

住宅型有料老人ホーム

ロイヤルステージ大垣

重要事項説明書

| | |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和 8 年 4 月 1 日 |
| 記入者名 | 二羽 宏彰 |
| 所属・職名 | 副支配人 |

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 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) のはらでんけんかぶしきかいしゃ 野原電研株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒503-0936 大垣市内原1丁目71番地 | |
| 連絡先 | 電話番号 | (0584) 88-2771 |
| | FAX番号 | (0584) 87-0338 |
| | ホームページアドレス | http://www.n-denken.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 野原 謙太郎 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ・ 平成 55年5月21日 | |
| 主な実施事業 | 電子部品・自動車用精密部品製造・組立及び販売 介護支援事業。有料老人ホーム ※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) おおがき ロイヤルステージ大垣 | |
| 所在地 | 〒503-0934 岐阜県大垣市外渚2丁目82番 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR東海 大垣駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 大垣駅から ① バス利用の場合 名阪近鉄バス 青柳線 イオンモール大垣下車 徒歩15分 ② タクシー利用の場合 |

| | | |
|---------------|----------------|---|
| | | 乗車時間 15分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0584-88-0081 |
| | FAX番号 | 0584-88-0087 |
| | ホームページ アドレス | http://royal-ogaki.n-denken.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 宇野 政行 |
| | 職名 | 支配人 |
| 建物の竣工日 | | 平成26年9月30日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成26年10月10日 |

(類型) 【表示事項】

| | | |
|------------------------------------|------------|--|
| 1 介護付（一般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 | | |
| 1又は2に該当 する場合 | 介護保険事業者番号 | |
| | 指定した自治体名 | |
| | 事業所の指定日 | |
| | 指定の更新日（直近） | |

3. 建物概要

| | | | | |
|--------------|---------|-----------------------------|---------------------------|------|
| 土地 | 敷地面積 | 4,235.74㎡ | | |
| | 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 (年月日～年月日) 2 なし | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 4,547.87㎡ | |
| | | うち、 住宅型有料老人ホーム部分 共用部分 | 1,228.63㎡ 2,272.80㎡ | |
| | 耐火構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | |
| | 構造 | 鉄筋コンクリート造 6階建（住宅型部分4～6階） | | |
| | 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 | | | | |
| | 抵当権の有無 | 1 あり | 2 なし | |

| | | | | | | |
|----------------------|--|---|-------------------------------|--------|---------------|---------------|
| | | 契約期間 | 1 あり (年 月 日～年 月 日) 2 なし | | | |
| | | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 (二人部屋 2 4 室) | | | | |
| | | 2 相部屋 あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | 最少 | 人部屋 | | | |
| | 最大 | 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 (㎡) | 室数 | 区 分 |
| | Sタイプ | 有 | 有 | 8 8 | 1 | 一般居室個室 (2人部屋) |
| Aタイプ | 有 | 有 | 6 8・6 5 | 5 | 一般居室個室 (2人部屋) | |
| Bタイプ | 有 | 有 | 4 6～4 3 | 1 8 | 一般居室個室 (2人部屋) | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 8ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 6ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 7ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 4ヶ所 | 個室 | | 2ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | 2ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 0ヶ所 | チェアー浴 | | ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | ヶ所 | |
| その他 () | | | ヶ所 | | | |
| 食堂 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | | |
| 入居者や家族が利用 できる調理設備 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | | |
| エレベーター | 1 <input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) 2 <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) 3 <input type="checkbox"/> あり (上記1・2に該当しない) 4 <input type="checkbox"/> なし | | | | | |
| 消防用設備 等 | 消火器 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | |
| | 火災通報設備 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | |
| | スプリンクラー | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | |
| | 防火管理者 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | |
| | 防災計画 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | |
| その他 | 健康管理室、オーデオルーム、和室、ラウンジ、等 | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢社会に適応した住環境および健康で文化的な生活の提供 ・人間尊重・権利擁護を基本とした中立・公正な事業活動の遂行 ・余暇活動のための諸行事による豊かな意義のある日々の創生 |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業者自らサービス提供を実施 ・利用者の個別的な選択によるサービス提供 |
| 入浴、排泄又は食事の介護 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | 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 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

(医療連携の内容)

| | | |
|------------|--|------------------------|
| 医療支援 | 1 救急車の手配 2 入退院の付添 3 通院介助 4 その他（看護師による日常の健康管理） | |
| 協力医療機関 1 | 名 称 | 西尾医院 |
| | 住 所 | 大垣市竹島町4-3 |
| | 診療科目 | 内科、消化器内科、眼科 |
| | 協力内容 | 定期健康相談、訪問医療、健康管理、助言、指導 |
| 協力医療機関 2 | 名 称 | 大屋クリニック |
| | 住 所 | 大垣市浅中3丁目9-1 |
| | 診療科目 | 内科、消化器内科 |
| | 協力内容 | 定期健康相談、健康管理、助言、指導 |
| 協力医療機関 3 | 名 称 | 大井内科クリニック |
| | 住 所 | 大垣市東前1-58 |
| | 診療科目 | 内科、脳神経内科、循環器内科、 |
| | 協力内容 | 定期健康相談、訪問医療、健康管理、助言、指導 |
| 協力整形外科医療機関 | 名 称 | ひらまつ整形外科 |
| | 住 所 | 大垣市友江2丁目122番地 |
| | 診療科目 | 整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科 |
| | 協力内容 | 健康相談、助言、指導 |

| | | |
|----------|------|--------------------|
| | 名 称 | 近藤眼科 |
| | 住 所 | 大垣市御殿町1丁目57番地 |
| | 診療科目 | 眼科 |
| | 協力内容 | 健康相談、助言、指導 |
| 協力歯科医療機関 | 名 称 | おおしま歯科 |
| | 住 所 | 大垣市外野3-37 |
| | 協力内容 | 口腔ケアに関する健康管理、助言、指導 |

(入居に関する要件)

| | | |
|---------------------|---|--|
| 入居対象者となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 1 あり 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | 入居可能年齢：60歳以上 | |
| 契約の解除の内容 | ①入居者が逝去した場合（2人入居の場合は2人とも逝去した場合） ②入居者が解約した場合 ③事業者が解約した場合 | |
| 事業者から解除を 求める場合 | 解除条項 | ・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とき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ・入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつロイヤル大垣における通常の接遇方法等では、これを防止することができないとき、等 |
| | 解約予告期間 | 90日 |
| 入居者からの解約 予告期間 | 30日 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり 内容：空室がある場合。1泊3食付（10,000円）、2泊5食付（15,000円） 2 なし | |
| 入居定員 | 48人 | |
| その他 | 身元引受人が設定できない場合は要相談。 | |

5. 職員体制

(職種別職員数)

| | 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 | | 1 |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | 7 | 2 | 5 | 3.8 |
| 介護職員 | 6 | 1 | 5 | 2.9 |
| 看護職員 | 1 | 1 | | 0.9 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 0.1 |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 3 | 3 | | 1.5 |
| その他職員 | 5 | 1 | 4 | 2.7 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 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 | | | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | | | |
| 介護支援専門員 | | | |

(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 | | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復師 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| | | |
|------------------|------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 (時～ 時) | | |
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | | |
| 介護職員 | | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|-------------------------------|-----|--|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | 業務に関する資格等 | | 1 あり <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | 資格等の名称 | | | | | | | |
| | 2 なし <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 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年以上3年未満 | | | | 2 | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | | | 1 | 3 | | 1 | | | |
| | 5年以上10年未満 | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | 1 | | | | | | 1 | | |
| 従事者の健康診断の実施状況 | | | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

6. 利用料金

| 居住の権利形態 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式 | | | | | | |
|-----------------------|--|--|----------------------------------|-----------|----------|----|-------|
| 利用料の支払い方式 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 全額一時金方式 | <input type="checkbox"/> 2 一部一時金方式・一部月払い方式 | <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4 選択方式 | <input type="checkbox"/> 1 全額一時金方式 <input type="checkbox"/> 2 一部一時金方式・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 | | | | | |
| 敷金 | 該当なし 円（家賃の ヶ月分） | | | | | | |
| 一時金方式 | | | | | | | |
| 一時金及び月単位で支払う利用料 | | | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | なし | <input type="checkbox"/> あり | | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> なし | あり | | | | | |
| 料金プラン（1人入居の場合） | | | | | | | |
| プラン名称 | 一時金 (家賃相当額) | 月額 | (内訳) | | | | |
| | | 計 | 家賃相当額 | 生活支援サービス料 | 共有部維持管理費 | 食費 | 光熱水費等 |
| 基本プラン (76～80歳) | 39,090千円 ～ 68,018千円 (1月当たり 220千円 ～383千円) | | | | | | |
| 81～85歳 プラン | 25,890千円 ～ 45,038千円 (1月当たり 220千円 ～383千円) | | | | | | |
| 71～75歳 プラン | 47,010千円 ～ 81,806千円 (1月当たり 220千円 ～383千円) | | | | | | |
| 66～70歳 プラン | 53,610千円 ～ 93,296千円 (1月当たり 220千円 ～383千円) | | | | | | |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | | |

| | | | |
|---|-----------|--|--|
| 算定根拠 | 一時金 | 家賃相当額 居室利用料（月額） 159,000円～322,000円 共用部利用料（月額） 61,000円～111,000円 土地購入費、造成経費、建設費等を基礎とし、平均余命等を勘案した居住指定期間の家賃相当額 | |
| | 家賃相当額 | 土地購入費、造成経費、建設費、設備整備費を基礎とし算定 入居一時金として全額納付の場合は、月払いの家賃相当額は不要です。 入居一時金の一部を納付の場合は、その納付額により月払いの家賃相当額が異なります。 | |
| | 生活支援サービス料 | 入居者の健康管理や日常生活等の支援を行う看護師、介護員等の人件費、消耗機材費 | |
| | 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 | 委託費、厨房機器保守費 朝食：690円、 昼食：980円、 夕食：1,200円 | |
| | 水道光熱費 | 電気、ガス、水道費 1名使用：22,500円 2名使用：28,500円 | |
| | 共用部維持管理費 | 電気設備・消防設備・エレベーター等の保守点検経費、新聞雑誌等消耗品費 | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始日の設定 | | 入居日の翌日 | 入居日 年 月 日 |
| 初期償却率（％） | | 無 | |
| 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 | | | |
| 償却年月数（想定居住期間） | | 基本プラン : 156月 81～85歳プラン : 96月 71～75歳プラン : 192月 66～70歳プラン : 222月 | |
| 契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例 | | | |
| <p>想定居住期間内に契約が終了した場合は、次の算定式に基づく額を返還します。</p> <p>返還金＝一時金÷（入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数）×（契約終了日から償却期間満了日までの実日数）</p> <p>* その他、月払い利用料については日割り計算を行う。</p> | | | |
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | <p>（保全先）公益社団法人全国有料老人ホーム協会の「入居者生活保証制度」</p> <p>* 当社倒産等により施設全入居者が退去せざるを得なくなり、入居契約が解除された場合、保証の対象となる。倒産等が入居中の場合は「前払金額に応じて予め定められた保証金額」が、倒産等が入居契約終了後から6か月間の場合は「前払金未償却残高（保証金額を限度）」が、</p> |

| | | | | | | |
|---|-----------|--|-----------|---|-------------------------------|-----------|
| | | | | 入居契約者へ支払われる。保証に登録する際に必要となる拠出金は、当社が全て負担。 | | |
| 三月以内の契約終了による返還金 | | | | | | |
| 三月の起算日 | 入居日の翌日 | 入居日 | 年 | 月 日 | | |
| 契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法 | | | | | | |
| <p>入居日の翌日から三月以内の契約解除又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返還する。但し、利用期間に係る利用料を次の算定方法に基づき受領する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・算定方法 <ul style="list-style-type: none"> 一時金÷償却月数÷30日×(入居日から契約終了日までの実日数) ・「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費用」は、全額返金する。 *月払い利用料については、日割清算を行う。 *必要な原状回復費用があれば受領する。 | | | | | | |
| 一時金の支払方法 | | | | | | |
| 入居一時金の支払いは、入居契約書表題部(6)入居時まで支払う費用の内容による。 | | | | | | |
| 月払い方式 | | | | | | |
| 月単位で支払う利用料 | | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | | なし | | あり | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | なし | | あり | | |
| 料金プラン | | | | | | |
| 居室タイプ | 月額 | (内訳) | | | | |
| | 計 | 家賃相当額 | 生活支援サービス料 | 食費 | 光熱水費等 | 共用部分維持管理費 |
| | Sタイプ | 529,100 | 383,000 | 30,000 | 86,100 (1日3食 30日利用した場合) | 30,000 |
| | Aタイプ | 437,100 | 291,000 | 30,000 | | 30,000 |
| Bタイプ | 366,100 | 220,000 | 30,000 | | 30,000 | |
| <p>※二名入居の場合は、家賃相当額のうち共用部分利用料50,000円、生活支援費15,000円、管理費15,000円及び食費を上記金額に加算します。</p> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> | | | | | | |
| 算定根拠 | 家賃相当額 | 土地購入費、造成経費、建設費、設備整備費を基礎とし算定 | | | | |
| | 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | |
| | 生活支援サービス料 | 入居者の健康管理や日常生活等の支援を行う看護師、介護員等の人件費、消耗機材費 | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| 食費 | 委託費、厨房機器保守費 朝食：690円、 昼食：980円、 夕食：1,200円 | |
| 水道 光熱 費等 | 電気、ガス、水道費 1名使用：22,500円 2名使用：28,500円 | |
| 共用 部維 持管 理費 | 電気設備・消防設備・エレベーター等の保守点検経費、新聞雑誌等消耗品費 | |
| 一時金方式・月払い方式共通 | | |
| 介護保険サービスの自己負担額 | | |
| 内容 | ※要介護度に応じて介護サービス料の負担率に応じた金額を徴収する。 | |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲） | | |
| 内容 | | |
| 利用料 | 円（ 月額 ・ 日額 ） | |
| 算定 根拠 | | |
| 支払い 方法 | 月単位（日割りの有無 あり ・ なし ） | |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | | |
| 個別的な選択による生活支援サービス | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 算定 根拠 | 人件費を勘案した時間単価を設定。 | |
| 料金改定の手続 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ロイヤルステージ大垣運営懇談会の意見を聴取して改定します。 ・改定するときは、入居者及び身元引受人に事前に通知します。 | | |

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 | 9 |
| | 女性 | 19 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 |
| | 65歳以上75歳未満 | 0 |
| | 75歳以上85歳未満 | 3 |
| | 85歳以上 | 25 |
| 要介護度別 | 自立 | 4 |
| | 要支援1 | 3 |
| | 要支援2 | 2 |
| | 要介護1 | 3 |
| | 要介護2 | 7 |
| | 要介護3 | 5 |
| | 要介護4 | 2 |
| | 要介護5 | 2 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 0 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 2 |
| | 1年以上5年未満 | 16 |
| | 5年以上10年未満 | 10 |
| | 10年以上15年未満 | |
| | 15年以上 | |

(入居者の属性)

| | |
|--|-----------------|
| 平均年齢 | 90.1歳 |
| 入居室数の合計 | 22室 |
| 入居率 ※ | 91.7% (22室/24室) |
| ※ 入居室数を入居室数の合計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)

| | | |
|---------|-----------|----------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0 |
| | 社会福祉施設 | 0 |
| | 医療機関 | 0 |
| | 死亡者 | 1 |
| | その他(他施設等) | 1 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申出 | 0 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者の申出 | 1 |

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)

| | | | |
|-------------------------------|--|------------|--|
| 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 | ロイヤルステージ大垣 利用者相談窓口 | | |
| 電話番号 | 0584-88-0081 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 | |
| | 土曜 | 9:00~17:00 | |
| | 日曜・祝日 | 9:00~17:00 | |
| 定休日等 | 年中無休 | | |
| 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 | ①岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談窓口 ②(公社)全国有料老人ホーム協会 | | |
| 電話番号 | ①058-275-9826 ②03-3272-3781 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 | |
| | 土曜 | | |
| | 日曜・祝日 | | |
| 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 | 1 あり | (その内容) 火災及び地震等の自然災害に対する補償 ホーム内及び敷地内で発生した事故への補償 |
| | 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) 施設賠償責任保険に加入 |
| | 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り組みの状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 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 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--|---------------|
| 運営懇談会 | 1 あり | (開催頻度) 年 回 |
| | 2 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 [表示事項] | 1 あり (提携ホーム名 :) 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出 | 1 あり 2 なし | |
| 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 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5 規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり 2 なし | |
| 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 | 1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない | |
| 岐阜県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | 1 あり 2 なし | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類：別添1（別の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 事業主体が岐阜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 | ヘルパーステーション・ 袖子 | 大垣外測2-79 |
| 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 | デイサービス・袖子 デイサービス・ハッピー様 デイサービス・袖子養老 | 大垣外測2-79 大垣外測2-81 養老郡養老町船附字大割田1421 |
| 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 | ショートステイ・袖子 ショートステイ・袖子養老 | 大垣外測2-79 養老郡養老町船附字大割田1421 |
| 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> | | | | |
| 定期巡回・随時訪問介護・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 | グループホーム・袖子 グループホーム・ハッピー様 グループホーム・袖子養老 | 大垣外測2-79 大垣外測2-81 養老郡養老町船附字大割田1421 |
| 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 | | |
| 複合型サービス | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | ケアサポート・袖子 | 大垣外測2-79 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 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 | | |
| 介護予防通所介護日常生活支援総合事業 | あり | なし | デイサービス・袖子 デイサービス・ハッピー様 デイサービス・袖子養老 ヘルパーステーション・袖子 | 大垣外測2-79 大垣外測2-81 養老郡養老町船附字大割田1421 大垣外測2-79 |
| 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 | ショートステイ・袖子 ショートステイ・袖子養老 | 大垣外測2-79 養老郡養老町船附字大割田1421 |

| | | | | |
|------------------|----|----|---|---|
| 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 | | |
| <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 | グループホーム・柚子 グループホーム・ハッピー様 グループホーム・柚子養老 | 大垣外測 2-79 大垣外測 2-81 養老郡養老町船附字大割田 1421 |
| 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 | | |
| 介護老人保険施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

別添 2 介護サービス等の一覧表

下記のサービスは、居宅介護保険サービス以外に入居者が希望する場合に「住宅型有料老人ホーム ロイヤルステージ 大垣」が提供

| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス | | 特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で実施するサービス | | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | | 備 考 |
|----------------------|------------------------|----|-------------------------------------|----|-----------------------|----|--------------|
| 介護サービス | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 1回 500円 |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 1回 500円 |
| おむつ代 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 実費負担 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 30分以内 2,000円 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 60分以内 4,000円 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 1回 4,000円 |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 1回 300円 |
| 通院介助（協力医療機関） | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 30分単位 1000円 |
| 通院介助（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 30分単位 1000円 |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 15分単位 500円 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 1回 500円 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 1回 500円 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 1回 300円 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 実費負担 |
| おやつ | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 買い物代行（通常の利用区域） | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 30分単位 1000円 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 年2回 費用は自己負担 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |
| 服薬支援 | なし | あり | 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 | 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 | なし | あり | 15分単位 750円 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 15分単位 750円 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 15分単位 750円 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | |