

## 重要事項説明書

|       |              |
|-------|--------------|
| 記入年月日 | 令和 6年 1月 10日 |
| 記入者   | 加藤 千賀子       |
| 所属・職名 | あっとほーむ 管理者   |

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

### 1. 設置者概要

|            |                         |              |
|------------|-------------------------|--------------|
| 種類         | 個人/ <del>法人</del>       |              |
|            | ※法人の場合、その種類             | 株式会社         |
| 名称         | (ふりがな)<br>かぶしきがいしゃ あらいぶ | 株式会社 アライブ    |
| 主たる事務所の所在地 | 〒997-0024 鶴岡市朝陽町3-6     |              |
| 連絡先        | 電話番号                    | 0235-29-5185 |
|            | FAX番号                   | 0235-29-5186 |
|            | ホームページアドレス              |              |
| 代表者        | 氏名                      | 佐藤 正志        |
|            | 職名                      | 代表取締役        |
| 設立年月日      | 平成18年10月20日             |              |
| 主な実施事業     | ※別添1（別々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<br>あっとほーむ  | (ふりがな)<br>あっとほーむ     |   |
| 所在地           | 〒997-0027 鶴岡市昭和町7-16 |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                  | 鶴岡駅   |
|               | 交通手段と所要時間            | 鶴岡市駅下車 バスで15分 降車後徒歩10分  |
| 連絡先           | 電話番号                 | 0235-33-8826  |
|               | FAX番号                | 0235-33-8824  |
|               | ホームページアドレス           | <a href="http://athome-alive.net">http://athome-alive.net</a> |
| 管理者           | 氏名                   | 佐藤 千賀子  |
|               | 職名                   | 管理者兼生活相談員   |
| 建物の竣工日        | 平成25年4月1日            |   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成25年9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 <b>住宅型</b>                       |            |          |
| 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           | 1 2 2 7 . 9 0 m <sup>2</sup>      |                                   |
|              | 所有関係           | 1 <b>事業者が自ら所有する土地</b>             |                                   |
|              |                | 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>( 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                                | 754.98 m <sup>2</sup>             |
|              |                | うち、老人ホーム部分                        | 754.98 m <sup>2</sup>             |
|              | 耐火構造           | 1 耐火建築物                           |                                   |
|              |                | 2 <b>準耐火建築物</b>                   |                                   |
|              |                | 3 その他 ( )                         |                                   |
|              | 構造             | 1 鉄筋コンクリート造                       |                                   |
|              |                | 2 鉄骨造                             |                                   |
|              |                | 3 <b>木造</b>                       |                                   |
|              |                | 4 その他 ( )                         |                                   |
|              | 所有関係           | 1 <b>事業者が自ら所有する建物</b>             |                                   |
| 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>( 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                            |                                   |
|              |                | 2 <b>相部屋あり</b>                    |                                   |
|              |                | 最少                                | 1人部屋                              |
|              |                | 最大                                | 2人部屋                              |

|  | トイレ              | 浴室  | 面積                   | 戸数・室数 | 区分※               |
|--|------------------|---|----------------------|-------|-------------------|
| タイプ1   | 有                | 無   | 18.00 m <sup>2</sup> | 18    | 一般居室個室<br>(相部屋も可) |
| タイプ2   | 有                | 無   | 19.00 m <sup>2</sup> | 2     | 一般居室個室<br>(相部屋も可) |
| タイプ3   | 有                | 無   | 24.00 m <sup>2</sup> | 1     | 一般居室個室<br>(相部屋も可) |
| タイプ4   | 有                | 無   | 20.00 m <sup>2</sup> | 2     | 一般居室個室<br>(相部屋も可) |
| タイプ5   | 有                | 無   | 22.80 m <sup>2</sup> | 1     | 一般居室個室<br>(相部屋も可) |
| タイプ6   | 有                | 無   | m <sup>2</sup>       |       |                   |
| タイプ7   | 有                | 無   | m <sup>2</sup>       |       |                   |
| タイプ8   | 有                | 無   | m <sup>2</sup>       |       |                   |
| タイプ9   | 有                | 無   | m <sup>2</sup>       |       |                   |
| タイプ10  | 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   | 1ヶ所   | うち男女別の対応が可能な便房       | 1ヶ所   |                   |
|  |                  |   | うち車椅子等の対応が可能な便房      | 1ヶ所   |                   |
|  | 共用浴室             | 3ヶ所   | 個室                   | 3ヶ所   |                   |
|  |                  |   | 大浴場                  | なし    |                   |
|  | 共用浴室における<br>介護浴槽 | なし  | チェアー浴                | なし    |                   |
|  |                  |   | リフト浴                 | なし    |                   |
|  |                  |   | ストレッチャー浴             | なし    |                   |
|  |                  |   | その他 ( )              |       |                   |
|  | 食堂               | 1ヶ所   |                      |       |                   |
|  | 入居者や家族が利用できる調理施設 | 1 あり 2 <u>なし</u>  |                      |       |                   |
|  | エレベーター           | 1 なし (車椅子対応)<br>2 なし (ストレッチャー対応)<br>3 なし (上記1・2に該当しない)<br>4 <u>なし</u> |                      |       |                   |
| 消防用<br>設備等                                       | 消火器              | 1 <u>あり</u> 2 なし  |                      |       |                   |
|  | 自動火災報知設備         | 1 <u>あり</u> 2 なし  |                      |       |                   |
|  | 火災通報設備           | 1 <u>あり</u> 2 なし  |                      |       |                   |
|  | スプリンクラー          | 1 <u>あり</u> 2 なし  |                      |       |                   |
|  | 防火管理者            | 1 <u>あり</u> 2 なし  |                      |       |                   |
|  | 防災計画             | 1 <u>あり</u> 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        | 入居者様の生活に関する医療、保健、福祉機関との連携を図り、適切な支援となるよう常にサービスの質の向上に努めます。                                 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者様に対して、24時間の安心と尊厳のある生活を送ることができるように状況把握、生活相談サービスを主なサービスとし、入居者様の選択によるその他の各種サービスを提供いたします。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施 2 委託 3 なし   |
| 食事の提供           | 1 自ら実施 2 委託 3 なし   |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | 1 自ら実施 2 委託 3 なし   |
| 健康管理の供与         | 1 自ら実施 2 委託 3 なし   |
| 安否確認又は状況把握サービス  | 1 自ら実施 2 委託 3 なし   |
| 生活相談サービス        | 1 自ら実施 2 委託 3 なし   |

##### (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           | 中目内科胃腸科医院             |
|                |   | 住所           | 鶴岡市昭和町10-5            |
|                |   | 診療科目         | 内科・胃腸科                |
|                |   | 協力内容         | 月1回の往診(通院不可能な利用者様に限る) |
|                | 2   | 名称           |                       |
|                |   | 住所           |                       |
|                |   | 診療科目         |                       |
|                |   | 協力内容         |                       |
| 協力歯科医療機関       | 名称  | 医療法人 谷屋 谷家歯科 |                       |
|                | 住所  | 鶴岡市日吉町11-21  |                       |
|                | 協力内容  | 訪問歯科         |                       |

##### (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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他(居室の変更) |
| 判断基準の内容                  | 本人、身元保証人、家族の同意の上で移動頂く場合があります。               |

|                  |                                       |  |
|------------------|---------------------------------------|--|
| 手続きの内容           | 再契約                                   |  |
| 追加的費用の有無         | 1 <input checked="" type="radio"/> あり | 2 なし                                       |
| 居室利用権の取扱い        | 住み替え後の居室に移行                           |  |
| 前払金償却の調整の有無      | 1 あり                                  | 2 <input checked="" type="radio"/> なし      |
| 従前の居室との<br>仕様の変更 | 面積の増減                                 | 1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし |
|                  | 便所の変更                                 | 1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし |
|                  | 洗面所の変更                                | 1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし |
|                  | 台所の変更                                 | 1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし |
|                  | その他の変更                                | 1 あり                                       |
|                  | 2 <input checked="" type="radio"/> なし |  |

### (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 <input checked="" type="radio"/> なし |
|                    | 要支援の者  | 1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし |
|                    | 要介護の者  | 1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし |
| 留意事項               | 2人部屋入居は夫婦、家族等プライバシーの問題が生じない関係の者同士である場合に限りします。  |  |
| 契約の解除の内容           | <p>1、ご利用者様がお亡くなりになった場合。</p> <p>2、長期入院（1カ月以上）の際はその期間も一般的に食費以外の月額料金が発生する為退去要因となります。</p> <p>3、当施設はスタッフの配置も少なく、看護職員もいない為に十分な介護サポートが出来ない事があります。著しい身体状況の変化は退去要因となります。</p> <p>4、介護保険の限度額を超えた場合サービス利用料金を頂かずにサービスを行います。自己負担金が200,000円を超えた場合は退去要因となります。</p> <p>5、認知症や精神疾患等症状の悪化に伴い、徘徊・幻視・幻聴・物取られ妄想・暴言、暴力・他入居者様への迷惑行為等で共同生活が困難になった場合は退去要因となります。</p> <p>6、施設での生活を送るにあたり不適當な行為（施設側の要望を聞き入れない等）など要件に該当すると施設側が判断した場合は退去要因となります。</p> <p>7、様々な事情により、ご本人の意思により退去される場合。</p> |  |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項   | 入居契約書 第11条                                 |
|                    | 解約予告期間   | 1ヶ月  |
| 入居者からの解約予告期間       | 1ヶ月  |  |
| 体験入居の内容            | <p>1 あり（内容： ）</p> <p>2 <input checked="" type="radio"/>なし</p>  |  |
| 入居定員               | 24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の必要はありません）。

### （職種別の職員数）

|   | 職員数（実人数） 11人 |    |     | 常勤換算人数 <sup>※1</sup><br>※2 |
|---|--------------|----|-----|----------------------------|
|   | 合計 11人       | 常勤 | 非常勤 |                            |
| 管理者（生活相談員兼務）  | 1人           | 1人 |     |                            |
| 直接処遇職員  |              |    |     |                            |
| 介護職員  | 9人           | 1人 | 8人  |                            |
| 看護職員  |              |    |     |                            |
|   |              |    |     |                            |
|   |              |    |     |                            |
|   |              |    |     |                            |
| 事務員   | 1人           |    | 1人  |                            |
| その他職員   |              |    |     |                            |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>  |              |    |     |                            |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の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     | 5人 | 2人 | 3人  |
| 実務者研修の修了者 |    |    |     |
| 初任者研修の修了者 | 6人 |    | 6人  |
| 介護支援専門員   |    |    |     |

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

|                    |      |                |
|--------------------|------|----------------|
| 夜勤帯の設定時間 ( 20時～6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               | 1 人  | 1 人            |

**(職員の状況)**

|  |                                       |                                       |  |     |  |     |         |     |         |     |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|-----|--|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者  | 他の職務との兼務                              |                                       | 1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし |     |  |     |         |     |         |     |
|  | 業務に係る資格等                              | 1 <input checked="" type="radio"/> あり |  |     |  |     |         |     |         |     |
|  |                                       | 資格等の名称                                | 社会福祉主事、介護福祉士                               |     |  |     |         |     |         |     |
|  | 2 <input checked="" type="radio"/> 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  |                                       |                                       |  |     |  |     |         |     |         |     |
| 志業に<br>じた<br>業務に<br>に従事<br>した<br>職員の<br>人数<br>の<br>経験<br>年数<br>に | 1年未満                                  |                                       |  | 3人  |  |     |         |     |         |     |
|  | 1年以上                                  |                                       |  | 3人  |  |     |         |     |         |     |
|  | 3年未満                                  |                                       |  |     |  |     |         |     |         |     |
|  | 3年以上                                  |                                       |  |     |  |     |         |     |         |     |
|  | 5年未満                                  |                                       |  |     |  |     |         |     |         |     |
|  | 5年以上                                  |                                       |  |     | 3人   | 1人  |         |     |         |     |
|  | 10年未満                                 |                                       |  |     |  |     |         |     |         |     |
| 10年以上  |                                       |                                       | 1人   | 1人  |  |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況  |                                       |                                       |  |     | 1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし |     |         |     |         |     |

**9. 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 <input checked="" type="radio"/> 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  |                                       |  |
|                      | 2 一部前払い・一部月払い方式  |                                       |  |
|                      | 3 <input checked="" type="radio"/> 月払い方式                             |                                       |  |
|                      | 4 選択方式   | 1 全額前払い方式                             |  |
|                      | ※該当する方式を全て選択   | 2 一部前払い・一部月払い方式                       |  |
|                      |  | 3 月払い方式                               |  |
| 年齢に応じた金額設定           | 1 あり   | 2 <input checked="" type="radio"/> なし |  |
| 要介護状態に応じた金額設定        | 1 あり   | 2 <input checked="" type="radio"/> なし |  |

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額なし                     |
|                            | 2 日割り計算で減額                 |
|                            | 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |
| 利用料金の改定                    | 条件                         |
|                            | 手続き                        |

**（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）**

|            |                               | 基本                | 同居者            |            |
|------------|-------------------------------|-------------------|----------------|------------|
| 入居者の状況     | 要介護度                          |                   |                |            |
|            | 年齢                            | 歳                 | 歳              |            |
| 居室の状況      | 床面積                           | m <sup>2</sup>    | 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        |            |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金                           | 円                 | 円              |            |
|            | 敷金                            | 84,000 円          | 円              |            |
| 月額費用の合計    |                               | 121,660 円         | 74,660 円       |            |
| 家賃         |                               | 42,000 円～45,000 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              |            |
|            | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費                | 約 51,180 円     | 約 51,180 円 |
|            |                               | 共益費               | 30,000 円       | 25,000 円   |
|            |                               | 生活相談料             | 5,500 円        | 5,500 円    |
|            |                               | 食事配膳              | 約 3,300 円      | 約 3,300 円  |
|            |                               | 医療費、おむつ代は別途清算     | 円              | 円          |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

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

**（利用料金の算定根拠）**

| 費用                   | 算定根拠                           |
|----------------------|--------------------------------|
| 1. 家賃 42,000 円       |                                |
| 2. 共益費 30,000 円      | 人件費、事務費、水道光熱費と共用施設維持管理費        |
| 3. 生活相談料 5,500 円     | ナースコール料、体調管理その他利用者様の相談に対応致します。 |
| 食費 約 51,180 円        | 1日：朝食 454 円、昼食 626 円、夕食 626 円  |
| 敷金 84,000 円          | 家賃の2か月相当分                      |
| 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          | 医療費、おむつ代等                      |

※ 1.2.3は、入院中も料金が発生します。

## 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          | 8人  |
|       | 女性          | 17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 | 2人  |
|       | 85歳以上       | 21人 |
| 要介護度別 | 自立          | 0人  |
|       | 要支援1        | 0人  |
|       | 要支援2        | 3人  |
|       | 要介護1        | 3人  |
|       | 要介護2        | 12人 |
|       | 要介護3        | 5人  |
|       | 要介護4        | 1人  |
|       | 要介護5        | 1人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 2人  |
|       | 6ヶ月以上 1年未満  | 3人  |
|       | 1年以上 5年未満   | 13人 |
|       | 5年以上 10年未満  | 7人  |
|       | 10年以上 15年未満 | 0人  |
|       | 15年以上       | 0人  |

### (入居者の属性)

|   |       |
|---|-------|
| 平均年齢  | 84.4歳 |
| 入居者数の合計   | 25人   |
| 入居率※  | 100%  |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 |       |

### (前年度における退去者の状況)

|         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 退去先別の人数 | 自宅等      | 2人       |
|         | 社会福祉施設   | 2人       |
|         | 医療機関     | 3人       |
|         | 死亡者      | 2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 | 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    |       | あっとほーむ       |
| 電話番号     |       | 0235-33-8826 |
| 対応している時間 | 平日    | 8時30分～17時30分 |
|          | 土曜    | 8時30分～17時30分 |
|          | 日曜・祝日 | なし           |
| 定休日など    |       | 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 <input checked="" type="radio"/> あり         | (その内容)<br>福祉事業者総合賠償責任保険 |
|                               | 2 なし  |                         |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 <input checked="" type="radio"/> あり         | (その内容)                  |
|                               | 2 なし  |                         |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 1 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> あり | 実施日    | 臨時 (アンケート箱)                                   |
|                                  |                                       | 結果の開示  | 1 あり    2 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 |
| 管理規定     | 1 <input checked="" type="radio"/> 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   |

|         |  |
|---------|--|
|         | 2 入居希望者に交付<br>3 <u>公開していない</u>               |
| 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 <u>公開していない</u> |
| 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 <u>公開していない</u> |

## 10. その他

|   |   |            |
|---|---|------------|
| 運営懇談会   | 1 あり  | (開催頻度) 年 回 |
|   | 2 <u>なし</u>   |            |
|   | 1 代替措置あり  |            |
|   | 2 <u>代替措置なし</u>   |            |
| 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 <u>なし</u>   |            |
| 有料老人ホーム設置<br>時の老人福祉法第 29<br>条第 1 項に規定する<br>届出                   | 1 あり 2 なし<br>3 <u>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<br/>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</u> |            |
| 高齢者の居住の安定<br>確保に関する法律第<br>5 条第 1 項に規定す<br>るサービス付き高齢<br>者向け住宅の登録 | 1 <u>あり</u> 2 なし  |            |
| 有料老人ホーム設置<br>運営指導指針「5. 規<br>模及び構造設備」に合<br>致しない事項                | 1 あり 2 <u>なし</u>  |            |
| 合致しない事項が<br>ある場合の内容   |   |            |
| 「6. 既存建築物等<br>の活用の場合等の<br>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<br>運営指導指針の不適合<br>事項                                   |   |            |
| 不適合事項がある<br>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 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 加藤 千賀子 \_\_\_\_\_

※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 事業主体が山形県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     | ヘルパーセンター<br>アライブ | 鶴岡市大東町 3-17 |
| 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     | デイサービス<br>ぼぼろ    | 鶴岡市大東町 3-17 |
| 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＞         |    |        |                  |             |
| 介護予防訪問介護             | あり | なし     | ヘルパーセンター<br>アライブ | 鶴岡市大東町 3-17 |
| 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<br>ぼぼろ    | 鶴岡市大東町 3-17 |
| 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 |  |  |
| 介護療養型医療施設        | あり | なし |  |  |

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |  |    |                            |                  |                  |    | なし                 | あり |
|----------------------------------|--|----|----------------------------|------------------|------------------|----|--------------------|----|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※ <sup>1</sup> ） |    | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） |                  |                  | 備考 |                    |    |
|                                  |  |    | 包含※ <sup>2</sup>           | 都度※ <sup>2</sup> | 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               |                  | ○  | 30分：880円 1時間：1650円 |    |
| 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               | ○                |    | 30分：880円 1時間：1650円 |    |
| 機能訓練                             | なし   | あり | なし                         | あり               |                  |    |                    |    |
| 通院介助                             | なし   | あり | なし                         | あり               |                  | ○  | 30分：880円 1時間：1650円 |    |
| 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               |                  |    |                    |    |
| 居室配膳・下膳                          | なし   | あり | なし                         | あり               | ○                |    | 1回：55円             |    |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |  |    | なし                         | あり               | ○                |    | 1品：54円             |    |
| 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               |                  |    |                    |    |
| 買い物代行                            | なし   | あり | なし                         | あり               |                  | ○  | 30分：880円 1時間：1650円 |    |
| 役所手続き代行                          | なし   | あり | なし                         | あり               |                  |    |                    |    |

|                   |    |    |    |    |   |   |  |          |
|-------------------|----|----|----|----|---|---|--|----------|
| 配膳代(食事の盛り付け・配膳下膳) |    |    | なし | あり | ○ |   |  | 1日:110円  |
| テレビ以外の電化製品        |    |    | なし | あり | ○ |   |  | 1台:550円  |
| 金銭管理(薬代・日用品購入代等)  |    |    | なし | あり | ○ |   |  |          |
| 健康管理サービス          |    |    |    |    |   |   |  |          |
| 定期往診              |    |    | なし | あり |   | ○ |  | 1カ月:330円 |
| 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 | ○ |   |  | 1日:220円  |
| 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 |   |   |  |          |
| 入退院時の同行           | なし | あり | なし | あり |   |   |  |          |
| 入院中の洗濯物交換・買い物     | なし | あり | なし | あり |   |   |  |          |
| 入院中の見舞い訪問         | なし | あり | なし | あり |   |   |  |          |

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの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。

**(病気療養対応時の追加料金) \* 病状や職員の介助の必要度(頻度)に応じて下記の3段階に分かれます。**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| A (軽度者)<br>550円/1日(税込)  | 居室内への食事の配膳・下膳・検温・アイスノンの交換等<br>*トイレや水分補給などが自力で行える方。(居室内での生活が自立の方)               |
| B (中度者)<br>880円/1日(税込)  | 上記のサービスに加え、ポータブルトイレの設置やその処理・また水分補給の管理等*ポータブルトイレの使用が自力(一部介助)で可能な方。水分の補充管理が必要な方。 |
| C (重度者)<br>1100円/1日(税込) | 上記のサービスに加え、排泄時の介助・食事・水分摂取の介助等<br>*トイレ・食事・水分摂取等において職員の介助が必要な方。                  |

