

# 重要事項説明書

医療法人 祥仁会

サービス付き高齢者向け住宅 優希

介護予防特定施設入居者生活介護事業所

特定施設入居者生活介護事業所

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和7年7月1日 |
| 記入者   | 山形 優樹    |
| 所属・職名 | 管理者      |

## 1. 設置者概要

|            |                                     |              |
|------------|-------------------------------------|--------------|
| 種類         | 法人                                  |              |
|            | ※法人の場合、その種類 医療法人                    |              |
| 名称         | (ふりがな) いりょうほうじん しょうじんかい<br>医療法人 祥仁会 |              |
| 主たる事務所の所在地 | 〒319-1301<br>茨城県日立市十王町伊師 3456 番地 7  |              |
| 連絡先        | 電話番号                                | 0294-39-3232 |
|            | F A X番号                             | 0294-39-2972 |
|            | ホームページ<br>アドレス                      | なし           |
| 代表者        | 氏名                                  | 中村 久         |
|            | 職名                                  | 理事長          |
| 設立年月日      | 平成 10 年 8 月 10 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) さーびすつきこうれいしゃmuけじゅうたく ゆうき<br>サービス付き高齢者向け住宅 優希 |                        |
| 所在地           | 〒010-1407<br>秋田県秋田市南ヶ丘 1 丁目 3 番 2 号                 |                        |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                                 | 秋田駅                    |
|               | 交通手段と<br>所要時間                                       | 自動車利用の場合<br>秋田駅から 20 分 |
| 連絡先           | 電話番号                                                | 018-892-7108           |
|               | F A X番号                                             | 018-892-7109           |
|               | ホームページ<br>アドレス                                      | なし                     |
| 管理者           | 氏名                                                  | 山形 優樹                  |
|               | 職名                                                  | 管理者                    |
| 建物の竣工日        | 平成 23 年 1 月 27 日                                    |                        |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成 23 年 3 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<br>該当する場合 | 介護保険事業者番号  | 0570119248      |
|                    | 指定した自治体名   | 秋田県（市）          |
|                    | 事業所の指定日    | 平成 23 年 3 月 1 日 |
|                    | 指定の更新日（直近） | 令和 5 年 1 月 16 日 |

3. 建物概要

|           |      |                        |                                          |
|-----------|------|------------------------|------------------------------------------|
| 土地        | 敷地面積 | 1930.15 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>2 なし                             |
|           |      | 契約の自動更新                | 1 あり 2 なし                                |
|           | 建物   | 延床面積                   | 全体 978.08 m <sup>2</sup>                 |
|           |      | うち、老人ホーム部分             | 978.08 m <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>2 なし                             |
|           |      | 契約の自動更新                | 1 あり 2 なし                                |
| 居室<br>の状況 | 居室区分 | 1 全室個室                 |                                          |
|           |      | 2 相部屋あり                |                                          |
|           |      | 最少                     | 人<br>部屋                                  |
|           |      | 最大                     | 人<br>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 m <sup>2</sup>               | 10                               | 介護居室個室 |
| タイプ 2   | 有/無                       | 有/無                                                     | 18.75 m <sup>2</sup>               | 10                               | 介護居室個室 |
| タイプ 3   | 有/無                       | 有/無                                                     | 19.12 m <sup>2</sup>               | 2                                | 介護居室個室 |
| タイプ 4   | 有/無                       | 有/無                                                     | 19.25 m <sup>2</sup>               | 2                                | 介護居室個室 |
| タイプ 5   | 有/無                       | 有/無                                                     | m <sup>2</sup>                     |                                  |        |
| タイプ 6   | 有/無                       | 有/無                                                     | m <sup>2</sup>                     |                                  |        |
| タイプ 7   | 有/無                       | 有/無                                                     | m <sup>2</sup>                     |                                  |        |
| タイプ 8   | 有/無                       | 有/無                                                     | m <sup>2</sup>                     |                                  |        |
| タイプ 9   | 有/無                       | 有/無                                                     | m <sup>2</sup>                     |                                  |        |
| タイプ 10  | 有/無                       | 有/無                                                     | m <sup>2</sup>                     |                                  |        |
| <hr/>   |                           |                                                         |                                    |                                  |        |
| 共用施設    | 共用便所における便房                | 3ヶ所                                                     | うち男女別の対応が可能な便房                     |                                  | 2ヶ所    |
|         |                           |                                                         | うち車椅子等の対応が可能な便房                    |                                  | 3ヶ所    |
|         | 共用浴室                      | 4ヶ所                                                     | 個室                                 |                                  | 4ヶ所    |
|         |                           |                                                         | 大浴場                                |                                  | ヶ所     |
|         | 共用浴室における介護浴槽              | 2ヶ所                                                     | チェア一浴                              |                                  | 2ヶ所    |
|         |                           |                                                         | リフト浴                               |                                  | 2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施設          | 1あり 2なし                                                 |                                    |                                  |        |
|         | エレベーター                    | 1あり(車椅子対応)<br>2あり(ストレッチャー対応)<br>3あり(上記1・2に該当しない)<br>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                                                 |                                    |                                  |        |
| 緊急通報装置等 | 居室<br>1あり<br>2一部あり<br>3なし | 便所<br>1あり<br>2一部あり<br>3なし                               | 浴室(更衣室にもあり)<br>1あり<br>2一部あり<br>3なし | その他(共用便所)<br>1あり<br>2一部あり<br>3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        | ひとりひとりの「個性」と「尊厳」を尊重し、稳やかで心身ともに充実、安定した生活環境を提供します。                                            |      |      |
| サービスの提供内容に関する特色 | 透析を受けている方でも透析室のある有床診療所と隣接しているので、転院された場合は通院に便利です。<br>※秋田南クリニックの場合は無料送迎<br>※秋田南クリニック（内科・泌尿器科） |      |      |
| 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 | 2 なし |
|                                |                | ( II ) | 1 あり | 2 なし |
|                                | 生活機能向上連携加算     | ( I )  | 1 あり | 2 なし |
|                                |                | ( II ) | 1 あり | 2 なし |
|                                | ADL 維持等加算      | ( I )  | 1 あり | 2 なし |
|                                |                | ( II ) | 1 あり | 2 なし |
|                                | 個別機能訓練加算       | ( I )  | 1 あり | 2 なし |
|                                |                | ( II ) | 1 あり | 2 なし |
|                                | 夜間看護体制加算       | ( I )  | 1 あり | 2 なし |
|                                |                | ( II ) | 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 |
|                                | 協力医療機関連携加算     | ( I )  | 1 あり | 2 なし |
|                                |                | ( II ) | 1 あり | 2 なし |
|                                | 口腔衛生管理体制加算     |        | 1 あり | 2 なし |
|                                | 口腔・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 |
|                                | 退居時情報提供加算      |        | 1 あり | 2 なし |
|                                | 看取り介護加算        | ( I )  | 1 あり | 2 なし |
|                                |                | ( II ) | 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 |
|                                | 高齢者施設等感染対策向上加算 | ( I )  | 1 あり | 2 なし |
|                                |                | ( II ) | 1 あり | 2 なし |

|                          |              |                      |      |
|--------------------------|--------------|----------------------|------|
|                          | 新興感染症等施設療養費  | 1 あり                 | 2 なし |
| 生産性向上推進体制<br>加算          | ( I )        | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( II )       | 1 あり                 | 2 なし |
| サービス提供体制<br>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 |
| 介護職員等処遇改善<br>加算          | ( I )        | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( II )       | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( III )      | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( IV )       | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( V ) ( 1 )  | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( V ) ( 2 )  | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( V ) ( 3 )  | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( V ) ( 4 )  | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( V ) ( 5 )  | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( V ) ( 6 )  | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( V ) ( 7 )  | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( V ) ( 8 )  | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( V ) ( 9 )  | 1 あり                 | 2 なし |
|                          | ( V ) ( 10 ) | 1 あり                 | 2 なし |
| 人員配置が手厚い<br>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)<br>: 1 |      |
|                          | 2 なし         |                      |      |

(医療連携の内容)

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------|--------|------------------|----------------|---------|---------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------|------|--|
| 医療支援<br>※複数選択可                | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input type="checkbox"/> 3 通院介助<br><input type="checkbox"/> 4 その他 ( 往診 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
|                               | <table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>秋田南クリニック</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>秋田県秋田市南ヶ丘1丁目3番1号</td> </tr> <tr> <td>診療科目</td> <td>内科・泌尿器科</td> </tr> <tr> <td>協力内容</td> <td>           入所者の病状の急変時<br/>           等において相談対応を行<br/>           う体制を常時確保<br/><br/>           診療の求めがあった場合<br/>           において診療を行う<br/>           体制を常時確保         </td> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし         </td> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし         </td> </tr> </table> | 名称                            | 秋田南クリニック       | 住所     | 秋田県秋田市南ヶ丘1丁目3番1号 | 診療科目           | 内科・泌尿器科 | 協力内容    | 入所者の病状の急変時<br>等において相談対応を行<br>う体制を常時確保<br><br>診療の求めがあった場合<br>において診療を行う<br>体制を常時確保 |                               | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |    | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |      |  |
| 名称                            | 秋田南クリニック                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
| 住所                            | 秋田県秋田市南ヶ丘1丁目3番1号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
| 診療科目                          | 内科・泌尿器科                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
| 協力内容                          | 入所者の病状の急変時<br>等において相談対応を行<br>う体制を常時確保<br><br>診療の求めがあった場合<br>において診療を行う<br>体制を常時確保                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
|                               | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
|                               | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関             | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>医療機関の名称</td> <td>秋田南クリニック</td> </tr> <tr> <td></td> <td>医療機関の住所</td> <td>秋田県秋田市南ヶ丘1丁目3番1号</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 なし</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 あり |                |        | 医療機関の名称          | 秋田南クリニック       |         | 医療機関の住所 | 秋田県秋田市南ヶ丘1丁目3番1号                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 なし |                                                             |    |                                                             |      |  |
| <input type="checkbox"/> 1 あり |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
|                               | 医療機関の名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 秋田南クリニック                      |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
|                               | 医療機関の住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 秋田県秋田市南ヶ丘1丁目3番1号              |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
| <input type="checkbox"/> 2 なし |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
| 協力歯科医療機関                      | <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">1</td> <td>名称</td> <td>広幡歯科医院</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>秋田県秋田市南通築地2-14</td> </tr> <tr> <td>協力内容</td> <td>往診など</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2</td> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>協力内容</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                             | 名称             | 広幡歯科医院 | 住所               | 秋田県秋田市南通築地2-14 | 協力内容    | 往診など    | 2                                                                                | 名称                            |                                                             | 住所 |                                                             | 協力内容 |  |
| 1                             | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               | 広幡歯科医院         |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
|                               | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               | 秋田県秋田市南通築地2-14 |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
|                               | 協力内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 往診など                          |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
| 2                             | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
|                               | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |
|                               | 協力内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                |        |                  |                |         |         |                                                                                  |                               |                                                             |    |                                                             |      |  |

(入居に関する要件)

|                |                                                 |                                                             |
|----------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 入居対象となる者       | 自立している者                                         | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                | 要支援の者                                           | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                | 要介護の者                                           | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 留意事項           | 常時高度医療を受ける必要のない方<br>自傷他害の恐れなく、他入居者と円滑な共同生活ができる方 |                                                             |
| 契約の解除の内容       | 建物賃貸借契約書11条（契約の解除）<br>建物賃貸借契約書12条（乙からの解約）       |                                                             |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項                                            | 建物賃貸借契約書11条（契約の解除）                                          |
|                | 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        | 1 あり (内容 : ) <input type="checkbox"/> 2 なし      |                                                             |
| 入居定員           | 24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※ <sup>1</sup><br>※ <sup>2</sup> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|----------|----------------------------------------|
|                                                                                                              | 合計       |       | 常勤（常勤兼務） |                                        |
| 管理者                                                                                                          | 1        | (1)   | 0        | 0.5                                    |
| 生活相談員                                                                                                        | 1        | 1     | 0        | 1.0                                    |
| 直接処遇職員                                                                                                       |          |       |          |                                        |
| 介護職員                                                                                                         | 19       | 6 (2) | 11       | 9.3                                    |
| 看護職員                                                                                                         | 4        | 1     | 3        | 2.0                                    |
| 機能訓練指導員                                                                                                      | 1        | 0     | 1        | 0.2                                    |
| 計画作成担当者                                                                                                      | 1        | (1)   | 0        | 0.5                                    |
| 栄養士又は管理栄養士                                                                                                   | 外部委託     |       |          |                                        |
| 調理員                                                                                                          | 外部委託     | 0     | 0        |                                        |
| 事務員                                                                                                          | 1        | 0     | 1        | 0.2                                    |
| その他職員                                                                                                        | 0        | 0     | 0        |                                        |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※ <sup>2</sup>                                                                         |          |       |          |                                        |
| ※ <sup>1</sup> 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、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。 |          |       |          |                                        |
| ※ <sup>2</sup> 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  |    |     |
| 介護福祉士     | 1  | 1  |     |
| 実務者研修の修了者 | 1  | 1  |     |
| 初任者研修の修了者 | 2  | 2  |     |
| 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       |    |    |     |
| 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 30 分～ 8 時 30 分) |       |                 |
|---------------------------------|-------|-----------------|
|                                 | 平均人数  | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                            | 0.5 人 | 1 人             |
| 介護職員                            | 1.5 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                                  | 契約上の職員配置比率*                      | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>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) |                                                          |
| ※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                                  |                                  | 1.1 : 1                                                  |
| 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 |      | 初任者研修 |      |         |     |
|                      |               | 2 なし     |     |        |      |       |      |         |     |
|                      |               | 看護職員     |     | 介護職員   |      | 生活相談員 |      | 機会訓練指導員 |     |
|                      |               | 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<br>の採用者数      |               |          |     | 2      | 1    |       |      |         |     |
| 前年度1年間<br>の退職者数      |               |          |     | 1      |      | 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      | 3    |       |      |         |     |
|                      | 1年以上<br>3年未満  |          | 3   |        | 6    | 1     |      |         |     |
|                      | 3年以上<br>5年未満  |          |     |        |      |       |      |         |     |
|                      | 5年以上<br>10年未満 |          |     | 2      |      |       |      | 1       |     |
|                      | 10年以上         | 1        |     | 4      | 2    |       |      | 1       |     |
|                      | 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                             | 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                          | 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                                                                 |                                   |
|                                     | 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<br>金額設定                   | 1 あり                                                                                                    | 2 なし                              |
| 入院等による不在時に<br>おける利用料金<br>(月払い) の取扱い | 1 減額あり<br>2 日割り計算で減額<br>(協力医療機関以外で入院の場合は家賃減額なし<br>その他の料金(食費や共益費など)は日割り計算)<br>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<br>の改定                         | 条件                                                                                                      | 建物賃貸借契約書4条(賃料)<br>建物賃貸借契約書5条(共益費) |
|                                     | 手続き                                                                                                     | 協議の上                              |

(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                          | 要支援 1                | 要介護 3                |
|                                                                                                                         | 年齢                            | 72 歳                 | 86 歳                 |
| 居室の状況                                                                                                                   | 床面積                           | 18.00 m <sup>2</sup> | 18.00 m <sup>2</sup> |
|                                                                                                                         | 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<br>必要な費用                                                                                                          | 前払金                           | 円                    | 円                    |
|                                                                                                                         | 敷金                            | 50,000 円             | 50,000 円             |
| 月額費用の合計                                                                                                                 |                               | 124,999 円            | 149,704 円            |
| 家賃                                                                                                                      |                               | 50,000 円             | 50,000 円             |
| サービス費用<br><br>介護保険外 <sup>※2</sup>                                                                                       | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 5,490 円              | 20,370 円             |
|                                                                                                                         | 食費                            | 45,000 円             | 45,000 円             |
|                                                                                                                         | 共益費                           | 13,000 円             | 13,000 円             |
|                                                                                                                         | 介護費用                          | 円                    | 円                    |
|                                                                                                                         | 光熱水費                          | 円                    | 円                    |
|                                                                                                                         | その他<br>館内洗濯乾燥機使用代             | 1,100 円              |                      |
|                                                                                                                         | 個人消耗品等立替分                     | 10,409 円             | 21,334 円             |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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する介護費用は、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）</p> |                               |                      |                      |

(利用料金の算定根拠)

| 費用                   | 算定根拠                  |
|----------------------|-----------------------|
| 家賃                   | 同種建物の家賃と比較した相場        |
| 敷金                   | 家賃の 1 ヶ月分             |
| 介護費用                 | ※別添 2                 |
| 管理費                  | 算定していない               |
| 食費                   | 外部委託（人件費・食材費・水道光熱費など） |
| 光熱水費                 | 算定していない               |
| 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          | 別添 2                  |

(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                           | 介護保険請求額の 1 割から 3 割 |
| 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<br>(上乗せサービス) | 算定していない            |
| ※ 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            | 5 人 |
|       | 女性            | 8 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 1 人 |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 2 人 |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 4 人 |
|       | 85 歳以上        | 6 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         | 8 人 |
|       | 要介護 2         | 2 人 |
|       | 要介護 3         | 1 人 |
|       | 要介護 4         | 0 人 |
|       | 要介護 5         | 0 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 0 人 |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 1 人 |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 9 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 2 人 |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 1 人 |
|       | 15 年以上        | 0 人 |

### (入居者の属性)

|                                                 |        |
|-------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                            | 81.5 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 13 人   |
| 入居率※                                            | 54%    |
| ※ 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      | 2人                                 |
|         | 社会福祉施設   | 1人                                 |
|         | 医療機関     | 3人                                 |
|         | 死亡者      | 0人                                 |
|         | その他      | 0人                                 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 3人                                 |
|         |          | (解約事由の例)<br>主治医の判断と家族との協議のうえ転院 3人  |
|         | 入居者側の申し出 | 3人                                 |
|         |          | (解約事由の例)<br>体調が良くなってきたから自宅に戻りたい 2人 |
|         |          | 専門施設に入居させたい 1人                     |

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     | 018-892-7108 |        |
| 対応している時間 | 平日           | 9時～17時 |
|          | 土曜           | 9時～17時 |
|          | 日曜・祝日        | 9時～17時 |
| 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)<br>利用契約書 14 条 (損害賠償責任) |
|                               | 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)<br>利用契約書 14 条 (損害賠償責任) |
|                               | 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    | アンケート調査 隨時<br>意見箱の設置 常時 |
|                                  |      | 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    | 令和7年1月20日               |
|                                  |      | 評価機関名称 | 秋田県社会福祉協議会              |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし               |
| 2 なし                             |      |        |                         |

9. 入居希望者への事前情報開示

|          |                                       |
|----------|---------------------------------------|
| 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                                            | 1 あり                                                           | (開催頻度) 年 2 回                                  |           |
|                                                  | 2 なし                                                           |                                               |           |
|                                                  | 1 代替措置あり                                                       | (内容)                                          |           |
| 2 代替措置なし                                         |                                                                |                                               |           |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況                                 | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催                                             |                                               | 1 あり 2 なし |
|                                                  | 指針の整備                                                          |                                               | 1 あり 2 なし |
|                                                  | 定期的な研修の実施                                                      |                                               | 1 あり 2 なし |
|                                                  | 担当者の配置                                                         |                                               | 1 あり 2 なし |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況                              | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催                                              |                                               | 1 あり 2 なし |
|                                                  | 指針の整備                                                          |                                               | 1 あり 2 なし |
|                                                  | 定期的な研修の実施                                                      |                                               | 1 あり 2 なし |
|                                                  | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと               |                                               |           |
|                                                  | 1 あり                                                           | 身体的拘束等を行う場合の様および時間、入居者の状況ならびに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | 1 あり 2 なし |
|                                                  |                                                                | 2 なし                                          |           |
| 業務継続計画の策定状況等                                     | 感染症に関する業務継続計画                                                  |                                               | 1 あり 2 なし |
|                                                  | 災害に関する業務継続計画                                                   |                                               | 1 あり 2 なし |
|                                                  | 職員に対する周知の実施                                                    |                                               | 1 あり 2 なし |
|                                                  | 定期的な研修の実施                                                      |                                               | 1 あり 2 なし |
|                                                  | 定期的な訓練の実施                                                      |                                               | 1 あり 2 なし |
|                                                  | 定期的な業務継続計画の見直し                                                 |                                               | 1 あり 2 なし |
| 提携ホームへの移行                                        | 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合してない |
| 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

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  |
| 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  |
| 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  |
| <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※ <sup>1</sup> ） | 個別の利用料で、実施するサービス<br>(利用者が全額負担) |    |    | 包含※ <sup>2</sup> | 都度※ <sup>2</sup> | 備考                                                                      |
|                                  |                                                |                                |    |    | 料金※ <sup>3</sup> |                  |                                                                         |
| 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 |                  |                  |                                                                         |
| 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 |                  |                  |                                                                         |
| 通院介助                             | なし                                             | あり                             | なし | あり |                  | ○                | 1,000 円<br>片道 1 時間以内の距離まで付添可能<br>協力医療機関以外の通院介助は 1,000 円<br>(別途交通費負担 実費) |
| 口腔衛生管理                           | なし                                             | あり                             | なし | あり |                  |                  |                                                                         |
| 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 |                  |                  |                                                                         |
| 日常の洗濯                            | なし                                             | あり                             | なし | あり |                  | ○                | 館内洗濯乾燥機使用の場合<br>洗濯機 乾燥機 各 110 円                                         |
| 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 |                  |                  | 事業所の指定日は無料                                                              |
| 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 |  | ○ | 実費                     | 約2ヵ月に1回（希望者）訪問理容                                                                              |
| 買い物代行            | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 1,000円                 | 事業所指定日は無料                                                                                     |
| 役所手続き代行          | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 1,000円                 | 事業所指定日は無料                                                                                     |
| 金銭・貯金管理          |    |    | なし | あり |  | ○ | 3,000円                 | 管理費 月3,000円                                                                                   |
| 健康管理サービス         |    |    |    |    |  |   |                        |                                                                                               |
| 定期健康診断           |    |    | なし | あり |  |   | 年2回<br>※透析を受けている方は毎月実施 |                                                                                               |
| 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 |  | ○ | 実費                     | 協力医療機関以外への入退院時・入院中サービスは有料<br>付添・代行料金、交通費などを負担していただきます<br>協力医療機関への入院時は洗濯乾燥機使用や代行などの料金は負担していました |
| 入退院時の同行          | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 1,000円                 |                                                                                               |
| 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～3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。