

(別表7)

### 有料老人ホーム重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 2024年7月1日 |
| 記入者名  | 野々山 拓也    |
| 所属・職名 | 施設長       |

#### 1. 事業主体概要

|            |   |                       |
|------------|---|-----------------------|
| 種類         | 個人(法入)                                  |                       |
|            | ※法人の場合、その種類                             | 株式会社                  |
| 名称         | (ふりがな) (か) はれこーぽれーしょん<br>株式会社はれコーポレーション |                       |
| 主たる事務所の所在地 | 〒700-0822<br>岡山県岡山市北区表町1丁目5番1号          |                       |
| 連絡先        | 電話番号                                    | 086-803-5080          |
|            | FAX番号                                   | 086-803-5081          |
|            | メールアドレス                                 | http://www.hale.co.jp |
|            | ホームページアドレス                              | 上川 敏文                 |
| 代表者        | 氏名                                      | 代表取締役                 |
|            | 職名                                      | 086-803-5080          |
| 設立年月日      | 平成 14年 8月 8日                            |                       |
| 主な実施事業     | ※別添1 (別の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) あいらのもりあさぎり<br>あいらの杜 朝霧 |                                |
| 所在地      | 〒673-0854<br>兵庫県明石市東朝霧丘33-5   |                                |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                           | JR 明石駅                         |
|          | 交通手段と所要時間                     | JR山陽本線 明石駅からバスで15分<br>降車後、徒歩2分 |
| 連絡先      | 電話番号                          | 078-945-5545                   |
|          | FAX番号                         | 078-945-5554                   |
|          | メールアドレス                       | Hyogo-01@halenosumai.jp        |
|          | ホームページアドレス                    | http://www.halenosumai.jp/     |
| 管理者      | 氏名                            | 野々山 拓也                         |
|          | 職名                            | 施設長                            |
| 建物の竣工日   | 平成25年 3月 30日                  |                                |

|               |             |
|---------------|-------------|
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成25年 4月 1日 |
|---------------|-------------|

(類型)

|   |             |              |
|---|-------------|--------------|
| <input checked="" type="radio"/> 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><input type="radio"/> 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><input type="radio"/> 3 住宅型<br><input type="radio"/> 4 健康型 |             |              |
| 1又は2に該当する場合   | 介護保険事業者番号   | 2872004573   |
|   | 指定した自治体名    | 兵庫県 (明石市)    |
|   | 事業所の指定日     | 平成28年 10月 1日 |
|   | 指定の更新日 (直近) | 令和6年 10月 1日  |

### 3. 建物概要

|         |   |  |   |
|---------|---|--|---|
| 土地      | 敷地面積  | 1,768.09㎡  |   |
|         | 所有関係  | 1 事業者が自ら所有する土地   |   |
|         |   | <input checked="" type="radio"/> 2 事業者が賃借する土地  |   |
|         |   | 抵当権の有無   | <input checked="" type="radio"/> 1 あり    2 なし                               |
|         |   | 契約期間   | <input checked="" type="radio"/> 1 あり<br>(平成25年 3月 1日～令和25年 2月 28日)<br>2 なし |
| 契約の自動更新 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり    2 なし |  |   |
| 建物      | 延床面積  | 全体   | 2,034.82㎡   |
|         |   | うち、老人ホーム   | 2,034.82㎡   |
|         | 耐火構造  | <input checked="" type="radio"/> 1 耐火建築物<br><input type="radio"/> 2 準耐火建築物<br><input type="radio"/> 3 その他 ( )                                |   |
|         | 構造  | <input type="radio"/> 1 鉄筋コンクリート造<br><input checked="" type="radio"/> 2 鉄骨造<br><input type="radio"/> 3 木造<br><input type="radio"/> 4 その他 ( ) |   |
|         | 所有関係  | 1 事業者が自ら所有する建物   |   |
|         |   | <input checked="" type="radio"/> 2 事業者が賃借する建物  |   |
|         |   | 抵当権の設定   | <input checked="" type="radio"/> 1 あり    2 なし                               |
| 契約期間    |   | <input checked="" type="radio"/> 1 あり<br>(平成25年 3月 1日～令和25年 2月 28日)<br>2 なし  |   |
| 契約の自動更新 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり    2 なし |  |   |

|       |      |         |     |                      |       |        |
|-------|------|---------|-----|----------------------|-------|--------|
| 居室の状況 | 居室区分 | ① 全室個室  |     |                      |       |        |
|       |      | 2 相部屋あり |     |                      |       |        |
|       |      | 最小      | 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 | 18.60 m <sup>2</sup> | 50    | 一般居室個室 |
|       | タイプ2 | 有/無     | 有/無 | 19.84 m <sup>2</sup> | 5     | 一般居室個室 |
|       | タイプ3 | 有/無     | 有/無 |                      |       |        |
|       | タイプ4 | 有/無     | 有/無 |                      |       |        |
|       | タイプ5 | 有/無     | 有/無 |                      |       |        |
|       | タイプ6 | 有/無     | 有/無 |                      |       |        |
|       | タイプ7 | 有/無     | 有/無 |                      |       |        |
| タイプ8  | 有/無  | 有/無     |     |                      |       |        |
| タイプ9  | 有/無  | 有/無     |     |                      |       |        |
| タイプ10 | 有/無  | 有/無     |     |                      |       |        |

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

|        |   |      |                 |     |
|--------|---|------|-----------------|-----|
| 共用施設   | 共用便所における便房  | 3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 | 3ヶ所 |
|        | 共用浴室  | 6ヶ所  | 個室              | 6ヶ所 |
|        |   |      | 大浴場             | ヶ所  |
|        | 共用浴室における介護浴室  | 2ヶ所  | チェア浴            | 1ヶ所 |
|        |   |      | リフト浴            | ヶ所  |
|        |   |      | ストレッチャー浴        | 1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            |     |
|        | 火災報知設備  | 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<br>装置等 | 居室  | ① 全室にあり          | 2 一部あり | 3 なし |
|             | 便所  | ① 全室にあり          | 2 一部あり | 3 なし |
|             | 浴室  | ① 全室にあり          | 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         |     |                  |        |      |

#### 4. サービスの内容

|                 |   |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針        | <p>高齢者にとって住み慣れた地域で「医療と介護と住まいの一体化（三位一体）」が実現している安心・安全な終の棲家としての役割を担い、社会と地域に貢献することを目指します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせるホームの実現地域の幅広いニーズに応えることができる住まいづくりをします。</li> <li>・社会資源のネットワークの構築と地域拠点としての環境整備<br/>社会資源を活用し、地域との交流づくりをすることで地域に根差した運営を行います。</li> <li>・その人らしくいきいきと自立した生活の支援<br/>自立支援を念頭においた個別かつ適切な介護・看護サービスを受けることができるようにサポート体制を構築していきます。</li> </ul> |
| サービスの提供内容に関する特色 | 医療機関との医療・介護連携により、専門職による医療ケア・リハビリ・介護のサポート体制を整えています。  |
| 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、掃除等の家事の提供    | 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省略可能

|  |              |      |           |
|--|--------------|------|-----------|
| 特定施設入居者生活介護の<br>加算の対象となるサービスの<br>体制の有無 | 入居継続支援<br>加算 | (I)  | 1 あり ② なし |
|  |              | (II) | 1 あり ② なし |

|                          |       |                        |      |
|--------------------------|-------|------------------------|------|
| 生活機能向上<br>連携加算           | (I)   | 1 あり                   | ② なし |
|                          | (II)  | 1 あり                   | ② なし |
| 個別機能訓練<br>加算             | (I)   | 1 あり                   | ② なし |
|                          | (II)  | 1 あり                   | ② なし |
| ADL維持等<br>加算             | (I)   | 1 あり                   | ② なし |
|                          | (II)  | 1 あり                   | ② なし |
| 夜間看護体制加算                 |       | 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 |
| 医療機関連携加算                 |       | 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 |
| 看取り介護加算                  |       | ① あり                   | 2 なし |
| 認知症専門ケ<br>ア加算            | (I)   | 1 あり                   | ② なし |
|                          | (II)  | 1 あり                   | ② なし |
| サービス提供<br>体制強化加算         | (I)   | 1 あり                   | ② なし |
|                          | (II)  | 1 あり                   | ② なし |
|                          | (III) | 1 あり                   | ② なし |
| 介護職員処遇<br>改善加算           | (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 あり                   | ② なし |
| 介護職員等特定<br>処遇改善加算        | (I)   | 1 あり                   | ② なし |
|                          | (II)  | 1 あり                   | ② なし |
| 人員配置が手厚い介護サー<br>ビスの実施の有無 | ① あり  | (介護・看護職員の配置率)<br>3 : 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 ( 訪問診療委の確保 ) |                        |
| 協力医療機関         | 1 | 名称   | 医療法人社団 清水メディカルクリニック    |
|                |   | 住所   | 明石市松が丘2丁目3-7           |
|                |   | 診療科目   | 内科、消化器内科、循環器内科、緩和ケア内科等 |
|                |   | 協力科目   | 訪問診療、往診、受診、治療、健康相談     |
|                |   | 協力内容   | 訪問診療、往診、受診、治療、健康相談     |

|          |      |                        |                              |
|----------|------|------------------------|------------------------------|
|          | 2    | 名称                     | 医療社団法人 奉志会 西神戸ホームケアクリニック     |
|          |      | 住所                     | 兵庫県神戸市西区学園東町6丁目7-7           |
|          |      | 診療科目                   | 内科                           |
|          |      | 協力科目                   | 訪問診療、往診、受診、治療                |
|          | 3    | 名称                     | 医療社団法人 奉志会 大西メディカルクリニック      |
|          |      | 住所                     | 兵庫県加古郡稲美町国岡2-9-7             |
|          |      | 診療科目                   | 内科、精神科                       |
|          |      | 協力内容                   | 訪問診療、往診、受診、治療                |
|          | 4    | 名称                     | 医療法人社団 仁恵会 人工透析ひ尿器科じんけいクリニック |
|          |      | 住所                     | 明石市天文町1-4-27                 |
|          |      | 診療科目                   | 泌尿器科 人工透析                    |
|          |      | 協力内容                   | 透析患者の無料送迎、受診、治療              |
|          | 5    | 名称                     | 医療法人社団 仁恵会 石井病院              |
|          |      | 住所                     | 明石市天文町1-5-11                 |
|          |      | 診療科目                   | 内科、外科、消化器内科・消化器外科、循環器内科等     |
|          |      | 協力内容                   | 受診、治療、健康診断                   |
|          | 6    | 名称                     | 特定医療法人 明仁会 明舞中央病院            |
|          |      | 住所                     | 兵庫県明石市松が丘4-1-32              |
|          |      | 診療科目                   | 総合内科、循環器内科、消化器内科、糖尿病内科等      |
|          |      | 協力内容                   | 入院支援、受診、治療                   |
| 7        | 名称   | 医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院        |                              |
|          | 住所   | 兵庫県神戸市垂水区上高丸1-3-10     |                              |
|          | 診療科目 | 総合内科、循環器内科、呼吸器内科、神経内科等 |                              |
|          | 協力内容 | 受診、治療、健康診断             |                              |
| 8        | 名称   | 医療法人社団 董会 伊川谷病院        |                              |
|          | 住所   | 神戸市西区池上2-4-2           |                              |
|          | 診療科目 | 整形外科、内科、外科 等           |                              |
|          | 協力内容 | 受診、治療、健康診断             |                              |
| 9        | 名称   | 足立病院                   |                              |
|          | 住所   | 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬696      |                              |
|          | 診療科目 | 内科、外科、胃腸科、整形外科・脳神経外科等  |                              |
|          | 協力内容 | 入院支援、受診、治療             |                              |
| 協力歯科医療機関 | 名称   | 医療法人社団 津川歯科診療所         |                              |
|          | 住所   | 兵庫県明石市大久保町大窪945-1      |                              |
|          | 協力内容 | 訪問歯科診療、往診、受診、治療への協力    |                              |

(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

|                          |  |                     |
|--------------------------|--|---------------------|
| 入居者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 ( ) |                     |
| 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<br>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)<br>2 なし |

(入居に関する要件)

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| 入居対象となる者           | 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               | 身元引受人を2名選定する必要があります。                            |  |
| 契約の解除の内容           | ① 入居者が死亡した場合<br>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<br>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・接遇では防止できない場合 等。 |
|                    | 解約予告期間  | 3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：期間は7日を限度とし、費用は24,500円。家賃、食費込。)<br>2 なし |  |
| 入居定員               | 55人   |  |
| その他                | 身元引受人が設定できない場合は要相談。                             |  |

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不要)。

(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 | 非常勤 |                |
| 管理者  | 1        | 1  |     | 0.5            |
| 生活相談員  | 2        | 2  |     | 1.0            |
| 直接処遇職員   | 17       | 9  | 8   | 15.8           |
| 介護職員   | 13       | 6  | 7   | 12.1           |
| 看護職員   | 4        | 3  | 1   | 3.2            |
| 機能訓練指導員  |          |    |     |                |
| 計画作成担当者  | 2        | 2  |     | 1              |
| 栄養士  |          |    |     |                |
| 調理員  | 1        | 1  |     |                |
| 事務員  | 1        | 1  |     | 1.5            |
| その他職員  | 1        | 1  |     | 0.5            |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2   |          |    |     | 40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）3

|           | 合計 |    |     |
|-----------|----|----|-----|
|           |    | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士     |    |    |     |
| 介護福祉士     | 9  | 6  | 3   |
| 実務者研修の修了者 | 1  | 0  | 1   |
| 初任者研修の修了者 | 4  | 0  | 4   |
| 介護支援専門員   | 2  | 2  | 0   |

（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  |    | 0.5 |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語療法士       |    |    |     |
| 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)

| 夜間帯の設定時間 ( 時～ 時) |      |                 |
|------------------|------|-----------------|
|                  | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員             | 0人   | 0人              |
| 介護職員             | 2人   | 2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※                        | 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) | 3.0 : 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 | 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 |     |       |     |
|----------------|-----------|--------|---------|-----|-------|-----|
|                | 業務にかかる資格等 | ①あり    |         |     |       |     |
|                |           | 資格等の名称 | 社会福祉主事  |     |       |     |
|                |           | 2なし    |         |     |       |     |
| 区分             | 看護職員      |        | 介護職員    |     | 生活相談員 |     |
|                | 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         | 1      | 6       | 7   | 2     | 0   |
| 前年度1年間の退職者数    | 2         | 0      | 3       | 1   | 1     | 0   |
| 業務に従事した経験年数    | 0         | 0      | 0       | 0   | 0     | 0   |
| 1年未満の者の人数      | 0         | 0      | 0       | 0   | 0     | 0   |
| 1年以上3年未満の者の人数  | 0         | 0      | 0       | 0   | 0     | 0   |
| 3年以上5年未満の者の人数  | 0         | 0      | 0       | 0   | 0     | 0   |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0         | 0      | 3       | 3   | 0     | 0   |
| 10年以上の者の人数     | 3         | 1      | 3       | 4   | 2     | 0   |
|                | 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 |
| 前年度1年間の採用者数    | 0         | 1      | 3       | 0   | 0     | 0   |
| 前年度1年間の退職者数    | 0         | 1      | 1       | 0   | 0     | 0   |

|                |                                     |   |      |   |
|----------------|-------------------------------------|---|------|---|
| 業務に従事した経験年数    | 0                                   | 1 | 0    | 0 |
| 1年未満の者の人数      | 0                                   | 0 | 0    | 0 |
| 1年以上3年未満の者の人数  | 0                                   | 0 | 0    | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数  | 0                                   | 1 | 0    | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0                                   | 0 | 0    | 0 |
| 10年以上の者の人数     | 0                                   | 0 | 2    | 0 |
| 従業者健康診断の実施状況   | <input checked="" type="radio"/> 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                    | <input checked="" type="radio"/> 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   |  |
|                            | <input checked="" type="radio"/> 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<br>全て選択  | <input checked="" type="radio"/> 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                 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり    2 なし                                       |  |
| 要介護度に応じた金額設定               | 1 あり    2 なし  |  |
| 入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い | <input checked="" type="radio"/> 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  |  |
|                            | 手続き   |  |

### (利用料金のプラン(代表的なプラン))

|            |      | プラン1  | プラン2  |
|------------|------|---|---|
| 入居者の状況     | 要介護度 | 要介護1  | 要介護1  |
|            | 年齢   | 80歳   | 80歳   |
| 居室の状況      | 床面積  | 18.60㎡  | 18.60㎡  |
|            | 便所   | <input checked="" type="radio"/> 1 あり    2 なし | <input checked="" type="radio"/> 1 あり    2 なし |
|            | 浴室   | 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし    | 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし    |
|            | 台所   | 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし    | 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし    |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金  | 0円  | 5,355,000円                                    |
|            | 敷金   | 300,000円                                      | 300,000円                                      |
| 月額費用の合計    |      | 208,335円                                      | 157,335円                                      |
| 家賃相当額      |      | 84,000円                                       | 33,000円                                       |

|   |                  |            |          |          |
|---|------------------|------------|----------|----------|
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護の費用※1 |            | 16,845 円 | 16,845 円 |
|   | 介護保険外※2          | 食費         | 48,600 円 | 48,600 円 |
|   |                  | 共益費        | 20,400 円 | 20,400 円 |
|   |                  | 管理費        | 31,200 円 | 31,200 円 |
|   |                  | 介護費用       | 円        | 円        |
|   |                  | 電気代（居室内）   | 実費       | 実費       |
|   |                  | 冷暖房加算      | 3,000 円  | 3,000 円  |
|   |                  | 水道代（居室内）   | 3,300 円  | 3,300 円  |
|   |                  | オゾン脱臭機器使用料 | 990 円    | 990 円    |
|   |                  |            | 円        | 円        |
| その他   | 都度支払サービス有        | 都度支払サービス有  |          |          |
| <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   |
|----------|--|
| 家賃相当額    | 当該目的施設の開発費、地代、家賃、修繕費、管理事務費等を含む総費用を、平均的な余命等を勘案して、1室あたりの月額費用を算出したものです。   |
| 敷金       | 家賃相当額の 5ヶ月分  |
| 介護費用     | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない   |
| 共益費      | 共用施設等の維持管理費・施設内水道代・ガス代・共用部分電気代・備品・消耗品費・修繕積立金・法定点検費の総費用を勘案し、1室あたりの月額費用を算出したものです。  |
| 管理費      | 事務管理部門の person 費及び事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための person 費・事務費、目的施設の維持管理費の総費用を勘案し、1室あたりの月額費用を算出したものです。   |
| 食費       | 委託費＋光熱費＋メンテナンス費等を考えての算定。<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・食費は消費税8%を含みます。（軽減税率対象）</li> <li>・朝食、昼食、夕食の通常食のみ軽減税率の対象となります。（通常食以外の食事の提供は標準税率となります。）</li> <li>・1日の食費：朝食500円（うち消費税37円）、昼食560円（うち消費税41円）、夕食560円（うち消費税41円）</li> <li>・欠食返金額 朝108円 昼216円 夕216円</li> </ul> |
| 電気代      | 実費   |
| 冷暖房加算    | 共用部分電気代の夏季・冬季における平均的な増加分を勘案して算定  |
| 水道代（居室内） | 居室の平均的な使用量を勘案して算出  |

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| オゾン脱臭機器使用料           | 居室設置機器の平均的な維持管理費を勘案して算定 |
| 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          |                         |

(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) ※前払金を受領しない場合は省略可能

|                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| 算定根拠                                | 厚生労働省の有料老人ホーム設置運営指導指針及び事務連絡で示された算式に基づき算定 |  |
| 想定居住年数（償却年月数）                       | 84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） | 1,071,000円                               |  |
| 初期償却率                               | 20%                                      |  |
| 返還金の算定方法                            | 入居後3月以内の契約終了                             | 前払金－（前払金－初期償却額）÷想定居住月数÷30×（入居日から契約終了までの日数）                   |
|                                     | 入居後3月を超えた契約終了                            | （前払金－初期償却額）×（契約終了日から想定居住期間満了日までの日数）÷（入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数） |
| 前払金の保全先                             | ① 連帯保証を行う銀行等の名称                          | 株式会社中国銀行   |
|                                     | 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（記入日現在）

(入居者の人数)

|     |            |     |
|-----|------------|-----|
| 性別  | 男性         | 9人  |
|     | 女性         | 22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       | 27人 |
| 要介護度別 | 自立          | 0人  |
|       | 要支援1        | 2人  |
|       | 要支援2        | 5人  |
|       | 要介護1        | 4人  |
|       | 要介護2        | 3人  |
|       | 要介護3        | 8人  |
|       | 要介護4        | 7人  |
|       | 要介護5        | 2人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 10人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満   | 0人  |
|       | 1年以上5年未満    | 14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   | 91.1歳 |
| 入居者数の合計  | 31人   |
| 入居率※   | 56.4% |
| ※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。 |       |

(前年度における退去者の状況)

|         |                     |          |
|---------|---------------------|----------|
| 退去先別の人数 | 自宅等                 | 0人       |
|         | 社会福祉施設              | 3人       |
|         | 医療機関                | 1人       |
|         | 死亡者                 | 9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            | 4人       |
|         | (解約事由の例) 病状の悪化、費用面等 |          |

## 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入。

|          |       |  |
|----------|-------|--|
| 窓口の名称    |       | あいらの杜 朝霧   |
| 電話番号     |       | 078-915-0278   |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~17:00   |
|          | 土曜日   | 9:00~17:00   |
|          | 日曜・祝日 | 9:00~17:00   |
| 定休日      |       |  |
| 窓口の名称    |       | ① 兵庫県 健康福祉部 高齢社会局 介護保険課<br>② 明石市福祉部高齢者総合支援室<br>③ 兵庫県国民健康保険団体 |
| 電話番号     |       | ① 078-362-9117<br>② 078-918-5091<br>③ 078-332-5617           |
| 対応している時間 | 平日    | 8:30~17:15   |
|          | 土曜日   |  |
|          | 日曜・祝日 |  |
| 定休日      |       | 土日祝祭日・年末年始   |

(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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の介護保険・社会福祉事業者保険 |
|                               | 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 あり | (その内容) 事故対応マニュアルに基づく                     |
|                               | 2 なし |  |
| 事故対応及び予防のための指針                | 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    |           |
|                                  |      | 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 入居希望者に配布<br>3 公開していない |
|----------|---------------------------------------|

|         |                                       |
|---------|---------------------------------------|
| 管理規程    | 1 入居希望者に公開<br>② 入居希望者に配布<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 入居希望者に配布<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 入居希望者に配布<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 入居希望者に配布<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 |
|   | 2 なし   |             |
|   | 1 代替措置<br>あり                                       | (内容)        |
|   | 2 代替措置なし   |             |
| 提携ホームへの移行                                 | 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福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出        | 1 あり ② なし  |             |
| 兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針第 4 章「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                           |  |             |
| 第 5 章「既存建物等の活用の特例」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 適合していない |             |
| 兵庫県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 : 事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

別添 2 : 入居者の個別選択によるサービス一覧表

※ \_\_\_\_\_ 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

## 事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

| 介護サービスの種類            | 事業所名称   | 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) |     |
| < 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) |     |
| 地域密着型通所介護            | 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) |     |
| 介護療養型医療施設            | あり (なし) |     |
| 介護医療院                | あり (なし) |     |

## 別添2

## 入居者の個別選択によるサービス一覧表

| 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          |                                    |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|----|-------------|------------------------------------|
| 区分                               | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1) |    | 個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担) |    |    | 備考          |                                    |
|                                  |                                   |    |                            |    |    |             | 包含※2                               |
| 介護サービス                           |                                   |    |                            |    |    |             |                                    |
| 食事介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |    | 1日3回(朝・昼・夕) |                                    |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり | なし                         | あり |    | 適宜実施        |                                    |
| 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 |    | ○           | 1週間に2回(3回以上は個別有料サービス)              |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |    | ○           | 1回/1,980円<br>1週間に2回(3回以上は個別有料サービス) |
| 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 |    | ○           | 30分/1,100円<br>協力医療機関以外は個別有料サービス    |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |    |             |                                    |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |    |             | 1週間に1回                             |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり |    | ○           | リネンリース(4,950円(税込)/月)を利用頂けます。       |
| 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 |    |             |                                    |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   |    | なし                         | あり |    | ○           | イベント食等を実施した場合、別途費用がかかることがあります。     |
| おやつ                              |                                   |    | なし                         | あり |    | ○           | イベント食等を実施した場合、別途費用がかかることがあります。     |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |    | なし                         | あり |    | ○           | 料金は業者の定めによります。(掲示板等でご案内します。)       |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり |    | ○           | 30分/1,100円<br>日用品等の購入代金は実費         |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |    |             |                                    |
| 金銭・貯金管理                          |                                   |    | なし                         | あり |    |             |                                    |
| 健康管理サービス                         |                                   |    |                            |    |    |             |                                    |
| 定期健康診断                           |                                   |    | なし                         | あり |    | ○           | 年2回の受診の機会を提供します。費用は入居者負担。          |

|                  |    |    |    |    |  |   |            |                   |
|------------------|----|----|----|----|--|---|------------|-------------------|
| 健康相談             | なし | あり | なし | あり |  |   |            | 適宜実施              |
| 生活指導・栄養指導        | なし | あり | なし | あり |  |   |            | 適宜実施              |
| 服薬支援             | なし | あり | なし | あり |  |   |            | 適宜実施              |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり |  |   |            | 適宜実施              |
| 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 |  | ○ | 30分/1,100円 | 協力医療機関以外は個別有料サービス |
| 入退院時の同行          | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 30分/1,980円 | 協力医療機関以外は個別有料サービス |
| 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、2割又は3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときには、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、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

# (介護予防) 特定施設入居者生活介護 重要事項説明書

< 2024年7月1日現在 >

当事業所は兵庫県の介護保険指定を受け、ご契約者に（介護予防）特定施設入居者生活サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容等について重要な事項を説明致します。ご不明な点、分かりにくい点はなんでもお尋ねください。

## 1. (介護予防) 特定施設入居者生活介護事業所の概要

### (1) 事業者

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 法人名   | 株式会社はれコーポレーション    |
| 所在地   | 岡山県岡山市北区表町1丁目5番1号 |
| 電話番号  | 086-803-5080      |
| 代表者氏名 | 代表取締役 上川 敏文       |
| 設立年月日 | 2002年8月8日         |

### (2) 事業所

|          |                |
|----------|----------------|
| 施設名称     | あいらの杜 朝霧       |
| 所在地      | 兵庫県明石市東朝霧丘33-5 |
| 介護保険指定番号 | 兵庫県2872004573号 |

### (3) 事業の目的及び運営の方針

#### (目的)

要支援・要介護状態にある高齢者に対し、適切な（介護予防）特定施設入居者生活介護を提供することを目的とします。

#### (運営方針)

1 (介護予防) 特定施設入居者生活介護の提供に当たって、従業者は、（介護

予防) 特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要介護状態となった場合でも、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう援助を行います。

2 施設は、介護保険法その他の法令、「明石市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例及び同施行規則」及び「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」等に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。

3 入居者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、必要とされるサービスの提供に努めます。

4 (介護予防) 特定施設入居者生活介護の提供は、個別の(介護予防) 特定施設入居者生活介護サービス計画を作成し、入居者の同意のもとに実行します。

5 入居者の個人情報の取り扱いについては、その利用目的を示し本人のあらかじめの同意を得て取り扱うものとし、個人情報保護法に立って、個人情報の管理等に努めます。

(4) 同施設の職員体制〔職員数は入居者55名で計算(要介護者55名)〕

| 職種                   | 職員数                         | 業務内容  |
|----------------------|-----------------------------|---|
| 管理者(施設長)             | 常勤1名<br>(生活相談員兼務)           | 施設の従業者の管理及び特定施設入居者生活介護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、従業者に法令等の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行います。 |
| 計画作成担当者<br>(介護支援専門員) | 常勤2人                        | 特定施設入居者生活介護サービス計画の作成、介護の総合調整、入居者又はその家族への説明、関係機関との連絡調整などを行います。                                   |
| 生活相談員                | 常勤2名<br>(管理者兼務)<br>(看護職員兼務) | 生活相談員は、入居者又はその家族に対し、日常生活等必要な相談に適切に応じ、社会生活に必要な支援を行います。   |

|           |               |  |
|-----------|---------------|--|
| 看護職員      | 常勤3名<br>非常勤1名 | 入居者の診療の補助、療養上の世話、生活リハビリ・看護面の個別援助計画の作成、実施、評価などを行います。    |
| 介護職員      | 常勤6名<br>非常勤7名 | 入居者の日常生活の支援（排泄、入浴、食事、着替え、移動、その他）機能訓練、生活リハビリの補助などを行います。 |
| 機能訓練指導員   | 非常勤1名         | 機能訓練指導員は、入居者が日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための訓練を行います。       |
| 介護に係る職員体制 |               | 3：1 以上   |

尚、入居者の入居状況により指定基準に応じた人員を都度配置する。

(5) 同施設の設備概要

|        |   |
|--------|---|
| 一般居室   | 一般居室 18.60㎡・19.84㎡<br>全室個室 55室（定員55名）                                     |
| 共用施設概要 | 正面玄関、看護・介護職員室、食堂、機能訓練室・談話室（食堂兼用）洗濯室、洗面・脱衣室、浴室、応接室、理美容室、健康管理室、汚物処理室、倉庫、駐車場 |
| 緊急通報装置 | 居室・共用施設各所に「緊急通報装置」を備え付けてあり、緊急時にボタンを押せば、職員と会話ができ、職員が対応します                  |

2. サービスの内容

(1) 介護保険サービス（特定施設入居者生活サービス計画に沿って実施します。）

|                  |  |
|------------------|--|
| 食事               | 入居者ごとの栄養状態に応じた管理を行い、摂食や嚥下機能など入居者の身体状況に応じた適切な介助を行います。 |
| 入浴               | 週2回、見守り浴又は介護浴を行います。体調や心身の状態などに応じ、清拭となる場合があります。       |
| 排泄               | 入居者の心身の状況に応じて適切な排泄介助をし、排泄の自立についても適切な援助を行います。         |
| 離床、着替え、整容等の日常生活上 | 寝たきりを防止し、生活リズムが整えられるよう適切な介助を行います。                    |

|        |  |
|--------|--|
| の世話    |  |
| 機能訓練   | 入居者の状況に合わせ、機能訓練指導員による機能訓練や看護介護職員による生活リハビリを行います。  |
| 生活相談   | 生活相談員が入居者及びご家族の相談に応じます。介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。 |
| 生活サービス | 入居者の状況に合わせ、洗濯、居室清掃、シーツ交換、買い物代行などの介助を行います。        |
| 安否確認   | 入居者の状況に合わせ、安否確認を行います。                            |

(2) 介護保険外のサービス

|          |            |  |
|----------|------------|--|
| 個別有料サービス | 個別的な外出介助   | 施設が企画したレクリエーションとは別に個別的な外出の付添い、協力医療機関以外の受診付添いを行います。 |
|          | 個別的な買い物の代行 | 週2回以上の通常想定している近隣店舗以外の店舗への個別の買い物の代行を行います。           |
|          | 入浴サービス     | 指定回数以上の入浴を希望される場合、指定回数を超える入浴は有料にて入浴介助を行います。        |

3. 料金

(1) 特定施設入居者生活介護サービス利用料

30日の月の場合、月額表記、地域区分：6級地（10,27円）

【基本サービス費】

| 介護度  | 基本報酬<br>(1日) | 1割負担<br>(30日) | 2割負担<br>(30日) | 3割負担<br>(30日) |
|------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| 要支援1 | 182単位        | 5,613円        | 11,225円       | 16,838円       |
| 要支援2 | 311単位        | 9,592円        | 19,183円       | 28,774円       |
| 要介護1 | 538単位        | 16,593円       | 33,185円       | 49,777円       |
| 要介護2 | 604単位        | 18,628円       | 37,256円       | 55,884円       |
| 要介護3 | 674単位        | 20,787円       | 41,573円       | 62,360円       |
| 要介護4 | 738単位        | 22,761円       | 45,521円       | 68,281円       |

|      |       |         |         |         |
|------|-------|---------|---------|---------|
| 要介護5 | 807単位 | 24,889円 | 49,777円 | 74,665円 |
|------|-------|---------|---------|---------|

また、上記費用に加え、以下の加算に関する費用が必要

| 加算種類                | 基本報酬<br>(1日)   | 1割負担<br>(30日)   | 2割負担<br>(30日)   | 3割負担<br>(30日)   |
|---------------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 個別機能訓練加算            |                |                 |                 |                 |
| (Ⅰ)                 | 12単位           | 370円            | 740円            | 1,110円          |
| (Ⅱ)                 | 20単位<br>※月1回のみ | 21円             | 41円             | 62円             |
| 医療連携加算              | 80単位<br>※月1回のみ | 83円             | 165円            | 247円            |
| 夜間看護体制加算            | 10単位           | 309円            | 617円            | 925円            |
| 看取り介護加算(Ⅰ)          |                |                 |                 |                 |
| 死亡当日                | 1,280単位        | 1,315円<br>※1日   | 2,629円<br>※1日   | 3,944円<br>※1日   |
| 死亡前日・<br>前々日        | 680単位          | 1,397円<br>※2日   | 2,794円<br>※2日   | 4,190円<br>※2日   |
| 死亡日以前4日<br>以上31日以下  | 144単位          | 3,991円<br>※27日  | 7,982円<br>※27日  | 11,972円<br>※27日 |
| 死亡日以前31日<br>以上45日以下 | 72単位           | 1,996円<br>※15日  | 3,991円<br>※15日  | 5,986円<br>※15日  |
| 看取り介護加算(Ⅱ)          |                |                 |                 |                 |
| 死亡当日                | 1,780単位        | 1,828円<br>※1日   | 3,656円<br>※1日   | 5,484円<br>※1日   |
| 死亡前日・<br>前々日        | 1,180単位        | 2,424円<br>※2日   | 4,848円<br>※2日   | 7,271円<br>※2日   |
| 死亡日以前4日<br>以上31日以下  | 644単位          | 17,856円<br>※27日 | 35,711円<br>※27日 | 53,566円<br>※27日 |
| 死亡日以前31日<br>以上45日以下 | 572単位          | 15,860円<br>※15日 | 31,720円<br>※15日 | 47,580円<br>※15日 |

|   |                  |                 |                 |                 |
|---|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| サービス提供体制強化加算                              |                  |                 |                 |                 |
| (Ⅰ)                                       | 22単位             | 678円            | 1,356円          | 2,034円          |
| (Ⅱ)                                       | 18単位             | 555円            | 1,109円          | 1,664円          |
| (Ⅲ)                                       | 6単位              | 185円            | 370円            | 555円            |
| 認知症専門ケア加算                                 |                  |                 |                 |                 |
| (Ⅰ)                                       | 4単位              | 124円            | 247円            | 370円            |
| (Ⅱ)                                       | 5単位              | 154円            | 308円            | 462円            |
| 介護職員処遇改善加算                                |                  |                 |                 |                 |
| (Ⅰ)                                       | 1月の総単位<br>×8.2%  | ※介護度によつ<br>て異なる | ※介護度によつて<br>異なる | ※介護度によつて<br>異なる |
| (Ⅱ)                                       | 1月の総単位<br>×6.0%  |                 |                 |                 |
| (Ⅲ)                                       | 1月の総単位×<br>3.3%  |                 |                 |                 |
| (Ⅳ)                                       | (Ⅲ)×0.9          |                 |                 |                 |
| (Ⅴ)                                       | (Ⅲ)×0.8          |                 |                 |                 |
| 退院・退所<br>時連携加算                            | 30単位<br>※入居から30日 | 925円            | 1,849円          | 2,773円          |
| 入居継続支援加算                                  |                  |                 |                 |                 |
| (Ⅰ)                                       | 36単位             | 1,110円          | 2,219円          | 3,328円          |
| (Ⅱ)                                       | 22単位             | 678円            | 1,356円          | 2,034円          |
| ADL維持等加算(月1回のみ)                           |                  |                 |                 |                 |
| (Ⅰ)                                       | 30単位             | 31円             | 62円             | 93円             |
| (Ⅱ)                                       | 60単位             | 62円             | 124円            | 185円            |
| 生活機能向上連携加算(月1回のみ:個別機能訓練加算を算定している場合は100単位) |                  |                 |                 |                 |
| (Ⅰ)                                       | 100単位            | 103円            | 206円            | 309円            |
| (Ⅱ)                                       | 200単位            | 206円            | 411円            | 617円            |
| 科学的介護推<br>進体制加算                           | 40単位<br>※月1回のみ   | 41円             | 82円             | 123円            |
| 若年性認知症入<br>居者受入加算                         | 120単位            | 3,698円          | 7,395円          | 11,092円         |
| 口腔衛生管<br>理体制加算                            | 30単位<br>※月1回のみ   | 31円             | 62円             | 93円             |

|                 |                    |               |                |     |
|-----------------|--------------------|---------------|----------------|-----|
| 栄養スクリー<br>ニング加算 | 1回5単位<br>※6月に1回を上限 | 6円<br>※6ヶ月に1回 | 11円<br>※6ヶ月に1回 | 16円 |
|-----------------|--------------------|---------------|----------------|-----|

※入居期間中に入院、または外泊した期間の取り扱いについては、介護保険給付の扱いに応じた料金

(2) その他の費用

- ・オムツ代 実費
- ・個別有料サービス（税別）

|                        |            |
|------------------------|------------|
| 週2回以上や特別な店舗での買い物代行サービス | 1,080円/30分 |
| 個別的な外出介助               | 1,944円/30分 |
| 協力医療機関以外への送迎サービス       | 1,080円/30分 |
| 指定回数以上の入浴介助            | 1,944円/30分 |

上記金額は2018年4月1日現在の料金とし、物価変動等により変わる場合があります。

4. 秘密の保持

事業者及び従業者は業務上知り得た入居者及びその家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。事業者は従業者に、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容とします。

5. 事故発生時の対応

（介護予防）特定施設入居者生活介護の提供により事故が発生した場合は市町村、県、入居者とその家族等に連絡すると共に、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。なお、事業者は損害賠償保険に加入しています。

6. 緊急時等における対応

入居者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、主治医又は協力医療機関に連絡をとり、適切な対応を行います。

7. 非常災害対策

非常災害が発生した場合、別途定める消防計画、防災訓練マニュアル、災害時対応マニュアルに従い、利用者の避難等について適切な処置を講じます。

非常時に備え、定期的に地域の協力機関と連携を図り、避難訓練等を行います。

- ・防火教育及び基礎訓練（消火、通報、避難及び救出等の訓練） 年2回以上
- ・利用者を含めた総合訓練 年1回以上
- ・定期的な消火設備の整備点検等 消火器等設備点検年2回

総合点検年1回

スプリンクラー、自動火災報知器、避難階段、誘導などの防災設備は法令に準拠しています。

8. 身体的拘束等の禁止及び緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続き

施設は、（介護予防）特定施設入居者生活介護の提供に当たっては、入居者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為を行わないものとし、やむを得ず身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等必要な事項を記録します。

9. 虐待の防止のための処置に関する事項

施設は、入居者の人権の擁護及び虐待等の防止のため次の処置を講ずるものとします。

- 一 虐待の防止に関する責任者の選定
- 二 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施
- 三 その他虐待防止のために必要な処置

施設は、（介護予防）特定施設入居者生活介護の提供に当たり、従業者による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

10. 成年後見制度の活用支援

施設は、入居者と適正な契約手続等を行うため、必要に応じて成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援を行います。

11. 入居者が介護居室又は一時介護室に移る場合の条件及び手続き

全室個室で介護居室であるため、一時介護室は設置していません。

12. 苦情解決体制の整備

施設は、（介護予防）特定施設入居者生活介護の提供に係る入居者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な処置を講ずるものとします。

施設は、（介護予防）特定施設入居者生活介護の提供に関し、市町村の職員からの質問若しくは照会及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。

施設は、提供した（介護予防）特定施設入居者生活介護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査委に協力すると共に、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。

当施設のサービスに関する相談、要望、苦情等は下記窓口までお申し出ください。

|            |  |
|------------|--|
| 苦情受付担当者    | 生活相談員 野々山 拓也   |
| 苦情処理責任者    | 管理者 野々山 拓也   |
| 申立方法       | <p>①TEL：078-945-5545</p> <p>②FAX：078-945-5554</p> <p>③施設に来院して頂く</p> <p>※③については、以下の時間・曜日をお願いします。</p> <p>曜日：月～金（土日祝祭日は、休み）</p> <p>時間：9：00～17：00</p>  |
| 苦情処理経過等    | 受け付けた苦情は、苦情処理担当者が関係者と協議し、申立者に報告を致します。担当者で処理できない場合は、苦情処理責任者が苦情処理会議を開催し、解決をはかります。  |
| その他の苦情受付窓口 | <p>行政機関</p> <p>①兵庫県 健康福祉部 高齢社会局 介護保険課</p> <p>電話 078-362-9117</p> <p>受付時間 平日8時30分～17時15分<br/>（土日、祝日、12月29日～1月3日は休み）</p> <p>②明石市 福祉部 高年介護室</p> <p>電話 078-918-5091</p> <p>受付時間 平日8時30分～17時15分<br/>（土日、祝日、12月29日～1月3日は休み）</p> <p>③兵庫県 国民健康保険団体連合会</p> <p>電話 078-332-5617</p> <p>受付時間 平日9時00分～17時00分<br/>（土日、祝日、12月29日～1月3日は休み）</p> |

年 月 日

上記内容について、利用者に説明を行いました。

|     |      |                                |
|-----|------|--------------------------------|
| 事業者 | 所在地  | 兵庫県明石市東朝霧丘 3 3 - 5             |
|     | 事業所名 | (介護予防) 特定施設入居者生活介護<br>あいらの杜 朝霧 |
|     | 事業者  | 株式会社はれコーポレーション<br>代表取締役 上川 敏文  |
|     | 管理者  | 印                              |
|     | 説明者  | 印                              |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意しました。

|             |                   |   |
|-------------|-------------------|---|
| 利用者         | 氏名                | 印 |
| 代筆の場合の代筆者氏名 | 氏名<br><br>(続柄 : ) | 印 |
| 代理人         | 住所                |   |
|             | 氏名                | 印 |