サービス                           |                                 |    |                  |    |    |    |    |                            |  |
| 食事介助                             | なし                              | あり | なし               | あり | ○  |    |    |                            |  |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                              | あり | なし               | あり | ○  |    |    |                            |  |
| おむつ代                             |                                 |    | なし               | あり |    | ○  | 右記 | 自費負担                       |  |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                              | あり | なし               | あり | ○  | ○  | 右記 | 週3回以上は1,100円/回             |  |
| 特浴介助                             | なし                              | あり | なし               | あり | ○  | ○  | 右記 | 週3回以上は1,100円/回             |  |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                              | あり | なし               | あり | ○  |    |    |                            |  |
| 機能訓練                             | なし                              | あり | なし               | あり | ○  |    |    |                            |  |
| 通院介助                             | なし                              | あり | なし               | あり | ○  | ○  | 右記 | 1,650円/30分（大竹市、和木町に限る）     |  |
| 生活サービス                           |                                 |    |                  |    |    |    |    |                            |  |
| 居室清掃                             | なし                              | あり | なし               | あり | ○  | ○  | 右記 | 週1回の指定日以外は880円/回           |  |
| リネン交換                            | なし                              | あり | なし               | あり | ○  | ○  | 右記 | 週1回の指定日以外は、自費（ソーツ、枕カバー、包布） |  |
| 日常の洗濯                            | なし                              | あり | なし               | あり |    | ○  | 右記 | 770円/1ネット、月6回以上4,290円/月    |  |
| 居室配膳・下膳                          | なし                              | あり | なし               | あり | ○  |    |    |                            |  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                 |    | なし               | あり |    |    |    |                            |  |
| ゴミ収集                             |                                 |    | なし               | あり |    |    |    |                            |  |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                 |    | なし               | あり |    | ○  | 右記 | 月2回、自費負担にて実施               |  |
| 買い物代行                            | なし                              | あり | なし               | あり |    | ○  | 右記 | 1,650円/30分、商品代金は実費         |  |
| 役所手続き代行                          | なし                              | あり | なし               | あり |    | ○  | 右記 | 1,650円/30分                 |  |
| 金銭・貯金管理                          |                                 |    | なし               | あり |    | ○  | 右記 | 別途契約が必要。管理費は550円/月         |  |
| 健康管理サービス                         |                                 |    |                  |    |    |    |    |                            |  |
| 定期健康診断                           |                                 |    | なし               | あり |    | ○  | 右記 | 主治医に要相談、費用は自費負担            |  |
| 健康相談                             | なし                              | あり | なし               | あり | ○  |    |    |                            |  |
| 生活指導・栄養指導                        | なし                              | あり | なし               | あり | ○  |    |    |                            |  |
| 服薬支援                             | なし                              | あり | なし               | あり | ○  |    |    |                            |  |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし                              | あり | なし               | あり | ○  |    |    |                            |  |
| 入退院時・入院中のサービス                    |                                 |    |                  |    |    |    |    |                            |  |
| 移送サービス                           | なし                              | あり | なし               | あり | ○  | ○  | 右記 | 1,650円/30分                 |  |
| 入退院時の同行                          | なし                              | あり | なし               | あり | ○  | ○  | 右記 | 1,650円/30分                 |  |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし                              | あり | なし               | あり |    |    |    |                            |  |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし                              | あり | なし               | あり |    |    |    |                            |  |

その他、自費サービスの詳細は別途価格表を参照して下さい。

### 別添3 利用者からの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 | コリーナ小方             |
| 申請するサービス | (介護予防) 特定施設入居者生活介護 |

| 措置の概要 |  |
|-------|--|
| 1     | <p>利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置</p> <p>名称：コリーナ小方 苦情相談受付窓口<br/> TEL：0827-59-1555<br/> FAX：0827-59-1556<br/> 受付時間：午前8：30～午後5：30（月～土）<br/> 苦情解決責任者 職氏名：施設長<br/> 苦情受付担当者 職氏名：生活相談員（不在の場合は計画作成担当者）</p>   |
| 2     | <p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <p>①事業所内または利用者に対して、相談窓口の連絡先、苦情処理体制と手順に関して掲示する。<br/> ②利用者からの苦情を苦情処理窓口にて受付、速やかに苦情処理担当者へ報告するとともに、管理者にも報告を行う。<br/> ③苦情内容を確認し、その苦情内容にあった処理方法を検討し、必要に応じて事業所職員を含め話し合いを行う。<br/> ④処理方法が決まり次第、円滑かつ迅速に処理する。<br/> ⑤必要に応じて大竹市、広島県国保連と連絡のうえ対応する。<br/> ⑥処理後、必要がある場合はアフターフォローを実施する。<br/> ⑦苦情内容、苦情処理方法を記録する。<br/> ⑧再発防止のために、苦情処理のマニュアル化と研修会を実施する。</p> |
| 3     | <p>苦情があったサービス事業者に対する指導行政機関等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●広島県 国民健康保険団体連合会 介護保険課 TEL 082-554-0783</li> <li>●大竹市 地域介護課 介護高齢者係 TEL 0827-59-2144</li> <li>●前田研一 TEL 0827-53-3866</li> <li>●中川和子 TEL 0827-57-7816</li> </ul>  |