

社会福祉法人サン・ビジョン
重要事項説明書

1. 事業主体概要

種類	個人/ 法人	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん さん・びじょん 社会福祉法人サン・ビジョン	
主たる事務所の所在地	〒461-0004 愛知県名古屋市東区葵三丁目25番23号	
連絡先	電話番号	052-856-3311
	FAX番号	052-856-3355
	ホームページアドレス	http://www.sun-vision.or.jp
代表者	氏名	唐澤 剛
	職名	理事長
設立年月日	1987年 9月 29日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要**(住まいの概要)**

名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ じょいふるぎふえきⅡ 介護付有料老人ホーム ジョイフル岐阜駅Ⅱ	
所在地	〒500-8407 岐阜県岐阜市高砂町一丁目17番地	
主な利用交通手段	最寄駅	岐阜駅
	交通手段と所要時間	・JR岐阜駅 徒歩2分 ・名鉄岐阜駅 徒歩2分
連絡先	電話番号	(058)264-2811
	FAX番号	(058)264-2812
	ホームページアドレス	http://www.sun-vision.or.jp
管理者	氏名	原 浩輔
	職名	施設長
有料老人ホーム事業の開始日		2019年 5月 7日

【類型】【表示事項】

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		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	2170114066
	指定した自治体名	岐阜市
	事業所の指定日	2019年 5月 7日
	指定の更新日（直近）	2025年 5月 7日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,759.60 m ²				
	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	23,843.81 m ²			
		うち、老人ホーム部分	3062.09 m ²			
	耐火構造	① 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他（ ）				
	構造	① 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造 3 木造 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（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				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最大	人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	20.82～ 26.98 m ²	32	介護居室個室
タイプ2	有/無	有/無	m ²			

	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	0ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴		2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 あり	2 なし				
入居者や家族が利用 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) ③ あり (上記1・2に該当しない) ④ なし					
消防用設備 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			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する 方針	<p>1. 事業所において提供する介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護）は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。</p> <p>2. 事業所は、利用者様の人格を尊重し、常に利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者様及びそのご家族のニーズを的確に捉え、個別に介護計画を作成する事により、利用者様が必要とする適切なサービスを提供する。</p> <p>3. 事業所は、利用者様又はそのご家族に対し、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明する。</p> <p>4. 事業所は、適切な介護技術をもってサービスを提供する。</p>
--------------	---

	<p>5. 事業所は、常に提供するサービスの質の管理・評価を行い、サービス提供にあたっての安全管理体制の確保に努めるものとする。</p> <p>6. 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>7. 事業所は、利用者の人権の擁護、不適切ケア（虐待を含む）防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、職員の資質向上を図るため、職員教育と研修に努めるものとする。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>当事業所でのサービスは特定施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は利用者様に関わるあらゆる職種の職員によって協議されますが、その際、利用者様やご家族の希望を十分に取り入れ作成します。なお、計画の内容については同意をいただき、交付致します。</p> <p>【日常生活の援助】排泄・入浴・移動等の日常生活の動作について利用者様の状況に応じて適切な援助を行います。</p> <p>【健康状態の確認】適宜体温・脈拍・血圧を測定し健康状態の確認を行います。また、医師の往診の手配、その他療養上の世話をします。医療機関への受診の際には、原則施設職員が対応しますが、その必要性の有無により、ご家族にご協力いただくことがあります。</p> <p>【機能訓練】機能低下防止や心身の活性化を図るため、必要な教養娯楽設備を整えるとともに適宜レクリエーションや手作業等を提供します。</p> <p>【相談・援助及び秘密の保持】利用者様およびそのご家族からの相談について誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。必要に応じ、担当の介護支援専門員や他事業所等への情報の提供を行い、適切なサービスがスムーズに受けられるよう調整します。個人情報については別紙同意書に基づき取り扱います。</p> <p>【食事】献立は施設の管理栄養士が立て、業務委託をしている厨房にて調理します。利用者の身体状況および栄養バランスを考えた食事を提供します。食事は出来るだけ離床して食べていただけるように配慮します。</p> <p>（用意する食種）主食…普通のご飯・軟飯・粥・ミキサー粥、好みに応じておにぎり・パン食を用意します。副食…普通のおかず・刻んだおかず・なめらか食（嚥下障害食）・ミキサー食を用意します。※嚥下困難な方には、とろみ食・なめらか食等を用意します。※アレルギーや禁止食材等がございましたら、ご相談に応じます。※経管栄養の方については、濃厚流動食で対応します。</p> <p>※食事のキャンセルは前日の17時までにお申し出下さい。それ以降にキャンセルされた場合は料金を頂きます。</p> <p>12階フロアは15名、13階フロアは17名で、家庭的な雰囲気です。各個室にもナースコールを設置し、24時間対応可能です。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	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

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

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・II)	1 あり ② なし	
	生活機能向上連携加算 I	1 あり ② なし	
	生活機能向上連携加算 II	1 あり ② なし	
	個別機能訓練加算 I	1 あり ② なし	
	個別機能訓練加算 II	1 あり ② なし	
	夜間看護体制加算	① あり 2 なし	
	医療機関連携加算	① あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり ② なし	
	口腔衛生管理体制加算	① あり 2 なし	
	口腔機能向上加算 (I)	1 あり ② なし	
	口腔機能向上加算 (II)	1 あり ② なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	1 あり ② なし	
	退院・退所時連携加算	① あり 2 なし	
	看取り介護加算 (I)	① あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり ② なし
		(II)	1 あり ② なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり ② なし
		(II)	① あり 2 なし
		(III)	1 あり ② なし
	科学的介護推進体制加算	① あり 2 なし	
	ADL 維持等加算 (I)	1 あり ② なし	
	ADL 維持等加算 (II)	1 あり ② なし	
	介護職員処遇改善加算	(I)	① あり 2 なし
この加算は1ヶ月分の単位数の総計に、8.2%を乗じて算出した単位数を算定させていただきます。			
介護職員等特定	(I)	① あり 2 なし	

	処遇改善加算		
	この加算は介護職員処遇改善加算1を除く1か月分の単位数の総計に、1.8%を乗じて算出した単位数を算定させていただきます。		
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)	
	② なし		

1単位は地域によって異なります。岐阜市の地域区分は「6級地」となっており、1単位の単価は10,27円/単位です。

(医療連携の内容)

医療支援 ※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 (医療機関への送迎車と運転手の協力)	
協力医療機関	1	名称	朝日大学病院
		住所	岐阜県岐阜市橋本町3丁目23番地
		診療科目	消化器内科、歯科、口腔外科等
		協力内容	医療相談、診断、治療等の医療サービス提供
	2	名称	岐阜市民病院
		住所	岐阜市鹿島町7丁目1番地
		診療科目	循環器内科、外科等
		協力内容	医療相談、診断、治療等の医療サービス提供
協力歯科医療機関	1	名称	めぐり歯科クリニック
		住所	岐阜県岐阜市茜部中島2-1-1長良コーポ103
		協力内容	医療相談、診断、治療等の医療サービス提供
	2	名称	ルピナス歯科
		住所	岐阜県岐阜市東明見町14-3
		協力内容	医療相談、診断、治療等の医療サービス提供

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 ③ その他 (下記参照)
判断基準の内容	身体・認知症の状態が悪化した場合、健康管理室、職員室付近の介護居室に移っていただく、又は他のフロアの介護居室へ移っていただくことがあります。住み替え時に保証金の変更、新たな徴収はありません。

手続きの内容	なし	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い	変更なし	
前払金償却の調整の有無	1 あり ② なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	① あり 2 なし
	便所の変更	1 あり ② なし
	浴室の変更	1 あり ② なし
	洗面所の変更	1 あり ② なし
	台所の変更	1 あり ② なし
	その他の変更	1 あり
	② なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自傷他害の恐れがない方。 ・ 伝染性疾患（結核・疥癬等）の診断または疑いにより、他の利用者様の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがない方。 ・ 治療を必要とする疾患が無く、病状的に安定している方。 	
契約の解除の内容	<p>1) 利用者は、事業者に対し、いつでも契約の解除を申し入れることができます。この場合は、14 日以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。（契約書第 13 条）</p> <p>2) 事業者は、利用者が支払いを遅延したり、利用者自身または他の利用者等の身体または生命に危害を及ぼす恐れがあるときなど、契約書第 14 条の各号に該当する場合には、利用者に対して 14 日以上の予告期間をおいて、この契約を解除することができます。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第 14 条
	解約予告期間	14 日以上
入居者からの解約予告期間	14 日以上	
体験入居の内容	① あり 2 なし	
入居定員	32 人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	16	14	2	15.1
介護職員	12	12		12.0
看護職員	4	2	2	3.1
機能訓練指導員	1	0	1	0.1
計画作成担当者	1	0	1	0.3
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	9	9	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	2	2	0
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師	1	0	1

理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16 時～ 10 時)		
	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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 ④ 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.1 : 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	介護福祉士、社会福祉施設長資格								
	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	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0
事業に 従った 経	1年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上	1	1	7	0	0	0	0	1	0
	3年未満									

3年以上 5年未満	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5年以上 10年未満	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0
10年以上	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者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 【表示事項】	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 ③ 月払い方式
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
お支払い方法	<p>○毎月月末に締め切り、翌月の15日頃に請求書を送付します。</p> <p>○お支払い方法は、原則として口座引き落としとしてお願いします。なお、口座引き落としの手続き完了までに約2～3ヶ月かかります。それまでのお支払いにつきましては、銀行振込でお願いします。</p> <p>◆口座引き落とし</p> <ul style="list-style-type: none"> ご利用月翌月の28日（休日の場合は次の営業日）に指定口座より引き落とされます（口座振替委託手数料94円は別途利用者負担となります）。 ※本手数料は金融機関が介護サービス利用者負担金を回収するための費用であり、残高不足等の理由で引き落としが出来なかった場合にも発生しますのでご承知おき下さい。 ※毎月、口座残高を必ずご確認下さい。 ※預（貯）金通帳の摘要欄には「SKサン・ビジョン」等と印字されますのでご承知おき下さい。但し、金融機関によっては異なる場合もあります。 <p>◆銀行振込</p> <ul style="list-style-type: none"> ご利用月翌月の28日（休日の場合は次の営業日）までにお振込み下さい。 銀行により手数料がかかりますのでご承知おき下さい。
領収書	領収書は、お支払いが確認された翌月に郵送致します。高額介護サービス費の支給申請や医療費控除の申請等に領収書が必要となります。当施設では領収書の再発行は行っておりませんので、大切に保管して下さい。
支払いを遅延された場合について	サービス利用料の支払いを納付期限日の翌月から数えて2ヶ月以上遅延された場合（滞納が3ヶ月以上になった場合）は、原則として14条第1項第1号の規程により契約を解除し、未収金についての対応を弁護士に委任します。なお、契約解除後に発生したサービス費用は、契約書第

		1 5条の規定により全額利用者様負担となりますのでご注意ください。
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 ② 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料の 改定	条件	本施設の所在する自治体が発表する消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化等。
	手続き	運営懇談会の意見を聞いて、共通費用を改定することができる。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】) ※詳細別紙

		プラン1	プラン2	
入居者の状 況	要介護度	要支援1～要介護5		
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	20.82～26.98 m ²	m ²	
	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 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	保証金として268,200円	円	
月額費用の合計		176,754～255,286円	円	
家賃(月額)		89,400円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	6,954～85,486円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費(月額)	50,100円	円
		管理費(月額)	15,000円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費(月額)	15,300円	円
		その他(月額)	円	円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	2,980円/日 建物の借入償還額と建築工事費の合計額を、20年で償還する場合の単価で算出
敷金	保証金として家賃の3ヶ月分 ※短期利用特定施設入居者生活介護の場合は不必要。
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	500円/日 収支予算における年間事務費支出より算出
食費	1,670円/日（朝315円、昼740円、夜615円）

光熱水費	510 円／日 現在運営している当法人の同規模施設における二年分の実績を面積按分して算出
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) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	要介護度に応じて介護費用の 1 割もしくは 2 割もしくは 3 割を徴収する。 ※利用者様負担金額の割合につきましては、市町村より交付されている「負担割合証」をご確認ください。※利用料金表 参照
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	6 人
	女性	25 人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	8 人
	85 歳以上	22 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	3 人
	要介護 1	11 人
	要介護 2	5 人
	要介護 3	5 人
	要介護 4	5 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	5 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	2 人
	1 年以上 5 年未満	24 人
	5 年以上 10 年未満	人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	87.4 歳
入居者数 [*] の合計	32 人
入居率 ^{**}	100%
※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。	
※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	人
	医療機関	2 人
	死亡者	8 人
	その他	2 人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	人
	(解約事由の例)	

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	ジョイフル岐阜駅 苦情解決責任者：施設長 原 浩輔 苦情受付担当者：生活相談員 山岡 秀彰	
電話番号	(058)264-2811	
対応している時間	平日	午前 9 時～午後 6 時まで
	土曜	午前 9 時～午後 6 時まで
	日曜・祝日	午前 9 時～午後 6 時まで
定休日	なし	

(外部の苦情処理機関)

窓口の名称	岐阜市福祉部介護保険課 ② 岐阜県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情相談係	
電話番号	(058)265-4141 ② (058)275-9826	
対応している時間	平日	① 午前 8 時 45 分～午後 5 時 30 分 ② 午前 9 時～午後 5 時
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日	土曜・日曜・祝日・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	(その内容) 契約書第 18 条に定める損害賠償の義務の履行に関して、当法人では、社会福祉施設総合保険（あいおいニッセイ同和損害保険株式会社）に加入しています。なお、賠償すべき事故等が発生したサービスによっては、同サービスの委託先業者が加入する保険等を適用する場合があります。
	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) ○事業者は、利用者様に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、速やかに利用者様の身元引受人等関係者に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。事業者はその原因を調査し、利用者様と誠意をもって協議し必要な対応策を講じるとともに、今後同様の事故が生じないように努めるものとします。※緊急の場合には、直ちに救急隊への要請連絡をした後、速やかに身元引受人、もしくは緊急連絡先に連絡を行うこともございます。 ○上記事故が生じたとき、事業者はその原因を調査し、利用者様及び身元引受人等関係者に誠意をもって協議し、必要な対応策を講じます。 ※事故の状況により、経過観察を行わせていただく場合があります 損害賠償については、当方では、あいおいニッセイ同和損保株式会社に参加しています。 ○事故発生の防止と発生時の適切な対応を推進する観点から、事故報告様式を整備し、安全対策担当者を定めます。 安全対策担当者：田中 貴恵
	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 2 なし	実施日	2022年 5月
		結果の開示	① あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり ② なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし

※当法人は、国際標準であるISO9001（品質マネジメントシステム）とISO27001（情報保護・管理システム）の認証を取得しております。

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
財務諸表の要旨	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
財務諸表の原本	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 1 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 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり 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	

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	

11. 留意事項

面会	<p>○来訪者は、面会時間（8：00～20：00）を守り、必ず受付簿に記入してください。</p> <p>○玄関が施錠されている場合は、インターホンにて呼び出し下さい。</p> <p>○施設内での感染症まん延予防の為、咳、発熱、嘔吐、下痢の症状が見られるなどの体調の優れない方は、ご面会を固くお断り致します。また、感染症の流行時期には施設の掲示の通り、手指消毒・マスク着用の上ご面会頂きますようお願い致します。</p> <p>○利用者様への差し入れについては、必ず職員にご連絡下さい。また利用者様の身体状況などにより、差し入れを控えさせていただく場合があります。</p> <p>また衛生管理上、日数の経ったものについては処分する場合がありますのでご了承下さい。</p>
外出・外泊	利用者様が外出・外泊される時は、事前にお知らせ下さい。
病院受診	<p>○利用者様の容態に異常がみられた場合には、速やかにご連絡致します。</p> <p>○利用者様の病院受診については次の通りとなります。</p> <p>◆医療機関への受診の際には、原則施設職員が対応しますが、その必要性の有無により、ご家族にご協力いただくことがあります。</p> <p>○利用者様が入院された場合の付き添いは、ご家族に対応していただきます。</p> <p>※2週間以上入院（外泊）される場合は、退所していただく場合があります。</p> <p>入院後概ね3ヶ月以内に退院されれば、退院後再度入所できるように配慮致します。</p> <p>退院後の身体状況等によっては、お受入れでき兼ねる場合もありますが、他施設入所等へのご相談に応じます。</p>
緊急時の対応	<p>○施設での夜勤体制においては医師や看護職員が配置されておりませんので、夜間は待機看護職員の指示の下で対応致します。</p> <p>○高齢の方は、お元気に見えても突然容態が変わることがあります。全身状態が急に悪化した場合や、緊急やむを得ない場合は、施設の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。</p> <p>○緊急時の救急搬送の際は人命優先となるため、救急隊の判断や医療機関の状況により、ご希望の病院以外へ搬送される場合があります。</p> <p>○利用者の病状の急変等に備えるため、配置医師との連携方法およびその他の緊急時等における対応方法を定め、その方針に基づいて対応いたします。</p>
住居・居室の利用	<p>施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご使用下さい。以下のような場合により破損が生じた際は、賠償していただくことがあります。</p> <p>①ご本人の疾病による症状（せん妄など）に起因し、利用者様が興奮状態であり、</p>

	<p>通常の対応では予測できない行動で施設備品を破損した場合</p> <p>②認知症等の理解力の低下により、通常の対応では防ぎ切れない行動（施設の備品を投げ落とししたり、叩き壊すような行為等）により破損等が生じた場合</p> <p>③ 利用者様をご本人の意思によって備品を破損した場合</p> <p>○入院（外泊）された際の居室の取り扱いについては次の通りとなります。</p> <p>◆入院（外泊）により不在であったとしても、契約を締結している限りは居住費・管理費・水光熱費をご負担いただきます。（入院・外泊中の居室確保に伴う費用）</p> <p>◆入院（外泊）中の居室を短期利用特定施設入居者生活介護ご希望の方に利用していただく場合がありますので、予めご了承下さい。</p> <p>※短期利用特定施設入居者生活介護の利用者に居室をご提供いただいた場合、その期間内は、居室確保に伴う費用は発生いたしません。</p> <p>※短期利用特定施設入居者生活介護の利用者に居室をご提供いただく場合、居室の荷物を一時的に片付けさせていただくこととなりますので、予めご了承下さい。</p>
所持品現金等	<p>紛失や盗難を避けるため、金銭はできる限りお持ち込みなさらぬようお願い致します。ご本人管理の貴重品の紛失については、当施設では責任を負い兼ねます。</p> <p>※義歯、眼鏡や補聴器など、利用者様の心身症状等により職員にて管理をさせていただく場合があります。その取り扱いについては、職員にて細心の注意を払いますが紛失や経年劣化等に起因する破損が起こる可能性があります。</p>
喫煙・飲酒	<p>館内は全面禁煙となっております。</p> <p>飲酒については、職員にご相談の上、決められた時間、場所でご飲酒下さい。</p>
衣類交換	<p>季節の変わり目には、衣類交換の対応をお願い致します。</p>
政治・宗教・営業活動	<p>施設内における他の利用者様等に対する政治活動・宗教活動・営業活動は固くお断り致します。</p>
ペット・動物	<p>施設内ではペット、動物等の持ち込みはお断り致します。</p>
迷惑行為等	<p>騒音等、他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。</p>
情報提供	<p>利用者様の入所・退所・転院などを円滑なものにするために、利用者様やご家族についての情報を 関係機関に提供させていただくことがあります。提供させていただく情報は、利用者様の病状・心身状態・生活状況、ご家族の状況などです。情報提供先は、次のとおりです。</p> <p>○利用者が医療機関を受診又は入院する場合…入院先の医療機関</p> <p>○他の介護保険施設または社会福祉施設などに入所する場合・入所のための申し込みをする場合…</p> <p>入所または入居申し込み先の事業所およびその事業所の担当医師</p> <p>○退所する場合、退所の検討をする場合…利用者の主治医・居宅介護支援事業者</p> <p>○利用者が無断で外出し所在が確認できない場合…</p> <p>警察・消防・行政庁（施設の判断で捜索依頼をさせていただく場合）</p>
生活上の安全性について	<p>○当施設では利用者様の「出来ないこと」の援助を主とするのではなく、利用者様の「出来ること」の継続と、「出来ること」を増やしていけるような援</p>

	<p>助方法により、利用者様が自信を持ち、その人らしい生活を営むことができるよう援助していくことを目的としています。また、利用者様の自己決定及びプライバシーを尊重したサービス提供を行います。</p> <p>○当施設では、原則として利用者様の意思による行動を制限しない方針です。このためご家庭での生活と同様に、事故や怪我等のアクシデントが起こり得る状況であることを予めご理解いただきますようお願い致します。</p> <p>○利用者様の意思によって行われる残存機能を活かした動作であり、抑制することが出来ない動作によって起こる事故、疾病や加齢に起因する事故につきましては、責任を負いかねますのでご理解いただいた上で、ご利用ください。</p> <p>○利用者様の精神状況等による特異な行動、患部（皮膚剥離・褥瘡・浮腫み等）、検体（排泄物・嘔吐物等）を利用者様の心身状態の観察把握の為に写真・映像として記録に残す場合があります。</p> <p>○当施設では、利用者様ご本人の自由な行動を抑制する身体拘束は原則として行わない方針です。ただし、利用者様の生命を保護するために安全配慮が必要な場合は、やむなく身体拘束に係る対処（安全ベルト等）を、身元引受人の同意をいただいた上で行わせていただく場合があります。またその場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。</p> <p>○当事業者では、身体拘束等の適正化に資するために身体拘束等の適正化のための指針を定めると共に、身体拘束等の適正化に向けた身体拘束等の適正化対策委員会を設置しています。また身体拘束に関する適切な知識の普及や啓発のために、身体拘束等の適正化に関連する研修を年3回実施します。当該研修については、職員の新規採用時にも実施します。</p>
その他	<p>○感染症について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他利用者様への安全配慮から、結核等の疑いがある場合は、専門病院への入院をご相談させていただきます。 ・また疥癬等の疑いがある場合は、完治までの期間、隔離対応をさせていただきます。予めご理解下さい。 ・感染症の発生及びまん延等に関する取り組みについて、委員会の開催、指針の整備、研修及び訓練（シミュレーション）を実施します。（2021年4月から3年の経過措置期間を設ける） <p>○業務継続に向けた取り組みについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修及び訓練（シミュレーション）を実施します。（2021年4月から3年の経過措置期間を設ける） <p>○利用者様からの相談について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者様ご本人から相談や要求があった時には、職員ができる限り解決するように努力致しますが、内容によっては職員のみでの対応が困難となる場合があります。そのような場合は、ご家族（身元引受人）にご相談させていただくこともございますので、ご理解とご協力をお願い致します。

	<p>※契約書第22条2項②号に基づき、利用者様の介護に関する報告、連絡、相談を相互に行う場合の一元的窓口は身元引受人となっています。その為、身元引受人以外のご家族等からのご相談は身元引受人を通じてお受け致します。</p> <p>○特定施設施設サービス計画書（ケアプラン）作成の為の会議について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員からの十分な説明を受け納得していただいたうえで、今後のケア内容について同意をいただくことになっています。入所後、概ね3ヶ月以内に初回を行います。特定施設施設サービス計画書見直しの際にもありますので、ご家族（身元引受人）の参加をお願い致します。 ・感染防止や多職種連携促進の観点から、必要に応じ各種会議等は、テレビ会議等を活用して行います。なお、利用者等が参加して実施する場合は、同意を得た上で実施します。 <p>○認知症の理解について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じます。（2021年4月から3年の経過措置期間を設ける） <p>○不適切ケア（虐待を含む）の防止について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の人権の擁護、不適切ケア（虐待を含む）の防止等の観点から、不適切ケア（虐待を含む）の発生、再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めます。（2021年4月から3年の経過措置期間を設ける） ・当事業者は利用者の人権侵害及び不適切ケア（虐待を含む）の防止等を図るため、職員に対する研修を年3回実施します。当該研修については、職員の新規採用時にも実施します。また、不適切ケア（虐待を含む）を受けている可能性があると思われた（感じられた）場合は、直ちに苦情解決責任者または苦情受付担当者へご相談下さい。早急に事実確認を行なうとともに防止策を講じ、市町村へ報告いたします。ご相談いただいた後に、利用者にも不利益が生じないよう十分配慮させていただきます。 <p>○ハラスメントへの対応について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者または身元引受人、その他の家族等が、他の利用者、職員、実習生またはボランティア等に対し、セクシャルハラスメント（性的な言動）またはパワーハラスメント（利用者としての立場に乗じての不当な言動）、その他これに類する言動があったと認められる場合には厳正に対処します。また職員による利用者または身元引受人、その他の家族等に対してのハラスメント行為があったと認められる場合についても厳正に対処します。 <p>○電気ストーブ等、火災の恐れがある物の持ち込み使用はご遠慮ください。</p> <p>○ご家族（身元引受人・後見人等）の連絡先や緊急連絡先が変わった時には、至急お知らせ下さい。</p> <p>○重要事項説明書に記載した、管理者・担当者・職員体制・利用料金等に変更がある場合は、事業所内に掲示（閲覧可能なファイルの設置）し、またはお知らせ致します。</p>
--	--

添付書類：別添1（事業者が運営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）

別添1 事業者が岐阜県内で運営する他の介護サービス事業

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	ジョイフル各務原	各務原市鵜沼小伊木町3-170-1
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	ジョイフル各務原	各務原市鵜沼小伊木町3-170-1
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	ジョイフル新那加	各務原市那加新那加町28-2
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ジョイフル各務原	各務原市鵜沼小伊木町3-170-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	ジョイフル新那加	各務原市那加新那加町28-2
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	ジョイフル各務原	各務原市鵜沼小伊木町3-170-1
＜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	ジョイフル各務原	各務原市鵜沼小伊木町3-170-1
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	ジョイフル各務原	各務原市鵜沼小伊木町3-170-1
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	ジョイフル新那加	各務原市那加新那加町28-2
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ジョイフル新那加	各務原市那加新那加町28-2
介護予防支援	あり	なし	ジョイフル各務原	ジョイフル各務ヶ原
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし	ジョイフル各務原	各務原市鵜沼小伊木町3-170-1
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設／介護医療院	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^{※1}

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	備考	
	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 ^{※2} ）	有料老人ホームが実施するサービス（介護保険外のサービス）			月額利用料等を含む ^{※3}	その都度徴収 ^{※3}		料金 ^{※4}
		なし	あり	なし				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり			個々の利用者様のニーズに合わせて提供します。	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			個々の利用者様のニーズに合わせて提供します。	
おむつ代			なし	あり		○	実費 ※個別で使用するオムツ類、タオル類、シャンプー類、レクリエーション材料等は、お持ち頂くか、各利用者様にお支払いをさせていただきます。	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			入浴：2回/週 個々の利用者様のニーズに合わせて提供します。	
特浴介助	なし	あり	なし	あり			入浴：2回/週 個々の利用者様のニーズに合わせて提供します。	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			個々の利用者様のニーズに合わせて提供します。	
機能訓練	なし	あり	なし	あり			個々の利用者様のニーズに合わせて提供します。	
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり			必要時※基本的に、ご家族のご協力をお願いします。	
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり			※基本的に、ご家族による対応をお願いします。	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり			1回/週	
リネン交換	なし	あり	なし	あり			1回/週	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			必要時随時	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			個々の利用者様のニーズに合わせて提供します。	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○			
おやつ			なし	あり	○		※昼食時の費用に含まれています。	
理美容師による理美容サービス			なし	あり			※理美容院が事業所にきます。実際に、かかった費用を理美容業者の方へお支払していただきます。	
買い物代行	なし	あり	なし	あり			依頼時に善処致します。	
外出時の同行	なし	あり	なし	あり		○	実費 ※やむを得ない事情により、当施設にて対応させていただいた場合の費用です。（施設にて行われる行事等以外の外出の同行については、ご家族もしくはご家族による付き添い人の手配をお願いします。） *事前のお申込みが必要です。 *往復の交通費実費が別途かかります。 *実費(所要時間30分以上1時間未満1,800円) (1時間以上の場合、1,800円に所要時間から計算して30分経過する毎に900円追加)	

	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※2）		有料老人ホームが実施するサービス（介護保険外のサービス）			備考	
			月額利用料等を含む※3	その都度徴収※3	料金※4		
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			必要時随時(ご家族のご協力もお願いします。)
金銭・貯金管理			なし	あり			※ご家族にて管理をお願いします。
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			※個々の利用者様のかかりつけ医院に受診又は往診をして頂きます。
健康相談	なし	あり	なし	あり			随時
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			随時
服薬支援	なし	あり	なし	あり			個々の利用者様のニーズに合わせて提供します。各利用者様のお薬代は、自己負担です。
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			随時
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			必要時(ご家族のご協力をお願いします。)
入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり			必要時(ご家族のご協力をお願いします。)
入退院時の同行(協力医療機関以外)							※基本的にご家族による対応をお願いします。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			※ご家族による対応をお願いします。
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			必要時
その他							
巡回	なし	あり	なし	あり			昼間：必要時 夜間：1回/2時間おき
緊急時対応（ナースコール等）	なし	あり	なし	あり			24時間/日

※1：併設する介護保険事業所等により提供するサービスは記載しない。自立、要支援、要介護で提供するサービスが異なる場合は、それぞれについてサービスの一覧表を作成する。

※2：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割又は3割の利用者負担）。住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームについては「なし」と記載する（項目自体を削除することも可）。

※3：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは月額のサービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※4：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

○電化製品を持ち込まれた場合、費用がかかります。（1品につき50円/日）

○重要事項説明書に記載した、管理者・担当者・職員体制・利用料金等に変更がある場合は、事業所内に掲示またはお知らせします。

社会福祉法人サン・ビジョン 介護付有料老人ホーム ジョイフル岐阜駅Ⅱ
 ((介護予防) 特定施設入居者生活介護・短期利用特定施設入居者生活介護)

私は、本書面により、事業者（職名：相談員 氏名： ）から上記、
 介護付有料老人ホーム ジョイフル岐阜駅Ⅱについて重要事項の説明を受けたことを確認します。
 また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。
 この重要事項は2通作成し、利用者様および事業者は署名または記名押印の上、各自その1通を保有
 します。

年 月 日

ご利用者	住 所		
	氏 名		印
署名代理人	私は、利用者本人の契約意思を確認し、その承諾を得て、利用者本人に代わり、上記署名を致しました。		
	利用者との続柄	利用者の	
	住 所		
	氏 名		印
	署名代行理由		
身元引受人	利用者との続柄	利用者の	
	住 所		
	氏 名		印
事業者	所在地	愛知県名古屋市中区葵3丁目25番23号	印
	名 称	社会福祉法人サン・ビジョン	
	代表者名	理事長 唐澤 剛	