

特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護
重要事項説明書

記入年月日	2023年6月1日
記入者	三浦 由美子
所属・職名	さわやかさくらのもり 施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 設置者概要

種類	個人/法人 営利法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃさわやかくらぶ 株式会社さわやか倶楽部	
主たる事務所の所在地	〒802-0044 福岡県北九州市小倉北区熊本2丁目10番10号	
連絡先	電話番号	093-551-5555
	FAX番号	093-513-3222
	ホームページアドレス	http://www.sawayakclub.jp/
代表者	氏名	山本 武博
	職名	代表取締役
設立年月日	2004年 12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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ さわやかさくらのもり 介護付き有料老人ホーム さわやかさくらのもり	
所在地	〒010-0044 秋田県秋田市横森1丁目5番40号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 秋田駅
	交通手段と 所要時間	例：①バス利用の場合 ・秋田中央交通バスで乗車8分、 横森1丁目停留所で下車、徒歩3分 ②自動車利用の場合 ・乗車10分
連絡先	電話番号	018-889-2007
	FAX番号	018-889-2008
	ホームページアドレス	http://www.sawayakaclub.jp/
管理者	氏名	三浦 由美子
	職名	施設長
建物の竣工日	2020年3月27日	
有料老人ホーム事業の開始日	2020年5月1日	

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	0570126581
	指定した自治体名	秋田市
	事業所の指定日	2020年5月1日
	指定の更新日(直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2999.15㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (2020年5月1日～2050年4月30日)	

				2 なし		
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
建物	延床面積	全体	1734.74 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1734.74 m ²			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()				
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()				
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2020年5月1日～2050年4月30日) <input type="checkbox"/> 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.16 m ²	44	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.49 m ²	4	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.00 m ²	2	介護居室個室
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無			
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無			
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無			
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無				
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無				
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無				
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	2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	2ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		

	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	1ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	入居者や家族が利用 できる調理施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）
		<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4	なし
消 防 用 設 備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	当施設の運営については、介護付有料老人ホーム「さわやかさくらのもり」が居宅であることを踏まえつつ、高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供し、入居者が心豊かに、明るく生活できるよう配慮致します。					
サービスの提供内容に関する特色	入居者様の人格を尊重し、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え各個人に応じた適切なサービスに努めます。					
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3	なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 3	なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3	なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし

制の有無	個別機能訓練加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 12円/日 ご入居者様の各種体操、リハビリへの参加を軸とし、主治医の診察をもとにケアプランに基づき個別の機能訓練プログラムを作成し3ヶ月毎に評価し見直ししていきます。
	夜間看護体制加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし 10円/日 看護師が夜間待機し24時間オンコール対応にてご入居者様の夜間の急変に対応する緊急対応体制を取らせて頂いております。
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 80円/月 ご入居者様の健康状態を継続的に記録し、毎月主治医に報告を行います。
	口腔衛生管理体制加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	栄養スクリーニング加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(I) ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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) : 1	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人梅栄会 細谷病院
		住所	秋田市南通宮田 3 番 10 号
		診療科目	内科・消化器内科・神経内科
		協力内容	病状の急変等に対する処置。 入院・休日・夜間における対応。
	2	名称	日本赤十字社 秋田赤十字病院
		住所	秋田市上北手猿田字苗代沢 2 2 2 - 1
		診療科目	総合診療
		協力内容	病状の急変等に対する処置。 入院・休日・夜間における対応。
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 宝樹会 城東歯科クリニック	
	住所	潟上市天王字二田 219 番地 122	
	協力内容	歯科診療、訪問歯科診療	

(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 ()	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無	1 あり 2 なし		
居室利用権の取扱い			
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)
	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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

留意事項	自立及び介護保険法における、要支援1から要介護5までの認定を受けた65歳以上の高齢者及び第2号被保険者。	
契約の解除の内容	<p>・以下のいずれかに該当する場合に、契約は終了するものとします。</p> <p>1、特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書第15条の契約の終了事由に該当した場合</p> <p>2、入居者からの契約解除に基づき解除をおこなった場合</p> <p>3、事業者からの契約解除に基づき解除を通告し、予告期間が満了した場合</p> <p>・入居者は以下に該当した時は30日以上前に規定様式の解約届を事業者へ提出し、契約を解除することができます。</p> <p>1、入居者及び身元引受人が退去を希望する場合。</p> <p>2、事業者若しくはサービス従事者が正当な理由なく特定施設サービスを実施しない場合。</p> <p>3、事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反したとき。</p> <p>4、事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失により入居者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為その他重大な事情が認められる場合。</p> <p>5、他の入居者が入居者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。</p> <p>・事業者は以下に該当した時は、30日以上予告期間をもって契約を解除することができます。</p> <p>1、他の入居者の生活、又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき。</p> <p>2、利用料等の支払いを3ヶ月以上滞納したとき。</p> <p>3、入居時の提出書類で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。</p> <p>4、入院、外出等で3ヶ月以上居室を利用できなくなったとき。</p> <p>5、その他、利用契約の条項に反したとき。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第29条
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	<p>1 あり</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	50人	
その他	<p>生活のご様子を弊社のブログや広報誌に掲載する事があります。</p> <p>「処遇改善加算」</p> <p>介護職員の処遇改善の為、月額介護保険料の8.2%が処遇改善加算として加算されます。</p>	

	<p>「介護職員等ベースアップ等支援加算」</p> <p>厚生労働省が定めた制度で、コロナの克服と人材確保、職員の定着率の向上とサービスの質を維持するため、上記の加算に加え、介護保険料の1.5%が加算となります。</p>
--	--

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の必要はありません）。

（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		0.5
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員				
介護職員	17	13	4	15.0
看護職員	3	2	1	2.4
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				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2}			40時間	
<p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※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。</p>				

(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	7	6	1
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	1		1
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			
理学療法士	1	1	
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			
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 (17時～ 翌9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		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 (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	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	

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）	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	1	1	3	1							
前年度1年間の退職者数			2								
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	1	3	1						
	1年以上3年未満	1		5	3	1	1		1		
	3年以上5年未満			4							
	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					

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	1 全額前払い方式	
	※該当する方式を全て選択	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	1 あり	2 なし	

額設定		
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い		<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する。
	手続き	運営懇談会において入居者もしくは身元引受人に説明する。

(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
入居者の状況	要介護度	要介護1	自立
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	13.16㎡	13.16㎡
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 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		194,910円	233,370円
家賃		52,500円	52,500円
サービス費用	介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護※ ₁ の費用	16,140円 (要支援1相当額)
		食費	58,320円
	管理費	56,950円	
	介護費用	0円	
	光熱水費	(実費)約11,000円	
	その他	0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)

費用	算定根拠
家賃	オーナーとの契約が1室 52,500 円のため。
敷金	なし
介護費用	<p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> <p>【自立の方】</p> <p>要支援1の介護報酬の10割相当額を負担</p>
管理費	<p>50床施設の共用部分管理にかかる月額費用の平均は (当社施設のデータより)</p> <p>共用部分の月額平均管理費用・・・約 2,847,500 円</p> <p>これを利用者数で按分すると 2,847,500 円÷50名=56,950 円</p> <p>上記により、管理費を月額 56,950 円(税込)に設定しています。</p>
食費	<p>給食費の委託契約料を含む1日 1,200 円</p> <p>その他、給食に関わる水道光熱費や消耗品費、備品等を考えると 1日 1,800 円となり、1食あたり 600 円となります。</p> <p>これを1ヶ月分と考えると</p> <p>600 円×3食(おやつ含む)×30日=54,000 円</p> <p>上記により、食費は 54,000 円に設定しています。</p> <p>消費税 4,320 円を含み、月額 58,320 円となります。</p> <p>※給食に関わる水道光熱費や消耗品費、備品等について (当社施設のデータより)年間 約 5,400,000 円</p> <p>内訳：厨房設備の修繕・購入 3,500,000 円 什器・調理用品等の購入 600,000 円 ごみ処理・消毒費・グリストラップ清掃等 1,300,000 円</p>
光熱水費	<p><水道料金> 約 3,000 円。</p> <p><電気料金> 約 8,000 円。</p> <p>電気メーターより使用分の実費負担となります。</p> <p>“基本料金+(単価×使用料)にて算出”</p>
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	<p>退去時におけるマットクリーニング 3,300 円(消費税 300 円含む)</p> <p>退去時における居室清掃・消毒にかかる費用 33,000 円(消費税 3,000 円を含む)</p> <p>退去時における補修費 実費</p>

(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

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護*に対する自己負担	【要支援・要介護の方】 介護報酬の告示上の額
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。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間(償却年月数)		ヶ月
償却の開始日		入居日
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(初期償却額)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他(名称:)	

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人
	女性	41人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	9人
	85歳以上	41人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	24人

	要介護 2	11 人
	要介護 3	9 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	6 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	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	90 歳
入居者数の合計	50 人
入居率*	100%
※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	1 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	3 人
	死亡者	8 人
	その他	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	4 人
		(解約事由の例) 長期入院他

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		さわやかさくらのもり
電話番号		018-889-2007
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		なし

窓口の名称		秋田市 介護保険課
電話番号		018-888-5674
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		

窓口の名称		秋田県国民健康保険団体連合会
電話番号		018-883-1550
対応している時間	平日	
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		

(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) サービスの提供に伴って当事業所の責任により利用者の生、身体、財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償いたします。但し、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められた場合には、事業者の損害賠償責任が生じない場合があります。
	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) 保険会社と協議の上、対応を行います。
	2 なし	

事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	年2回(3月・10月)
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2なし
2なし			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	2023/1/25(予定)
		評価機関名称	秋田県社会福祉協議会
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 2年回
	2なし	
	<input type="checkbox"/> 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		
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 印

説明年月日 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。

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	<input type="checkbox"/> なし		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> あり	なし	さわやか桜館	秋田県仙北市角館町西長野中泊 126-2
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者介護	<input type="checkbox"/> あり	なし	さわやか桜館 さわやか桜弐番館 さわやか桜参番館	秋田県仙北市角館町西長野中泊 126-2 秋田市卸町 1 丁目 10-3 秋田市御所野堤台 1 丁目 6-88
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> あり	なし	さわやか桜館	秋田県仙北市角館町西長野中泊 126-2
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		

介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	さわやか桜館 さわやか桜貳番館 さわやか桜参番館	秋田県仙北市角館町西長野中 泊 126-2 秋田市卸町 1 丁目 10-3 秋田市御所野堤台 1 丁目 6-88
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		
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

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	実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	
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	
個人的な事情での外出や通院介助	なし	あり	なし	あり	協力医療機関以外は1,650円/時間
生活サービス					
居室清掃	なし	あり	なし	あり	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	寝具リース料85円/日
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	実費負担4,708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	実費負担（相談して下さい）
おやつ			なし	あり	
理美容師による理美容サービス			なし	あり	訪問理美容1,100円～
買い物代行	なし	あり	なし	あり	施設外への買い物代行は1,100円/時間

役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
金銭・貯金管理			なし	あり				1,100円	預り金手数料1,100円/月
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり				○	医療費自己負担。年2回実施。
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				○	1,650円/時間
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				○	協力医療機関以外は1,650円/時間
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。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービスの費用に含まれる場合と、サービスの都度支払う場合に応じて、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。