

社会福祉法人 小坂ふくし会  
住宅型有料老人ホーム なの花  
重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	成田 了
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんこさかふくしかい 社会福祉法人 小坂ふくし会	
主たる事務所の所在地	〒017-0202 秋田県鹿角郡小坂町小坂鉱山字栗平 25 番地 2	
連絡先	電話番号	0186-29-2900
	FAX番号	0186-29-2903
	ホームページアドレス	<a href="http://www.kosaka-wel.or.jp">http://www.kosaka-wel.or.jp</a>
代表者	氏名	児 玉 俊 一
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 6 1 年 5 月 1 4 日	
主な実施事業	社会福祉事業 (特別養護老人ホーム他) ※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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむなのはな 住宅型有料老人ホーム なの花	
所在地	〒017-0202 秋田県鹿角郡小坂町小坂鉱山字栗平 25 番地 2	
主な利用交通手段	最寄駅	秋北バス若葉町停留所
	交通手段と所要時間	バス : 秋北バス若葉町停留所より徒歩 2 分 車 : 東北自動車道小坂 I・C より 5 分

連絡先	電話番号	0186-22-3210
	FAX番号	0186-22-7151
	ホームページアドレス	http://www.kosaka-wel.or.jp
管理者	氏名	成田 了
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 16年10月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30年 4月 1日

(類型)【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
<input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	8,151.99㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (令和5年8月1日～令和10年7月31日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (5年毎) 2 なし		
建物	延床面積	全体	3,628.33㎡
		うち、老人ホーム部分	422.70㎡
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
3 その他 ( )			
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造		
	3 木造		
	4 その他 ( )		

	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり ( 年 日 ~ 年 月 日)	2 なし		
		契約の自動更新	1 あり	2 なし		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少			人部屋	
		最大			人部屋	
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	19.44 m <sup>2</sup>	10	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	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>			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他(個浴)			1ヶ所			
食堂	1	あり	2	なし		
入居者や家族が利 用できる調理設備	1	あり	2	なし		

	エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし
消防用設備等	消火器	1 あり 2 なし
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし
	火災通報設備	1 あり 2 なし
	スプリンクラー	1 あり 2 なし
	防火管理者	1 あり 2 なし
	防災計画	1 あり 2 なし
その他		

#### 4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていく。
サービスの提供内容に関する特色	介護が必要になった場合には、訪問介護事業所等を利用することができます。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 <input checked="" type="checkbox"/> なし
食事の提供	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1 あり 2 なし
		(I)ロ	1 あり 2 なし
	(II)	1 あり 2 なし	

		(Ⅲ)	1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人明生会 小坂町診療所
		住所	秋田県鹿角郡小坂町小坂鉦山字栗平 25 番地 1
		診療科目	内科、外科、整形外科、眼科
		協力内容	受診受け入れ等
	2	名称	秋田県厚生農業協同組合連合会 かつの厚生病院
		住所	秋田県鹿角市字向畑 18 番地
		診療科目	内科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科他
		協力内容	休日や勤務時間外、緊急時における診療入院等
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし	
	便所の変更	1 あり 2 なし	
	浴室の変更	1 あり 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり 2 なし	
	台所の変更	1 あり 2 なし	

	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	入居時概ね満65歳以上		
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は事業者から解約した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合等。	
	解約予告期間	90日	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 空室がある場合) <input type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	10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 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				

計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員 (支援員、宿直員)	5		5	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

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

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	人	人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 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	社会福祉主事								
	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										
前年度1年間の退職者数										
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
10年以上										
従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし							

## 6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金 の改定	条件	物価変動、人件費上昇等により改定する場合がある
	手続き	運営懇談会の意見を聴く

(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	自立・要支援	
	年齢	65歳以上	
居室の状況	床面積	19.44 m <sup>2</sup>	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	円
	敷金	0円	円
月額費用の合計		127,000円	円
家賃相当額		53,000円	円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円
	食費(朝400円 昼500円 夜500円)	42,000円	円
	管理費相当額	9,000円	円
	介護費用	円	円
	光熱水費相当額	23,000円	円
その他(居室内の電気使用料)		実費	円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

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

※3 有料老人ホームにおける食費（飲食料品の提供の対価）に係る消費税については、1食640円以下、1日累計額1,920円に達するまでは、軽減税率（8%）の対象となります。当事業所では、この軽減税率の対象となる飲食料品の提供を、上記の朝食・昼食・夕食の食材費とします。それ以外の飲食料品は、軽減税率の対象外とします。

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃相当額	施設整備費償還金元金、利息、管理部門の人件費
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。
管理費相当額	共用施設の維持管理、備品等の費用
食費	厨房維持費、人件費、1日3食を提供するための費用（1,400円/日）
光熱水費	共用部分の電気、水道代
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	居室内の電気使用料

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	円
初期償却率	%

返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他(名称: )	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	2人
	女性	6人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人
	85歳以上	8人
要介護度別	自立	人
	総合事業	1人
	要支援1	人
	要支援2	1人
	要介護1	6人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	7人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	90.8歳
入居者数の合計	8人

入居率*	80%
※ 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	人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	住宅型有料老人ホーム なの花 (責任者: 施設長 )	
電話番号	0186-22-3210	
対応している時間	平日	8時30分から17時30分
	土曜	8時30分から17時30分
	日曜・祝日	8時30分から17時30分
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) 社会福祉施設総合賠償補償施設の損害補償 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	(その内容) 事故防止マニュアルに基づく
	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	年 月 日
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年2回 (主な内容) ホームの状況報告や意見交換  (会議録の閲覧) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 【表示事項】	1 あり（提携ホーム名：ケアハウスわかば 特養あかしあの郷 2 なし 特養サンホーム大石平）
有料老人ホーム設置時の老人 福祉法第 29 条第 1 項に規定 する届出	1 あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者 の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不 要
高齢者の居住の安定確保に関 する法律第 5 条第 1 項に規定 するサービス付き高齢者向け 住宅の登録	1 あり 2 なし
有料老人ホーム設置運営指導 指針「5. 規模及び構造設備」 に合致しない事項	1 あり 2 なし
合致しない事項がある場合 の内容	
「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	1 あり 2 なし
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添 1（別を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）

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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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	ショートステイあかしのホス生活介護事業所	秋田県鹿角郡小坂町小坂鉦山字栗平25番地2 秋田県鹿角郡小坂町小坂字大石平30番地
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<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		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	あり	なし	デイサービスあかしの郷	秋田県鹿角郡小坂町小坂鉦山字栗平25番地2
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	ケアハウスわかば	秋田県鹿角郡小坂町小坂字上谷地26番地
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	小坂ふくし会居宅支援センター	秋田県鹿角郡小坂町小坂鉦山字栗平25番地2
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービスあかしの郷	秋田県鹿角郡小坂町小坂鉦山字栗平25番地2
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	ショートステイあかしのホス生活介護事業所	秋田県鹿角郡小坂町小坂鉦山字栗平25番地2 秋田県鹿角郡小坂町小坂字大石平30番地
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		
<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		
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし	特別養護老人ホームあかしの郷	秋田県鹿角郡小坂町小坂鉦山字栗平25番地2 秋田県鹿角郡小坂町小坂字大石平30番地
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添2 有料老人ホーム・サービスクラ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	個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2		料金※3		備考
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
介護サービス	食事介助	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
	排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
	おむつ代	なし	なし	なし			実費、個人で用意していただきます
	入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
	特浴介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
	身辺介助	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
	機能訓練	あり	なし	あり			なし
	通院介助	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
生活サービス	居室清掃	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
	リネン交換	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
	日常の洗濯	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
	居室配膳・下膳	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり			なし
	おやつ	あり	なし	あり			個々で用意
	理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり			個々に対応
	買い物代行	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
	役所手続き代行	あり	なし	あり			なし（本人、家族）
	金銭・貯金管理	あり	なし	あり			なし
健康管理サービス	健康診断	あり	なし	あり	○		実費
	健康相談	あり	なし	あり	○		バイタルチェックを必要に応じ随時
	生活指導・栄養指導	あり	なし	あり			なし
	服薬支援	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
入退院時・入院中のサービス	移送サービス	あり	なし	あり			介護タクシー等を利用 実費
	入退院時の同行	あり	なし	あり			外部の介護保険サービスを利用
	入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり			なし
	入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり			なし

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

## 重 要

**必ずご確認ください**

### 事業所で起こりうる急性疾患及び事故について

ご利用の皆様及びご家族様へ

住宅型有料老人ホームなの花では、入居者様の安心・安全を第一に疾病の早期発見や事業所内の事故防止に努めております。しかし、入居者様の状態は入居された時は比較的元気で、また病気の進行も穏やかであっても、お年を召すごとに悪化して行く傾向にあり、下記の疾病や事故が多く見られるようになります。そのため、職員が気づかない内に転倒や尻もちなどをされる事も多く発生するようになります。

下記の疾病や事故は高齢に伴い自宅や病院・施設で比較的多くみられる事象ですが、特に、住宅型有料老人ホームとは制度的に自立した高齢者の見守り中心の施設である事から機能上スタッフが常時見守り、付き添いをする事が難しい環境にある事業所です。この事を充分にご理解、ご了承の上ご利用、ご入居されますよう、お願い申し上げます。

また、当事業所では出来る限りのご支援をして参りますが、やむなく対応出来ない状況になった場合（常時の医療行為等）、ご本人の最適な環境が望ましいと考え、条件の整った施設へのご移動を相談したいと考えておりますので、ご理解を賜りたいと存じます。

住宅型有料老人ホームなの花 施設長

#### 【疾患】

心血管疾患	心筋梗塞、心不全、動脈閉塞など
脳神経疾患	脳梗塞、脳出血、転倒による脳挫傷 痙攣発作、糖尿病等による意識障害など
呼吸器疾患	肺炎（誤嚥性含む）肺気腫、喘息発作等と急性呼吸不全など
消化器疾患	胃十二指腸潰瘍、腸閉塞、腹膜炎など
肝・胆・膵疾患	肝炎、胆石、胆嚢、胆肝炎、膵炎など
腎・膀胱疾患	急性腎盂腎炎、腎不全、腎結石、膀胱炎
感染性疾患	インフルエンザ、ノロウイルス、敗血症、疥癬など
その他	

#### 【事故】

転倒・転落（骨折）	移動・歩行時・車イスやイスからの立ち上がり時・ベッドから
誤嚥・誤飲	消臭剤、芳香剤、オムツ等を誤って食べる・飲む等の行為
誤嚥・窒息事故	食べ物（餅、こんにゃくゼリー、ピーナッツ等を気管に詰まらせる）
離施設	利用者個人の意思で施設外に離れる
チューブ類の自己抜去	点滴や・栄養チューブ等を抜いてしまう
誤薬	他利用者の薬を謝って飲む 同じ薬を重ねて飲んでしまう
その他	入浴中に溺れる、熱いお湯で熱傷する 熱い飲み物、食べ物で熱傷する 利用者同士のトラブルで怪我をするなど

## 住宅型有料老人ホームなの花 利用同意確認

私は、下記の事項につきまして、各項のとおり同意します。

- ・住宅型有料老人ホームなの花管理規程について  
 同意する  同意しません
- ・個人情報保護方針にある事業者の個人情報の利用目的について  
 同意する  同意しません
- ・個人を特定できる写真や映像等の利用について  
 同意する  同意しません
- ・別紙、施設でも起こりうる急性疾患及び事故について  
 同意する  同意しません

令和 年 月 日

(乙) 事業者は、甲1に対する住宅型有料老人ホームなの花の入居契約に当たり、

甲1 に対して

甲2

重要事項説明書に基づいて、住宅型有料老人ホームなの花の重要事項について説明しました。

(乙) 事業所所在地 秋田県鹿角郡小坂町小坂鉾山字栗平25-2

名 称 社会福祉法人 小坂ふくし会

住宅型有料老人ホーム なの花

施設長 成田 了 印

説明者 職種 施設長

氏 名 成田 了 印

(甲) 私は、重要事項説明書に基づいて、乙から住宅型有料老人ホームのサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意し、説明書を受領しました。

(甲1) 利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

(甲2) 身元引受人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_