別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	2020年　　月　　日
記入者名	
所属・職名	

１．事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	（ふりがな）　えんしゅうてつどう　かぶしきがいしゃ 遠州鉄道株式会社	
主たる事務所の所在地	〒430-0927　浜松市中区旭町１２番地の１	
連絡先	電話番号	053-463-2021
	FAX番号	053-463-2008
	ホームページアドレス	https://www.la-class.jp/
代表者	氏名	斉藤　薫
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和　18年11月1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）らくらす　ひろさわ　れじでんす ラクラス広沢レジデンス	
所在地	〒432-8013 浜松市中区広沢 1-18-5	
主な利用交通手段	最寄駅	遠鉄バス　　「市立高校」バス停
	交通手段と所要時間	・遠鉄バス「市立高校」下車　徒歩３分
連絡先	電話番号	053-412-2755
	FAX番号	053-475-6652
	ホームページアドレス	https://www.la-class.jp/
管理者	氏名	村井　奨
	職名	施設長
建物の竣工日		2016年2月25日
有料老人ホーム事業の開始日		2016年4月　1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	2277204240
	指定した自治体名	浜松市
	事業所の指定日	2016 年 4 月 1 日
	指定の更新日（直近）	2016 年 4 月 1 日

3．建物概要

土地	敷地面積	2134.87 ㎡		
	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	2506.20 ㎡	
		うち、老人ホーム部分	2506.20 ㎡	
	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		
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	18.00 ㎡	60	介護居室個室
タイプ2	有／無	有／無	㎡		

※「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	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（　　）	0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		
その他				

４．サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	ラクラスブランドコンセプト 「すべての人の心ゆたかに楽しく暮らす」をお手伝いします メインコンセプト 「いつまでも笑顔で、いつまでも元気に」 ラクラスレジデンスでの取り組み ・安心のサポート体制 ・自分らしい生活環境 ・健康維持への取り組み
サービスの提供内容に関する特色	日常の趣味活動や機能訓練に力を入れることで、ご利用者がいつまでも自分らしい生活を送ることができるような取り組みをおこなうと共に、社会との繋がりを少しでも維持し続けて欲しいという想いから、外出活動に力をいれています。

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		1　あり　2　なし
	生活機能向上連携加算		1　あり　2　なし
	個別機能訓練加算		1　あり　2　なし
	夜間看護体制加算		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
	医療機関連携加算		1　あり　2　なし
	看取り介護加算		1　あり　2　なし
	口腔衛生管理体制加算		1　あり　2　なし
	栄養スクリーニング加算		1　あり　2　なし
	退院・退所時連携加算		1　あり　2　なし
	処遇改善加算Ⅰ		1　あり　2　なし
	特定処遇改善加算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)イ	1　あり　2　なし
		(Ⅰ)ロ	1　あり　2　なし
		(Ⅱ)	1　あり　2　なし
		(Ⅲ)	1　あり　2　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）　：	
	2　なし		

（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（　往診の依頼　）	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団　心　坂の上ファミリークリニック
		住所	浜松市中区小豆餅四丁目4番20号
		診療科目	内科、循環器科、外科
		協力内容	受診、訪問診療

	2	名称	JA 静岡厚生連　遠州病院
		住所	浜松市中区中央一丁目 1 番 1 号
		診療科目	内科　他
		協力内容	必要な医療の提供
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団大栄会　浜松デンタルクリニック
		住所	浜松市浜北区沼 150-1
		協力内容	建物内での歯科診療

（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（ 部屋の移動　）	
判断基準の内容		介護度の変化などに応じて対応	
手続きの内容		事前に本人・ご家族と相談のうえ手続きを進める	
追加的費用の有無		1　あり　2　なし	
居室利用権の取扱い		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	（変更内容） 便所・洗面所の位置、方向が変更する場合あり
		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	虚偽の申告をしないこと	
契約の解除の内容	特定施設入居者生活介護契約書および有料老人ホーム契約書に基づく	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	特定施設入居者生活介護契約書および 有料老人ホーム契約書に基づく
	解約予告期間	30 日以上
入居者からの解約予告期間	30 日以上	

体験入居の内容	1　あり（　内容：1泊から6泊まで可能　） 2　なし
入居定員	60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の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）　2020年　4月　1日現在

	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	24	22	2	
介護職員	19	17	2	17.5
看護職員	5	5	0	5.0
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1.0
その他職員				
１週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40

※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	12	12	0
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	5	3	2
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			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士	1	1	
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（　16:30～翌 10:30　）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	１人	１人
介護職員	３人	１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 d　3：１以上
	実際の配置比率　利用者　名 （記入日時点での利用者数：常勤換算職員数）	
※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		

（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						
			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		1	2	2						

前年度１年間の退職者数				5	3					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			2	2						
	１年以上３年未満	5		15							
	３年以上５年未満										
	５年以上10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況		1　あり　　2　なし									
従業者の研修、資質向上のための取組の実施状況		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	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
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	
利用料金の改定	条件	市場の相場変動
	手続き	運営懇談会を実施し同意を得た後に改定

（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
入居者の状況	要介護度		要介護１　（２階）	要介護２　（４階）
	年齢		90 歳	90 歳
居室の状況	床面積		18 ㎡	18 ㎡
	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		0 円	0 円
	敷金		0 円	0 円
月額費用の合計			229,397 円	241,606 円
家賃			90,000 円	100,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		19,397 円	21,606 円
	介護保険外※2	食費	60,000 円	60,000 円
		管理費	60,000 円	60,000 円
		光熱水費	0 円	0 円
		その他	実費	実費

※１　介護予防・地域密着型の場合を含む。１割負担。

※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	土地取得費・建物建築費・修繕費・借入利息・管理事務費を基礎とし、居室面積、日照条件、空室率および近隣同種の住宅家賃等を勘案して算出したもの。
敷金	なし
管理費	共用施設等の維持・管理費、各居室・共用部の設置機器の維持・管理費、一般事務・管理部門の人件費、備品消耗品の購入費、各居室の水道光熱費を基に算出。
食費	1 日 2,000 円(税込) 朝食 520 円(税込)・昼食 690 円(税込)・おやつ 100 円(税込)・夕食 690 円(税込)を 1 ヶ月 30 日として算出。
光熱水費	管理費に含む
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	実費（事前に説明の後に請求）

（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	基本報酬および届出した加算項目
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（上乗せサービス）	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）　2020 年　4 月　1 日現在

性別	男性	10 人
	女性	48 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	9 人
	85 歳以上	48 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援１	3 人
	要支援２	5 人
	要介護１	19 人
	要介護２	6 人
	要介護３	11 人
	要介護４	10 人
	要介護５	4 人
入居期間別	６ヶ月未満	8 人
	６ヶ月以上１年未満	7 人
	１年以上５年未満	43 人
	５年以上 10 年未満	0 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	89.5 歳
入居者数の合計	58 人
入居率※	96.6%
※ 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。	

（前年度における退去者の状況）

退去先別の人数	自宅等	0 人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	0 人
	死亡者	17 人
	その他	1 人
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	19 人
		（解約事由の例） 他入居施設への転居等

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		苦情相談窓口
電話番号		ラクラス広沢レジデンス　053-412-2755 関係機関 浜松市役所介護保険課　053-457-2875 浜松市中区役所長寿保険課　053-457-2324 ※8:30～17:30　※土日祝休み 国民健康保険団体連合会　054-253-5590 ※9:00～17:00　※土日祝休み
対応している時間（ラクラス広沢）	平日	8:30～17:30（夜間は夜勤職員が受付のみ対応）
	土曜	8:30～17:30（夜間は夜勤職員が受付のみ対応）
	日曜・祝日	8:30～17:30（夜間は夜勤職員が受付のみ対応）
定休日		なし

（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） 介護事業における製造物・受託物に関する賠償責任保険
	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）事故相談窓口にて対応 TEL053-412-2755
	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	
		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
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	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添１（別に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　２０２０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　　事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	ラクラス上島 ラクラス富塚 ラクラス中島 ラクラス西美薗 ラクラス葵西 ラクラス志都呂	浜松市中区上島3-37-19 浜松市中区富塚町848-2 浜松市中区中島2-11-47 浜松市浜北区西美薗1027-6 浜松市中区葵西4-8-12 浜松市西区志都呂2-30-7
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	ラクラス上島	浜松市中区上島3-37-19
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	ラクラス上島レジデンス ラクラス富塚レジデンス	浜松市中区上島3-37-19 浜松市中区富塚町440-6
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		
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		
＜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	ラクラス上島 ラクラス富塚 ラクラス中島 ラクラス西美薗 ラクラス葵西 ラクラス志都呂	浜松市中区上島3-37-19 浜松市中区富塚町848-2 浜松市中区中島2-11-47 浜松市浜北区西美薗1027-6 浜松市中区葵西4-8-12 浜松市西区志都呂2-30-7
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	ラクラス上島	浜松市中区上島3-37-19
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	ラクラス上島レジデンス ラクラス富塚レジデンス	浜松市中区上島3-37-19 浜松市中区富塚町440-6
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		

介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

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※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備　考	
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		○	実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	右記	週 3 回以上の入浴 1 回 2,000 円（税別）	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	右記	週 3 回以上の入浴 1 回 2,000 円（税別）	
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 時間 2,000 円（税別）指定外医療機関の場合	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	右記	指定日以外の居室内清掃 1 回 2,000 円（税別）	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	実費	指定日以外のリネン交換	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	右記	洗濯サービス 1 回 450 円（税別）	
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					
おやつ			なし	あり		○	右記	100 円（税込）	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費		
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	実費	指定日以外の買い物代行 1 回 2,000 円（税別）	
役所手続き代行（書類作成なし）	なし	あり	なし	あり		○	右記	指定日以外の手続き代行 1 回 2,000 円（税別）	
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年 2 回の受診案内および受診の機会を設ける	
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	指定医療機関以外への移送 1 回 2,000 円（税別）	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	右記	指定医療機関以外への同行 1 回 2,000 円（税別）	
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					

※１：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（１割又は２割の利用者負担）。
※２：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、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。
※３：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。

要介護認定等に伴う確認書

２０２０年　　月　　日

○「特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書（以下「本契約」という。)」第７条に基づき、次の事項を確認します。

○この書面は、市町村による要介護認定等の確定・変更等についての内容を確認する目的と、これにより利用者が負担することになる料金の目安その他を確認する目的で作成されています。

1. 本確認書の当事者の確認

利用者名：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（被保険者番号：　　）

（保険者番号：　　）

事業者名：　遠州鉄道株式会社

特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

事業所名：ラクラス広沢レジデンス（事業所番号：2277204240　）

住所：浜松市中区広沢 1－18－5　　電話番号：053-412-2755

2. 市町村による要介護認定の決定内容

介護保険制度による要介護認定等の決定は次の内容でした。

①要介護認定等の決定された日：　　年　　月　　日

②上記の要介護認定等の内容（該当するものを○で示します）：

（自立　　要支援Ⅰ　要支援Ⅱ　要介護Ⅰ　要介護Ⅱ　要介護Ⅲ　要介護Ⅳ　要介護Ⅴ）

③上記の要介護認定等の有効期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

④認定審査会の意見：

⑤その他重要な事項：

○利用者に対する適切な介護の提供に必要と考えられる具体的な介護サービスの内容は、本書の確認とは別に、利用者との協議とその合意に基づき決定される「特定施設サービス計画・介護予防特定施設サービス計画」によるものとします。

○「特定施設サービス計画・介護予防特定施設サービス計画」の作成・変更や内容の説明等については、利用者の希望に応じていつでも対応いたします。

※ラクラス広沢レジデンスにおける各種加算のご説明

１．個別機能訓練加算の給付

１日１２単位

※専従の機能訓練指導員が、必要な利用者ごとに目標・実施方法・評価等を含む個別機能訓練計画（特定施設等サービス計画中に記載）に基づき計画的におこなった機能訓練についての加算です。

２．サービス提供体制加算

１日１８単位

※介護職員に占める介護福祉士の割合が一定数を超えた場合に算定出来る加算です。

３．夜間看護体制加算

１日１０単位

※「重度化した場合における対応に係る指針」（添付）を策定した上で看護職員が夜勤を行い、又は自宅でのオンコールの連絡体制をとるなどし、夜間の緊急時には医療機関と連携して対応を図ったことによる加算です。

４．医療機関連携加算の給付、及びこれに伴う主治医への健康情報提供

１ヶ月８０単位

※看護職員が利用者の健康の状況を継続的に記録し、主治医等に対して月に１回以上情報提供を行ったことによる加算です。

５．看取り介護加算

１日　　１４４単位（死亡日以前４日以上３０日以下）

１日　　６８０単位（死亡日の前日及び前々日）

１日　１，２８０単位（死亡日）

※「看取りに関する指針」（添付）を策定した上で入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し同意を得ている場合において、利用者等に対して随時十分な説明をおこない、介護に関する合意を得ながら利用者がその人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるよう支援することを主眼とした加算です。

６．口腔衛生管理体制加算

１ヶ月３０単位

※歯科医師などが介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行なっている場合の加算です。

７．処遇改善加算

１ヶ月の総単位数×１０％

※介護職員の処遇を改善する目的に、職員に対する研修体制や福利厚生の充実など、国が定めた基準に該当することにより加算されます。

3. 利用者の介護サービスに関する料金内容等の目安

①利用者の介護サービス利用についての負担金額（30 日利用の場合の目安）

			備考
介護保険給付対象サービス分	利用者負担額	円	30 日分の目安です。 利用日数により変わります。 消費税非課税です。
	法定代理受領相当分	円	
介護保険給付対象外サービス分	個別選択による都度払い分	（実費）　円	実際の利用に応じて変わります。別紙「介護サービス等の一覧表」

当施設における特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護費（以下「介護費」という。）について（2019 年 10 月 1 日より）

１割負担の場合

要介護認定等の結果	介護費の単位	介護費の額	介護費の目安（30 日分）	法定代理受領相当分（9 割の場合）の目安（30 日分）	利用者負担分の目安（30 日分）（１割負担の場合）
要支援Ⅰ	181 単位	1,835 円／日	55,060 円	49,554 円	5,506 円
要支援Ⅱ	310 単位	3,143 円／日	94,302 円	84,871 円	9,431 円
要介護Ⅰ	536 単位	5,435 円／日	163,051 円	146,745 円	16,306 円
要介護Ⅱ	602 単位	6,104 円／日	183,128 円	164,815 円	18,313 円
要介護Ⅲ	671 単位	6,804 円／日	204,118 円	183,706 円	20,412 円
要介護Ⅳ	735 単位	7,453 円／日	223,587 円	201,228 円	22,359 円
要介護Ⅴ	804 単位	8,153 円／日	244,576 円	220,118 円	24,458 円
個別機能訓練指導加算	12 単位	121 円／日	3,630 円	3,267 円	363 円
口腔衛生管理体制加算	30 単位	304 円／月	304 円	273 円	31 円
夜間看護体制加算	10 単位	101 円／日	3,030 円	2,727 円	303 円
医療機関連携加算	80 単位	811 円／月	811 円	729 円	81 円
サービス提供体制加算	18 単位	182 円／日	5,460 円	4,914 円	546 円
処遇改善加算	１ヶ月の総単位数×10％				

２割負担の場合

要介護認定等の結果	介護費の単位	介護費の額	介護費の目安(30日分)	法定代理受領相当分（8割の場合）の目安(30日分)	利用者負担分の目安（30日分）（2割負担の場合）
要支援Ⅰ	181単位	1,835円／日	55,060円	44,048円	11,012円
要支援Ⅱ	310単位	3,143円／日	94,302円	75,441円	18,861円
要介護Ⅰ	536単位	5,435円／日	163,051円	130,440円	32,611円
要介護Ⅱ	602単位	6,104円／日	183,128円	146,502円	36,626円
要介護Ⅲ	671単位	6,804円／日	204,118円	163,294円	40,824円
要介護Ⅳ	735単位	7,453円／日	223,587円	178,869円	44,718円
要介護Ⅴ	804単位	8,153円／日	244,576円	195,660円	48,916円
個別機能訓練指導加算	12単位	121円／日	3,630円	2,904円	726円
夜間看護体制加算	10単位	101円／日	3,030円	2,424円	606円
口腔衛生管理体制加算	30単位	304円／月	304円	243円	61円
医療機関連携加算	80単位	811円／月	811円	648円	162円
サービス提供体制加算	18単位	182円／日	5,460円	4,368円	1,092円
処遇改善加算	１ヶ月の総単位数×10％				

３割負担の場合

要介護認定等の結果	介護費の単位	介護費の額	介護費の目安(30日分)	法定代理受領相当分（7割の場合）の目安(30日分)	利用者負担分の目安（30日分）（3割負担の場合）
要支援Ⅰ	181単位	1,835円／日	55,060円	38,542円	16,518円
要支援Ⅱ	310単位	3,143円／日	94,302円	66,011円	28,291円
要介護Ⅰ	536単位	5,435円／日	163,051円	114,135円	48,916円
要介護Ⅱ	602単位	6,104円／日	183,128円	128,189円	54,939円
要介護Ⅲ	671単位	6,804円／日	204,118円	142,882円	61,236円
要介護Ⅳ	735単位	7,453円／日	223,587円	156,510円	67,077円
要介護Ⅴ	804単位	8,153円／日	244,576円	171,203円	73,373円
個別機能訓練指導加算	12単位	121円／日	3,630円	2,541円	1,089円
夜間看護体制加算	10単位	101円／日	3,030円	2,121円	909円
口腔衛生管理体制加算	30単位	304円／月	304円	213円	91円
医療機関連携加算	80単位	811円／月	811円	568円	243円
サービス提供体制加算	18単位	182円／日	5,460円	3,822円	1,638円
処遇改善加算	1ヶ月の総単位数×10%				

- 当施設の介護費は、1単位＝10.14円です。（地域区分＝7級地）
- 介護費は、（介護費の単位）×（利用回数）×（単位の単価）で求め、小数点以下切り捨て。
- 続いて法廷代理受領相当分も、介護費の9割、8割、7割で求め、小数点以下切り捨て。
- 利用者負担分は介護費から法定代理受領相当分を差し引いた額です。
- 消費税は非課税です。

②利用料金の支払い方法

上記の料金・費用は、１ヵ月ごとに計算し、翌月15日までに明細をそえて御請求します。

支払については翌月27日に、指定口座から引き落としさせていただきます。

4. 要介護認定等に伴う入居者への介護サービスに関する確認内容

① 本契約に基づくサービスの利用に関する利用料金や支払方法について

・「法定代理受領」として、事業者に対し介護保険負担割合証の額を支払う。

② 本契約に基づくサービスの利用に関する利用料金や支払い方法について

・同意する　　・同意しない

上記内容について、説明を受け、同意しました。

利用者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

上記内容について、説明を行い、ご本人の同意について確認しました。

事業者：　遠州鉄道株式会社

事業所：　ラクラス広沢レジデンス　　管理者（施設長）　村井　奨

説明者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

重度化した場合における対応に係る指針

目的

この指針は、「ラクラス広沢レジデンス」における入居者の介護レベルが重度化した場合の施設としての対応についての方策を示すことを目的とします。

ご家族への対応

日勤帯のみならず、夜勤帯の対応の当該指針の内容を入居者及びそのご家族に対して入居契約時に説明、同意を得ることとします。

施設としての対応

- ２４時間、看護職員を配置する。このことにより、重度化した場合においても対応できるようにする。また、各居室のベッド脇にはナースコールを設置し、迅速な対応が可能となる体制を整えることとする。
- 入居者の健康管理を看護職員が行い、特に重度化した入居者の場合は、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保することとする。
- 施設内の看護職員や介護職員が協力医療機関や主治医などと連携を図ることにより、入居者に対して迅速な対応が可能となるよう体制を整備することとする。
- 重度化された入居者に対しての食事には、看護職員や計画作成担当者が、当該施設の給食部門と連携し、利用者に適したソフト食・ゼリー食、ペースト食などの適切な食事を提供できるようにする。
- 夜勤帯において、急病が発生した場合においても、看護職員の判断の元、協力医療機関や主治医などと連携を図り、搬送が必要な場合においても対応する。また、搬送の必要性が生じた場合、夜間看護職員　→　家族への連絡体制を確保している。

遠州鉄道株式会社

ラクラス広沢レジデンス

説明者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、上記の説明を受け、上記の内容・指針に同意します。

２０２０年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

個人情報利用同意書

以下に定める条件のとおり、私および家族、代理人は、遠州鉄道株式会社が運営する特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所、ラクラス広沢レジデンスが、私および家族、代理人の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

記

１．利用期間

サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

２．利用目的

（１）　介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため

（２）　サービス担当者会議での情報提供のため

（３）　医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため

（４）　利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合

（５）　利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため

（６）　外部監査機関、評価機関等への情報提供

（７）　その他サービス提供で必要な場合

掲示物への写真掲載等

（８）　上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

（９）　施設紹介等のための通信や施設が運営するインターネットの施設紹介（以下、通信等）（通信等には、ご利用者様のレクリエーションの様子や日常の表情も掲載していきます。通信等は、ご利用いただいている利用者様、ご利用を検討されている方、居宅介護支援事業所、関連行政機関等に配布させていただきます。）

通信に顔写真が掲載されることを　＜　同意する　・　同意しない　＞

インターネット上に顔写真が掲載されることを　＜　同意する　・　同意しない　＞

＊通信には個人名を記載することはありません。

＊同意の有無により、ご利用者様に対して対応を変えることはありません。

３．使用条件

（１）　個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。

（２）　個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

２０２０年　　月　　日

事業所名称　ラクラス広沢レジデンス

本　　人（利用者）　住　所 ……

氏　名 ……　印

家　　族　住　所 ……

氏　名 ……　印

続　柄（利用者との関係）……

もしくは代理人　住　所 ……

氏　名 ……　印