

## 重要事項説明書

|       |  |
|-------|--|
| 記入年月日 |  |
| 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                       | 医療法人                       |
| 名称         | (ふりがな) いりょうほうじんけいしんかい<br>医療法人 慧眞会 |                            |
| 主たる事務所の所在地 | 〒019-2413 秋田県大仙市協和上淀川字五百刈田277番地1  |                            |
| 連絡先        | 電話番号                              | 018-892-2881               |
|            | FAX番号                             | 018-892-2888               |
|            | メールアドレス                           | Kyjimu12@miracle.ocn.ne.jp |
|            | ホームページアドレス                        | http://keisinkai-akita.net |
| 代表者        | 氏名                                | 穂積 慧                       |
|            | 職名                                | 理事長                        |
| 設立年月日      | 1990 年 3 月 14 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) ゆうりょうろうじんほーむさんふえざんと<br>有料老人ホーム サンフェザント |   |
| 所在地      | 〒019-2413<br>秋田県大仙市協和上淀川字五百刈田277番5            |   |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅   | 羽後境駅  |
|          | 交通手段と所要時間                                     | バス利用の場合<br>・羽後交通境営業所よりバスで乗車10分、協和病院前停留所で下車、徒歩1分 |

|               |            |                            |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
| 連絡先           | 電話番号       | 018-853-8990               |
|               | FAX番号      | 018-892-3033               |
|               | メールアドレス    | Kyjimu12@miracle.ocn.ne.jp |
|               | ホームページアドレス | http://keisinkai-akita.net |
| 管理者           | 氏名         | 高橋 英樹                      |
|               | 職名         | 施設長                        |
| 建物の竣工日        |            | 2012年10月1日                 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 2012年10月15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)<br>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)<br>3 住宅型<br>4 健康型 |             |             |
| 1 又は 2 に<br>該当する場<br>合   | 介護保険事業者番号   | 0570821397  |
|  | 指定した自治体名    | 秋田県         |
|  | 事業所の指定日     | 2012年10月15日 |
|  | 指定の更新日 (直近) | 2018年10月14日 |

3. 建物概要

|                          |         |                                 |          |
|--------------------------|---------|---------------------------------|----------|
| 土地                       | 敷地面積    | 2651.60㎡                        |          |
|                          | 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 (普通賃借・定期賃借) |         |                                 |          |
| 抵当権の有無                   |         | 1 あり                            | 2 なし     |
| 契約期間                     |         | 1 あり<br>(年 月 日 ~ 年 月 日)<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                              | 2407.04㎡ |
|                          |         | うち、老人ホーム部分                      | 2407.04㎡ |
|                          | 耐火構造    | ① 耐火建築物<br>2 準耐火建築物             |          |

|  |  |   |                                   |                      |        |        |
|--|--|---|-----------------------------------|----------------------|--------|--------|
|  |  | 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 (普通賃借・定期賃借)                  |                                   |                      |        |        |
|  |  | 抵当権の設定                                    | 1 あり 2 なし                         |                      |        |        |
|  |  | 契約期間                                      | 1 あり<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日 )<br>2 なし |                      |        |        |
|  |  | 契約の自動更新                                   | 1 あり 2 なし                         |                      |        |        |
| 居室の状況  | 居室区分<br>【表示事項】   | ① 全室個室 (縁故者居室を含む)                         |                                   |                      |        |        |
|  |  | 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A   | ①有/②無                                     | ①有/②無                             | 13.40 m <sup>2</sup> | 52 室   | 介護居室個室 |
|  | タイプB   | ①有/②無                                     | ①有/②無                             | 21.40 m <sup>2</sup> | 4 室    | 介護居室個室 |
| タイプC   | ①有/②無  | ①有/②無                                     | 20.40 m <sup>2</sup>              | 1 室                  | 介護居室個室 |        |
| ※「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<br>便房   | 4ヶ所                                       | うち男女別の対応が可能な便房                    |                      | 4ヶ所    |        |
|  |  |   | うち車椅子等の対応が可能な便房                   |                      | 4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<br>介護浴槽   | 1ヶ所                                       | チェアー浴                             |                      | 1ヶ所    |        |
|  |  |   | リフト浴                              |                      | ヶ所     |        |
|  |  |   | ストレッチャー浴                          |                      | ヶ所     |        |
| その他 ( )  |  |   | ヶ所                                |                      |        |        |
| 食堂   | ① あり 2 なし  |   |                                   |                      |        |        |
| 入居者や家族が利<br>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)<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               | ① あり | 2 一部あり | 3 なし |
|         | 便所               | ① あり | 2 一部あり | 3 なし |
|         | 浴室               | 1 あり | 2 一部あり | ③ なし |
|         | その他 ( )          | 1 あり | 2 一部あり | 3 なし |
| その他     | 避難器具 垂直式救助袋2ヶ所設置 |      |        |      |

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

|                 |   |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針        | 療養病床の転換に伴う施設整備であることから、利用者の方の安定したサービス提供を継続的に行う事を中心に、病院、介護保険施設併設による安心感ある運営を心がけます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 病院、介護保険施設等、同法人内の各事業所との連携による安心感のあるサービス提供   |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | ① 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 食事の提供           | 1 自ら実施 ② 委託 3 なし  |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | 1 自ら実施 ② 委託 3 なし  |
| 健康管理の供与         | ① 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 安否確認又は状況把握サービス  | ① 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 生活相談サービス        | ① 自ら実施 2 委託 3 なし  |

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

|                                |                 |           |
|--------------------------------|-----------------|-----------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 (I)    | 1 あり ② なし |
|                                | 入居継続支援加算 (II)   | 1 あり ② なし |
|                                | 生活機能向上連携加算 (I)  | 1 あり ② なし |
|                                | 生活機能向上連携加算 (II) | 1 あり ② なし |

|                          |                   |                      |
|--------------------------|-------------------|----------------------|
|                          | 個別機能訓練加算（Ⅰ）       | ① あり 2 なし            |
|                          | 個別機能訓練加算（Ⅱ）       | ① あり 2 なし            |
|                          | ADL 維持等加算（Ⅰ）      | 1 あり ② なし            |
|                          | ADL 維持等加算（Ⅱ）      | 1 あり ② なし            |
|                          | 夜間看護体制加算（Ⅰ）       | 1 あり ② なし            |
|                          | 夜間看護体制加算（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            |
|                          | 口腔・栄養スクリーニング加算    | ① あり 2 なし            |
|                          | 科学的介護推進体制加算       | 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            |
|                          | 新興感染症等施設療養費       | 1 あり ② なし            |
|                          | 看取り介護加算（Ⅰ）        | 1 あり ② なし            |
|                          | 看取り介護加算（Ⅱ）        | 1 あり ② なし            |
|                          | 認知症専門ケア加算（Ⅰ）      | 1 あり ② なし            |
|                          | 認知症専門ケア加算（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            |
|                          | 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） | ① あり 2 なし            |
|                          | 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）    | 1 あり ② なし            |
|                          | 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）    | 1 あり ② なし            |
|                          | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）   | ① あり 2 なし            |
|                          | サービス提供体制強化加算（Ⅱ）   | 1 あり ② なし            |
|                          | サービス提供体制強化加算（Ⅲ）   | 1 あり ② なし            |
|                          | 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）    | 1 あり ② なし            |
|                          | 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）    | 1 あり ② なし            |
|                          | 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）    | 1 あり ② なし            |
|                          | 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）    | ① あり 2 なし            |
|                          | 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）    | 1 あり ② なし            |
|                          |                   |                      |
| 人員配置が手厚い介護サービスの<br>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 |   | ① 救急車の手配<br>② 入退院の付き添い<br>③ 通院介助<br>4 その他 ( ) |                           |
| 協力医療機関         | 1 | 名称  | (医) 慧眞会 協和病院              |
|                |   | 住所  | 秋田県大仙市協和上淀川字五百刈田 277 番地 1 |
|                |   | 診療科目  | 内科、心療内科、精神科               |
|                |   | 協力科目  | 内科、心療内科、精神科               |
|                |   | 協力内容  | 訪問診療、急変時の往診、通院、入院対応       |
|                | 2 | 名称  |                           |
|                |   | 住所  |                           |
|                |   | 診療科目  |                           |
|                |   | 協力科目  |                           |
|                |   | 協力内容  |                           |
| 協力歯科医療機関       |   | 名称  | 協和歯科診療所                   |
|                |   | 住所  | 秋田県大仙市協和境字野田 2 1 - 3      |
|                |   | 協力内容  | 歯科診療全般、口腔ケアおよび口腔ケアのアドバイス  |

(入居に関する要件)

|                    |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| 入居対象となる者<br>【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               | 自立又は要支援になった場合は対応不可   |                      |
| 契約解除の内容            | 入居契約書に基づく            |                      |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                 | 入居契約書 第 28 条及び第 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            | 1 あり (内容 : )<br>② なし |                      |
| 入居定員               | 57 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）

|  | 職員数（実人数） |     | 常勤換算人数<br>※1※2 |
|--|----------|-----|----------------|
|  | 合計       | 常勤  |                |
| 管理者  | 0.5      | 0.5 | 0.5            |
| 生活相談員  | 1        | 1   | 1.0            |
| 直接処遇職員   | 19       | 19  | 19.0           |
| 介護職員   | 17       | 17  | 17.0           |
| 看護職員   | 1.5      | 1.5 | 1.5            |
| 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   |          |     | 35時間           |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 |          |     |                |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。   |          |     |                |

（資格を有している介護職員の人数）

|           | 合計 |     |
|-----------|----|-----|
|           | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士     | 0  | 0   |
| 介護福祉士     | 17 | 17  |
| 実務者研修の修了者 | 0  | 0   |
| 初任者研修の修了者 | 0  | 0   |
| 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 | 0  | 0   |

|             |   |   |  |
|-------------|---|---|--|
| 理学療法士       | 0 | 0 |  |
| 作業療法士       | 1 | 1 |  |
| 言語聴覚士       |   |   |  |
| 柔道整復士       |   |   |  |
| 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～ 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                  | 3 人  | 3 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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>④ 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) | 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    | 看護師 |       |     |         |     |         |     |
|               | 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 |          |     | 3         |     |       |     |         |     |         |     |

|                          |       |   |           |  |   |   |  |   |  |
|--------------------------|-------|---|-----------|--|---|---|--|---|--|
| 前年度1年間の退職者数              |       |   | 3         |  |   |   |  |   |  |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満  |   | 3         |  |   |   |  |   |  |
|                          | 1年以上  | 1 | 2         |  |   | 1 |  |   |  |
|                          | 3年未満  |   |           |  |   |   |  |   |  |
|                          | 3年以上  |   | 1         |  |   |   |  |   |  |
|                          | 5年未満  |   |           |  |   |   |  |   |  |
|                          | 5年以上  |   | 3         |  | 1 |   |  | 1 |  |
|                          | 10年未満 |   |           |  |   |   |  |   |  |
| 10年以上                    | 2     |   | 7         |  |   |   |  |   |  |
| 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<br>【表示事項】              | 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<br>【表示事項】           | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式                       |  |
|                                | 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金額設定                  | 1 あり ② なし  |  |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額なし<br>② 日割り計算で減額<br>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |  |
| 利用料金の改定                        | 条件   | 社会情勢の変化及び関係法令の改正等                        |
|                                | 手続き  | 運営懇話会で意見を聴取し、理事会で討議し、理事長の承認によって決定。懇話会で説明 |

### (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

|        |      | プラン1 (タイプA) | プラン2 (タイプB) |
|--------|------|-------------|-------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 3           | 4           |
|        | 年齢   | 88歳         | 82歳         |
| 居室の状況  | 床面積  | 13.40㎡      | 21.40㎡      |
|        | 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         |          |
|   | 敷金                            |           | 円         |          |
| 月額費用の合計   |                               | 143,790 円 | 175,740 円 |          |
| 家賃  |                               | 30,000 円  | 60,000 円  |          |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 20,370 円  | 22,320 円  |          |
|   | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費        | 51,510 円  | 51,510 円 |
|   |                               | 管理費       | 38,500 円  | 38,500 円 |
|   |                               | 介護費用      | 円         | 円        |
|   |                               | 光熱水費      | 円         | 円        |
|   |                               | その他       | 3,410 円   | 3,410 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）</p> |                               |           |           |          |

(利用料金の算定根拠)

| 費目                   | 算定根拠  |
|----------------------|---|
| 家賃                   | タイプA: 30,000 円 タイプB: 60,000 円 タイプC: 51,000 円        |
| 敷金                   | なし  |
| 介護費用                 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。                               |
| 管理費                  | 38,500 円 (月額): 光熱費、居室清掃代、施設管理費、事務職員人件費 (月途中の入居は日割り) |
| 食費                   | 1,717 円 (日額)  |
| 光熱水費                 | なし  |
| 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          | 洗濯代、寝具代等の外部委託費 別添3 (サンフェザント利用料のご案内) 参照              |

(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 <sup>※</sup> に対する自己負担                       | 要介護度に応じて介護費用の1割~3割(一定以上の所得者)を徴収 |
| 特定施設入居者生活介護 <sup>※</sup> 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。                                     |                                 |

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          | 31人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 0人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 2人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 8人  |
|       | 85歳以上       | 30人 |
| 要介護度別 | 自立          | 0人  |
|       | 要支援 1       | 0人  |
|       | 要支援 2       | 0人  |
|       | 要介護 1       | 15人 |
|       | 要介護 2       | 5人  |
|       | 要介護 3       | 11人 |
|       | 要介護 4       | 9人  |
|       | 要介護 5       | 2人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 3人  |
|       | 6ヶ月以上 1年未満  | 3人  |
|       | 1年以上 5年未満   | 23人 |
|       | 5年以上 10年未満  | 9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  | 88.1歳 |
| 入居者数の合計   | 40人   |
| 入居率※  | 71.4% |
| ※ 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。 |       |

(前年度における退居者の状況)

|         |        |     |
|---------|--------|-----|
| 退居先別の人数 | 自宅等    | 6人  |
|         | 社会福祉施設 | 5人  |
|         | 医療機関   | 31人 |
|         | 死亡     | 3人  |

|         |  |     |
|---------|--|-----|
|         | その他  | 0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                                     | 12人 |
|         | (解約事由の例)<br>他社会福祉施設・介護保険施設への入居、自宅への退居、病院への入院 |     |

### 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                   |  | 事務室 生活相談員    |              |
| 電話番号                    |  | 018-853-8990 |              |
| 対応している時間                | 平日                                       | 9時～17時       |              |
|                         | 土曜                                       |              |              |
|                         | 日曜・祝日                                    |              |              |
| 定休日                     |  | 土日祝祭日 意見箱を設置 |              |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等 |  |              |              |
| 窓口の名称                   | 秋田県国民国保連合会 大曲仙北介護保険事務所 大仙市地域包括支援センター(西部) |              |              |
| 電話番号                    | 018-883-1550                             | 0187-86-3910 | 0187-87-3970 |

(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 | 施設賠償責任保険に加入                      |
|                               | 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 | 上記保険で対応し、法的、社会的責任において解決を図るものとする。 |
|                               | 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    | 令和6年5月1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<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 1 回<br>(主な内容) 入居者の状況、要介護者の状況<br>サービス提供の状況、事業計画等<br>(会議録の閲覧) ①あり 2 なし |
|  | 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<br>【表示事項】                        | 1 あり (提携ホーム名: )<br>② なし   |   |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第 29 条第 1 項に規定<br>する届出 | ① あり 2 なし<br>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<br>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<br>要 |   |
| 高齢者の居住の安定確保に関                              | 1 あり ② なし   |   |

|  |  |
|--|--|
| 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                  |  |
| 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  |
|  |  |
| 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 適合していない | 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（事業主体が実施する他の介護サービス等）  
別添2（有料老人ホームが提供するサービスの一覧表）  
別添3（サンフェザント利用料のご案内）

有料老人ホーム サンフェザント利用に係る重要事項の説明を受けました。

入居者氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

説明年月日                      年    月    日

説明者署名

## 事業主体が実施する他の介護サービス等

| 介護サービス等の種類                     |    | 併設・隣接の状況 | 事業所の名称  | 所在地                        |
|--------------------------------|----|----------|---------|----------------------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>          |    |          |         |                            |
| 訪問介護                           | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 訪問入浴介護                         | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 訪問看護                           | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 訪問リハビリテーション                    | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 居宅療養管理指導                       | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 通所介護                           | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 通所リハビリテーション                    | あり | なし       | 併設・隣接   | サンダグレイス 大崎市協和上淀川字五百刈田278-5 |
| 短期入所生活介護                       | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 短期入所療養介護                       | あり | なし       | 併設・隣接   | サンダグレイス 大崎市協和上淀川字五百刈田278-5 |
| 特定施設入居者生活介護                    | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 福祉用具貸与                         | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 特定福祉用具販売                       | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>       |    |          |         |                            |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護               | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 夜間対応型訪問介護                      | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 地域密着型通所介護                      | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 認知症対応型通所介護                     | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 小規模多機能型居宅介護                    | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 認知症対応型共同生活介護                   | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護               | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護           | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 看護小規模多機能型居宅介護                  | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 居宅介護支援                         | あり | なし       | サンダグレイス | 大崎市協和上淀川字五百刈田278-5         |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>      |    |          |         |                            |
| 介護予防訪問入浴介護                     | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 介護予防訪問看護                       | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 介護予防訪問リハビリテーション                | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 介護予防居宅療養管理指導                   | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 介護予防通所リハビリテーション                | あり | なし       | 併設・隣接   | サンダグレイス 大崎市協和上淀川字五百刈田278-5 |
| 介護予防短期入所生活介護                   | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 介護予防短期入所療養介護                   | あり | なし       | 併設・隣接   | サンダグレイス 大崎市協和上淀川字五百刈田278-5 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護                | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 介護予防福祉用具貸与                     | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 特定介護予防福祉用具販売                   | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>   |    |          |         |                            |
| 介護予防認知症対応型通所介護                 | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護                | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護               | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 介護予防支援                         | あり | なし       |         |                            |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>          |    |          |         |                            |
| 介護老人福祉施設                       | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 介護老人保健施設                       | あり | なし       | 併設・隣接   | サンダグレイス 大崎市協和上淀川字五百刈田278-5 |
| 介護療養型医療施設                      | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 介護医療院                          | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| <b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b> |    |          |         |                            |
| 訪問型サービス                        | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| 通所型サービス                        | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |
| その他の生活支援サービス                   | あり | なし       | 併設・隣接   |                            |

| 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 | 個別の利用料で、実施するサービス                  |            |      | 料金※3 | 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） | (利用者が全額負担) | 包含※2 |      |    |                                  |
| 介護サービス                           |                                   |            |      |      |    |                                  |
| 食事介助                             | なし                                | あり         | あり   |      |    | 介護保険自己負担あり                       |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり         | あり   |      |    | 介護保険自己負担あり                       |
| おむつ代                             | なし                                | あり         | あり   | ○    | 実費 | (利用料のご案内参照)<br>週2回実施、介護保険自己負担分あり |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり         | あり   |      |    | 週2回実施、介護保険自己負担分あり                |
| 特浴介助                             | なし                                | あり         | あり   |      |    | 介護保険自己負担分あり                      |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                                | あり         | あり   |      |    | 介護保険自己負担分あり                      |
| 機能訓練                             | なし                                | あり         | あり   |      |    | 介護保険自己負担分あり                      |
| 通院介助                             | なし                                | あり         | あり   | ○    | 実費 | 協力医療機関以外の付き添い介助                  |
| 生活サービス                           |                                   |            |      |      |    |                                  |
| 居室清掃                             | なし                                | あり         | あり   |      |    | リネン代は別途徴収                        |
| リネン交換                            | なし                                | あり         | あり   |      |    | 業者委託（利用料のご案内参照）                  |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり         | あり   | ○    | 実費 |                                  |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり         | あり   |      |    |                                  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  | なし                                | あり         | あり   |      |    |                                  |
| おやつ                              | なし                                | あり         | あり   | ○    | 実費 | 食費に含まれる                          |
| 理美容師による美容サービス                    | なし                                | あり         | あり   | ○    | 実費 | (利用料のご案内参照)                      |
| 買い物代行                            | なし                                | あり         | あり   | ○    | 実費 | 施設が指定する範囲以外                      |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり         | あり   | ○    | 実費 |                                  |
| 金銭・貯金管理                          | なし                                | あり         | あり   |      |    |                                  |
| 健康管理サービス                         |                                   |            |      |      |    |                                  |
| 定期健康診断                           | なし                                | あり         | あり   | ○    |    | 年2回                              |
| 健康相談                             | なし                                | あり         | あり   |      |    |                                  |
| 生活指導・栄養指導                        | なし                                | あり         | あり   |      |    |                                  |
| 服薬支援                             | なし                                | あり         | あり   |      |    |                                  |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし                                | あり         | あり   |      |    |                                  |
| 入退院時・入院中のサービス                    |                                   |            |      |      |    |                                  |
| 入退院時の同行                          | なし                                | あり         | あり   | ○    | 実費 | 協力医療機関以外の同行付き添い                  |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし                                | あり         | あり   |      |    |                                  |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし                                | あり         | あり   |      |    |                                  |

※1：利用者の所得等に依り負担割合が変わる（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、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの利用の都度払いによる場合に依り、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。

別添3 サンプル施設利用料のご案内

【介護保険の給付対象の介護サービス費（利用者1日額分）】

| 項目   | 金額<br>(1割適用分) | 金額<br>(2割適用分) | 金額<br>(3割適用分) |
|--|---------------|---------------|---------------|
| 特定施設入所生活介護費  |               |               |               |
| 要介護1   | 542円          | 1,084円        | 1,626円        |
| 要介護2   | 609円          | 1,218円        | 1,827円        |
| 要介護3   | 679円          | 1,358円        | 2,037円        |
| 要介護4   | 744円          | 1,488円        | 2,232円        |
| 要介護5   | 813円          | 1,626円        | 2,439円        |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)  | 12円           | 24円           | 36円           |
| 機能訓練指導員が看護職員、介護職員、生活相談員等と共同して個別機能訓練計画に基づき、計画的に機能訓練を行います。   |               |               |               |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) ※1   | 20円           | 40円           | 60円           |
| 個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たっては、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用します。  |               |               |               |
| 夜間看護体制加算(Ⅱ)  | 9円            | 18円           | 27円           |
| 常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めています。重度化した場合における対応に係る指針を定めています。看護職員により、又は病院との連携により利用者に対して、24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保します。 |               |               |               |
| 協力医療機関連携加算 ※1  | 100円          | 200円          | 300円          |
| 入居者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保します。診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保します。協力医療機関との間で、入居者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催します。          |               |               |               |
| 若年性認知症入居者受入加算  | 120円          | 240円          | 360円          |
| 受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定めます。  |               |               |               |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) ※1   | 20円           | 40円           | 60円           |
| 利用開始時及び利用中6月ごとに口腔・栄養状態についてスクリーニングを行い、担当の介護支援専門員に情報を提供します。低栄養状態の場合、改善に必要な情報を含みます。   |               |               |               |
| 科学的介護推進体制加算 ※1   | 40円           | 80円           | 120円          |
| 入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他入居者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出します。必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスを適切かつ有効に提供する為に必要な情報を活用します。                |               |               |               |
| サービス提供強化体制加算(Ⅰ)  | 22円           | 44円           | 66円           |
| 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上で勤続10年以上の介護福祉士が25%以上でケアを提供します。   |               |               |               |
| 退院・退所時連携加算   | 30円           | 60円           | 90円           |
| 医療提供施設と連携し、利用者を受け入れます。(入居から30日以内に限る)   |               |               |               |
| 退居時情報提供加算  | 250円          | 500円          | 750円          |
| 医療機関へ退居する際に情報提供を行います。  |               |               |               |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) ※1   | 5円            | 10円           | 15円           |
| 感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上、施設内で感染者の療養を行うことや、感染拡大防止を図る体制がある。   |               |               |               |
| 新興感染症等施設療養費 ※2   | 240円          | 480円          | 720円          |
| 現時点において指定されている感染症はありません。   |               |               |               |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅳ   | 8.8%          | 8.8%          | 8.8%          |
| 月の合計介護保険自己負担分の8.8%が加算されます。   |               |               |               |

※1 (月単位) ※2 (1月に1回、連続する5日を限度に算定)

【介護保険の給付対象外の介護サービス費】

| 項目    | 利用料          | 備考                                      |
|-------|--------------|---|
| 家賃    |              |   |
| タイプA  | 30,000円(非課税) | ・部屋面積13.40㎡・個室・トイレ付(日割り金額1,000円)        |
| タイプB  | 60,000円(非課税) | ・部屋面積21.40㎡・個室・バス・トイレ付(日割り金額2,000円)     |
| タイプC  | 51,000円(非課税) | ・部屋面積20.40㎡・個室・バス・トイレ付(日割り金額1,700円)     |
| 食事代   | 1,717円(税込額)  | ・食事は秋田キャスルホテルに外部委託                      |
| 管理費   | 38,500円(税込額) | ・光熱費を含みます。(日割り金額1,287円)                 |
| 寝具代   | 110円(税込額)    | 利用者の希望により、掛布団・肌掛け布団・包布・敷布・枕覆・枕の提供となります。 |
| 特別洗濯代 | 実費           | 下着、パジャマ類以外のクリーニングの場合です。                 |
| 理美容代  | 実費           | 理容室 和 料金表参照 第1・第3土曜日の営業                 |
| CSセット | 実費           | CS(ケアサポート)セット料金参照                       |

理容室 和 料金表

| 項目        | 料金     | 項目           | 料金     |
|-----------|--------|--------------|--------|
| 調髪        | 2,700円 | シャンプーブロー(女性) | 1,600円 |
| 丸刈        | 2,200円 | 顔剃(女性)       | 1,800円 |
| 顔剃・洗髪(男性) | 2,200円 | 顔剃・カット(女性)   | 2,700円 |
| シャンプーセット  | 1,600円 | 白髪染め(男性)     | 3,700円 |
| 顔剃(男性)    | 1,700円 | 白髪染め(女性)     | 3,700円 |
| レディースカット  | 1,800円 |              |        |

CS(ケアサポート)セット

| 項目      | 料金   | 備考    |
|---------|------|-------|
| Aプラン    | 528円 | 契約日数  |
| Bプラン    | 352円 | 契約日数  |
| 私物洗濯    | 506円 | 1回利用数 |
| おむつセット① | 451円 | 契約日数  |
| おむつセット② | 253円 | 契約日数  |
| おむつセット③ | 165円 | 契約日数  |

## 居室用修繕負担表

| 対象個所                            | 状態          | 修繕内容     |
|---------------------------------|-------------|----------|
| 壁、天井、クロス                        | 破損、損傷、汚れ、カビ | 張替（面単位）  |
| フローリング                          | 破損、損傷、汚れ、カビ | 張替又は補修   |
| 窓ガラス                            | 破損、損傷、ひび割れ  | 交換       |
| 網戸（棧含む）                         | 破損、損傷、変形    | 交換、張替、修理 |
| カーテンレール、ライナー                    | 破損、損傷、変形    | 交換       |
| 鏡                               | 破損、損傷       | 交換       |
| 洗面台                             | 破損、損傷       | 修繕又は交換   |
| 便器                              | 故障、破損、損傷    | 修繕又は交換   |
| ペーパーホルダー                        | 破損、損傷       | 交換       |
| 防水パン、接続ホース                      | 破損、損傷、紛失    | 修繕又は交換   |
| 室内ドア（鍵含む）                       | 破損、損傷、紛失    | 修繕又は交換   |
| クローゼット                          | 破損、損傷       | 修繕又は交換   |
| スイッチ、端子、端末機類<br>（ナースコール握りボタン含む） | 故障、破損、損傷、紛失 | 修繕又は交換   |
| その他の備品                          | 故障、破損、損傷    | 修繕又は交換   |

1. 本表に該当する修繕は原則入居者が負担するものとします。但し、退居時における原状復帰の際、本表を含め、通常使用による経年変化・自然消耗に該当する物については入居者に修繕義務はありません。
2. 本表に記載する物以外にも、入居者の故意、過失に起因する破損、汚染等の箇所があれば、全額を入居者が負担するものとします。
3. 退居時における居室清掃等に関する費用は、退居者が全額負担するものとします。