

# 重要事項説明書

Ver 1.3

|           |      |   |   |   |   |   |
|-----------|------|---|---|---|---|---|
| 記入年月日     | 2025 | 年 | 5 | 月 | 7 | 日 |
| 記入者名      | 松友拓美 |   |   |   |   |   |
| 所属・職名     | 介護職  |   |   |   |   |   |
| 取込種別      |      |   |   |   |   |   |
| 被災確認事業所番号 |      |   |   |   |   |   |

## 1 事業主体概要

|            |                             |   |              |               |                |   |             |
|------------|-----------------------------|---|--------------|---------------|----------------|---|-------------|
| 種類         | 2 法人                        |   |              |               |                |   |             |
|            | ※法人の場合、その種類                 |   |              | 5 営利法人        |                |   |             |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃわいず・ほーるでいんぐす |   |              |               |                |   |             |
|            | 株式会社ワイズ・ホールディングス            |   |              |               |                |   |             |
| 法人番号       | 法人番号有無                      |   |              | 1 有           |                |   |             |
|            | 法人番号                        |   |              | 9500001013446 |                |   |             |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 791 - 8063                |   |              |               |                |   |             |
|            | 愛媛県松山市神田町8番17号              |   |              |               |                |   |             |
| 連絡先        | 電話番号                        |   | 089          | -             | 908            | - | 9666        |
|            | FAX番号                       |   | 089          | -             | 911            | - | 6789        |
|            | メールアドレス                     |   | waizmituhama |               |                |   | @ gmail.com |
|            | ホームページ有無                    |   | 1 有          |               |                |   |             |
|            | ホームページアドレス                  |   | ”http://     |               | www.waiz-h.com |   |             |
| 代表者        | 氏名                          |   | 中西義則         |               |                |   |             |
|            | 職名                          |   | 代表取締役        |               |                |   |             |
| 設立年月日      | 2010                        | 年 | 1            | 月             | 15             | 日 |             |
| 主な実施事業     | ※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)      |   |              |               |                |   |             |

## 2 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

|               |                                 |     |                          |      |                |   |      |
|---------------|---------------------------------|-----|--------------------------|------|----------------|---|------|
| 名称            | (ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむわいずみつはま |     |                          |      |                |   |      |
|               | 介護付き有料老人ホームワイズみつはま              |     |                          |      |                |   |      |
| 所在地           | 〒                               | 791 | -                        | 8063 |                |   |      |
|               | 愛媛県松山市神田町8番17                   |     |                          |      |                |   |      |
| 所在地（建物名等）     |                                 |     |                          |      |                |   |      |
| 市区町村コード       | 都道府県                            | 愛媛県 |                          | 市区町村 | 382019 松山市     |   |      |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                             |     | 伊予鉄道 三津浜 駅               |      |                |   |      |
|               | 交通手段と所要時間                       |     | 徒歩10分                    |      |                |   |      |
| 連絡先           | 電話番号                            |     | 089                      | -    | 908            | - | 9666 |
|               | FAX番号                           |     | 089                      | -    | 911            | - | 6789 |
|               | メールアドレス                         |     | waizmituhama @ gmail.com |      |                |   |      |
|               | ホームページ有無                        |     | 1 有                      |      |                |   |      |
|               | ホームページアドレス                      |     | "http://                 |      | www.waiz-h.com |   |      |
| 管理者           | 氏名                              |     | 藤原修美                     |      |                |   |      |
|               | 職名                              |     | 管理者兼介護職                  |      |                |   |      |
| 建物の竣工日        |                                 |     | 2011                     | 年    | 11             | 月 | 7 日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                 |     | 2016                     | 年    | 6              | 月 | 1 日  |

（類型） 【表示事項】

|                |                              |            |   |    |   |     |
|----------------|------------------------------|------------|---|----|---|-----|
| 類型             | 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） |            |   |    |   |     |
| 1 又は 2 に該当する場合 | 介護保険事業者番号                    | 3870111303 |   |    |   |     |
|                | 指定した自治体名                     | 愛媛県(松山市)   |   |    |   |     |
|                | 事業所の指定日                      | 2016       | 年 | 6  | 月 | 1 日 |
|                | 指定の更新日（直近）                   | 2022       | 年 | 12 | 月 | 1 日 |

3 建物概要

|         |      |                 |    |         |   |   |  |   |
|---------|------|-----------------|----|---------|---|---|--|---|
| 土地      | 敷地面積 | 961.95          |    | ㎡       |   |   |  |   |
|         | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地  |    |         |   |   |  |   |
|         |      | 2 事業者が賃借する土地の場合 |    |         |   |   |  |   |
|         |      | 賃貸の種別           |    |         |   |   |  |   |
|         |      | 抵当権の有無          |    |         |   |   |  |   |
|         |      | 契約期間            |    |         |   |   |  |   |
|         |      |                 | 開始 |         |   |   |  |   |
|         |      |                 |    | 年       |   | 月 |  | 日 |
|         |      |                 | 終了 |         |   |   |  |   |
|         |      | 年               |    | 月       |   | 日 |  |   |
| 契約の自動更新 |      |                 |    |         |   |   |  |   |
| 建物      | 延床面積 | 全体              |    | 1814.05 | ㎡ |   |  |   |
|         |      | うち、老人ホーム部分      |    | 1736.11 | ㎡ |   |  |   |
|         | 耐火構造 | 1 耐火建築物         |    |         |   |   |  |   |
|         |      | 3 その他の場合        |    |         |   |   |  |   |
|         | 構造   |                 |    |         |   |   |  |   |
|         |      | 1 鉄筋コンクリート造     |    |         |   |   |  |   |
|         |      | 4 その他の場合        |    |         |   |   |  |   |
|         |      |                 |    |         |   |   |  |   |

|       |                |                 |                |                   |       |          |  |
|-------|----------------|-----------------|----------------|-------------------|-------|----------|--|
| 居室の状況 | 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の場合 |                |                   |       |          |  |
|       |                | 賃貸の種別           |                |                   |       |          |  |
|       |                | 抵当権の有無          |                |                   |       |          |  |
|       |                | 契約期間            |                | 開始                |       |          |  |
|       |                |                 |                | 年                 | 月     | 日        |  |
|       |                |                 |                | 終了                |       |          |  |
|       |                | 年               | 月              | 日                 |       |          |  |
|       | 契約の自動更新        |                 |                |                   |       |          |  |
|       | 居室区分<br>【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者個室含む） |                |                   |       |          |  |
|       |                | 2 相部屋ありの場合      |                |                   |       |          |  |
|       |                | 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  |                | 1 有             | 2 無            | 18 m <sup>2</sup> | 40    | 3 介護居室個室 |  |
| タイプ2  |                |                 |                | m <sup>2</sup>    |       |          |  |
| タイプ3  |                |                 |                | m <sup>2</sup>    |       |          |  |
| タイプ4  |                |                 |                | m <sup>2</sup>    |       |          |  |
| タイプ5  |                |                 |                | m <sup>2</sup>    |       |          |  |
| タイプ6  |                |                 | m <sup>2</sup> |                   |       |          |  |
| タイプ7  |                |                 | m <sup>2</sup> |                   |       |          |  |
| タイプ8  |                |                 | m <sup>2</sup> |                   |       |          |  |
| タイプ9  |                |                 | m <sup>2</sup> |                   |       |          |  |
| タイプ10 |                |                 | m <sup>2</sup> |                   |       |          |  |

|         |                  |               |         |                 |   |    |  |
|---------|------------------|---------------|---------|-----------------|---|----|--|
| 共用施設    | 共用便所における便房       | 4             | ヶ所      | うち男女別の対応が可能な便房  | 4 | ヶ所 |  |
|         |                  |               |         | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4 | ヶ所 |  |
|         | 共用浴室             | 6             | ヶ所      | 個室              | 4 | ヶ所 |  |
|         |                  |               |         | 大浴場             | 2 | 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            | 1 | ヶ所 |  |
|         |                  |               |         | ストレッチャー浴        |   | ヶ所 |  |
|         |                  |               |         | その他             |   | ヶ所 |  |
|         | 食堂               | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|         | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1             | あり      |                 |   |    |  |
| エレベーター  | 2                | あり（ストレッチャー対応） |         |                 |   |    |  |
| 消防用設備等  | 消火器              | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|         | 自動火災報知設備         | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|         | 火災通報設備           | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|         | スプリンクラー          | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|         | 防火管理者            | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|         | 防災計画             | 1             | あり      |                 |   |    |  |
| 緊急通報装置等 | 居室               | 1             | 全ての居室あり |                 |   |    |  |
|         | 便所               | 1             | 全ての便所あり |                 |   |    |  |
|         | 浴室               | 1             | 全ての浴室あり |                 |   |    |  |
|         | その他              |               |         |                 |   |    |  |
|         |                  |               |         |                 |   |    |  |
| その他     |                  |               |         |                 |   |    |  |

#### 4 サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | <p>運営に関する方針<br/>事業所の生活相談員等は、(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、要介護状態等となった場合でも、利用者が事業所において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う。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>運営に関する目的<br/>(株)ワイズ・ホールディングスが開設する 介護付き有料ホームワイズみつはまが行う指定(介護予防)特定施設入居者生活介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員又は介護職員、機能訓練指導員、計画作成担当者が、要介護状態又は要支援状態にある利用者に対し、適正な指定(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する。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>利用者様が事業所において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るように援助を行う。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 食事の提供           | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 洗濯・掃除等の家事の供与    | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 健康管理の供与         | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 安否確認又は状況把握サービス  | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 生活相談サービス        | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## (介護サービスの内容)

※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

|                                                                                                                                                                                                                          |                   |   |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---|----|
| <p>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</p> <p>※1 「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保してる協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p> | 入居継続支援加算（Ⅰ）       | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 入居継続支援加算（Ⅱ）       | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 生活機能向上連携加算（Ⅰ）     | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 生活機能向上連携加算（Ⅱ）     | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 個別機能訓練加算（Ⅰ）       | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 個別機能訓練加算（Ⅱ）       | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | ADL維持等加算（Ⅰ）       | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | ADL維持等加算（Ⅱ）       | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 夜間看護体制加算（Ⅰ）       | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 夜間看護体制加算（Ⅱ）       | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 若年性認知症入居者受入加算     | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 協力医療機関連携加算（Ⅰ）（※1） | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 協力医療機関連携加算（Ⅱ）（※1） | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 口腔・栄養スクリーニング加算    | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 口腔衛生管理体制加算（※2）    | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 科学的介護推進体制加算       | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 退院・退所時連携加算        | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 退居時情報提供加算         | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 看取り介護加算（Ⅰ）        | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 看取り介護加算（Ⅱ）        | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 認知症専門ケア加算（Ⅰ）      | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 認知症専門ケア加算（Ⅱ）      | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 新興感染症等施設療養費       | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）    | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                          | 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）    | 2 | なし |

|                      |              |               |   |     |
|----------------------|--------------|---------------|---|-----|
|                      | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)           | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅱ)           | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅲ)           | 2 | なし  |
|                      | 介護職員等処遇改善加算  | (Ⅰ)           | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅱ)           | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅲ)           | 1 | あり  |
|                      |              | (Ⅳ)           | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅰ)        | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅱ)        | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅲ)        | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅳ)        | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅴ)        | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅵ)        | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅶ)        | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅷ)        | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅸ)        | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅹ)        | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅺ)        | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅻ)        | 2 | なし  |
|                      |              | (Ⅴ)(Ⅼ)        | 2 | なし  |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 |              | 2    なし       |   |     |
|                      |              | 1    ありの場合    |   |     |
|                      |              | (介護・看護職員の配置率) |   | : 1 |

(医療連携の内容)

|                |                       |          |  |  |
|----------------|-----------------------|----------|--|--|
| 医療支援<br>※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配   |  |  |
|                | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い |  |  |
|                | <input type="radio"/> | 通院介助     |  |  |
|                |                       | その他      |  |  |

|  |   |      |                               |   |    |
|--|---|------|-------------------------------|---|----|
|  | 1 | 名称   | 医療法人東西会<br>千舟町クリニック           |   |    |
|  |   | 住所   | 愛媛県松山市千舟町6丁目4-9               |   |    |
|  |   | 診療科目 | 総合内科                          |   |    |
|  |   | 協力科目 |                               |   |    |
|  |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | 1 | あり |
|  |   |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   | 1 | あり |

|        |   |      |                               |  |
|--------|---|------|-------------------------------|--|
| 協力医療機関 | 2 | 名称   |                               |  |
|        |   | 住所   |                               |  |
|        |   | 診療科目 |                               |  |
|        |   | 協力科目 |                               |  |
|        |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |  |
|        |   |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   |  |
|        | 3 | 名称   |                               |  |
|        |   | 住所   |                               |  |
|        |   | 診療科目 |                               |  |
|        |   | 協力科目 |                               |  |
|        |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |  |
|        |   |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   |  |
|        |   | 名称   |                               |  |
|        |   | 住所   |                               |  |

|         |                   |                                     |                               |  |
|---------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|
|         | 4                 | 診療科目                                |                               |  |
|         |                   | 協力科目                                |                               |  |
|         |                   | 協力内容                                | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |  |
|         |                   |                                     | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   |  |
|         | 5                 | 名称                                  |                               |  |
|         |                   | 住所                                  |                               |  |
|         |                   | 診療科目                                |                               |  |
|         |                   | 協力科目                                |                               |  |
|         |                   | 協力内容                                | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |  |
|         |                   |                                     | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   |  |
|         | 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 1 あり                                |                               |  |
|         |                   | 1 ありの場合                             |                               |  |
| 医療機関の名称 |                   | 医療法人東西会 千舟町クリニック                    |                               |  |
| 医療機関の住所 |                   | 愛媛県松山市千舟町6丁目4-9                     |                               |  |
| 1       | 名称                | 医療法人社団つばき会 松山デンタルクリニック              |                               |  |
|         | 住所                | 愛媛県松山市竹原2丁目1-50<br>エバーグリーン松山(1号館)1F |                               |  |

|              |   |      |                                                                                   |
|--------------|---|------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 協力歯科医療<br>機関 |   | 協力内容 | 担当歯科医師が通院困難な利用者に対し、その居宅を訪問して行う、計画的、継続的な歯科医学的管理を基に、利用者が居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業者に対し |
|              | 2 | 名称   | 医療法人順風会<br>天山歯科クリニック                                                              |
|              |   | 住所   | 愛媛県松山市天山2丁目4-17                                                                   |
|              |   | 協力内容 | 担当歯科医師が通院困難な利用者に対し、その居宅を訪問して行う、計画的、継続的な歯科医学的管理を基に、利用者が居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業者に対し |

(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 |                        | 一時介護室へ移る場合 |                           |
|                          |                        | 介護居室へ移る場合  |                           |
|                          | ○                      | その他        | 退去、居室間の移動                 |
| 判断基準の内容                  | 介護度や心身の状況変化によって部屋移動あり。 |            |                           |
| 手続きの内容                   | なし                     |            |                           |
| 追加的費用の有無                 | 2                      | なし         |                           |
| 居室利用権の取扱い                |                        |            |                           |
| 前払金償却の調整の有無              | 2                      | なし         |                           |
| 従前の居室との仕様の変更             | 面積の増減                  | 2          | なし                        |
|                          | 便所の変更                  | 1          | あり                        |
|                          | 浴室の変更                  | 2          | なし                        |
|                          | 洗面所の変更                 | 1          | あり                        |
|                          | 台所の変更                  | 2          | なし                        |
|                          |                        | 2          | なし                        |
|                          |                        | 1          | ありの場合                     |
|                          | その他の変更                 | (変更内容)     | 水回りの関係で洗面、トイレの位置が対になっている。 |

(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                                                                                                                  | 2        | なし |
|                    | 要支援の者                                                                                                                    | 1        | あり |
|                    | 要介護の者                                                                                                                    | 1        | あり |
| 留意事項               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として満60歳以上で介護認定を受けている者。</li> <li>・2人入居の場合は一方が満60歳以上の夫婦・親子・兄弟姉妹の方に限る。</li> </ul> |          |    |
| 契約解除の内容            | 別紙契約書に記載                                                                                                                 |          |    |
| 事業主体から解約を求める<br>場合 | 解約条項                                                                                                                     | 別紙契約書に記載 |    |
|                    | 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            | 2                                                                                                                        | なし       |    |
|                    | 1                                                                                                                        | ありの場合    |    |
|                    | (内容)                                                                                                                     |          |    |
| 入居定員               | 40                                                                                                                       | 人        |    |
| その他                |                                                                                                                          |          |    |

## 5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

|                                                                                                  | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※1 ※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|-----------------|
|                                                                                                  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                 |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  |     | 1               |
| 生活相談員                                                                                            | 1        | 1  |     | 1               |
| 直接処遇職員                                                                                           | 16       | 5  | 11  |                 |
| 介護職員                                                                                             | 14       | 4  | 10  |                 |
| 看護職員                                                                                             | 2        | 1  | 1   |                 |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 1        | 1  |     | 1               |
| 計画作成担当者                                                                                          | 1        | 1  |     | 1               |
| 栄養士                                                                                              |          |    |     |                 |
| 調理員                                                                                              | 12       |    | 12  |                 |
| 事務員                                                                                              |          |    |     |                 |
| その他職員                                                                                            |          |    |     |                 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2                                                                        |          |    |     | 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）

|           | 合計 |    |     |
|-----------|----|----|-----|
|           |    | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士     | 1  | 1  |     |
| 介護福祉士     | 5  | 4  | 1   |
| 実務者研修の修了者 |    |    |     |
| 初任者研修の修了者 | 9  |    | 9   |
| 介護支援専門員   | 1  | 1  |     |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 | 常勤 | 非常勤 |
|-------------|----|----|-----|
|             |    |    |     |
| 看護師又は准看護師   | 1  | 1  |     |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復士       |    |    |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |
| はり師         |    |    |     |
| きゅう師        |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 | ( 17 時 0 分 ~ 9 時 0 分 ) |   |                 |   |
|----------|------------------------|---|-----------------|---|
|          | 平均人数                   |   | 最少時人数 (休憩者等を除く) |   |
| 看護職員     | 0                      | 人 |                 | 人 |
| 介護職員     | 1                      | 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<br><br>(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)        | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】              | 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) | 13         | : 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<br>(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 |         |     |         |     |
|                       |                 | 業務に係る資格等 |         | 1    あり    |     |       |         |         |     |         |     |
|                       |                 |          |         | 1    ありの場合 |     |       |         |         |     |         |     |
|                       |                 |          |         | 資格等の名称     |     |       |         | 介護福祉士   |     |         |     |
|                       |                 | 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           |                 |          |         | 1          | 1   |       |         |         |     |         |     |
| 業務に従事した職員の人数<br>経験年数に | 1 年未満           | 1        |         | 1          | 1   |       |         |         |     |         |     |
|                       | 1 年以上<br>3 年未満  | 1        |         | 2          | 4   |       |         |         |     | 1       |     |
|                       | 3 年以上<br>5 年未満  |          |         | 1          | 1   |       |         |         |     |         |     |
|                       | 5 年以上<br>10 年未満 |          |         | 1          | 2   | 1     |         | 1       |     |         |     |
|                       | 10 年以上          |          |         | 1          |     |       |         |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況         |                 |          | 1    あり |            |     |       |         |         |     |         |     |

## 6 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

|                            |     |                                      |                                |
|----------------------------|-----|--------------------------------------|--------------------------------|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】          |     | 2 建物賃貸借方式                            |                                |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】       |     | 3 月払い方式                              |                                |
|                            |     | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択                |                                |
|                            |     | <input type="checkbox"/>             | 全額前払い方式                        |
|                            |     | <input type="checkbox"/>             | 一部前払い・一部月払い方式                  |
|                            |     | <input type="checkbox"/>             | 月払い方式                          |
| 年齢に応じた金額設定                 |     | 2 なし                                 |                                |
| 要介護状態に応じた金額設定              |     | 1 あり                                 |                                |
| 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                               |                                |
|                            |     | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合        |                                |
|                            |     | <input type="text"/>                 | 不在期間が <input type="text"/> 日以上 |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 家賃などについては、松山市に係る消費者物価指数及び人件費・物価の変動等。 |                                |
|                            | 手続き | 運営懇談会の意見を聞いて決定します。                   |                                |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

|            |                  |      | プラン 1  |                | プラン 2  |                |
|------------|------------------|------|--------|----------------|--------|----------------|
| 入居者の状況     | 要介護度             |      | 要介護5   |                | 要支援1   |                |
|            | 年齢               |      | 70     | 歳              | 70     | 歳              |
| 居室の状況      | 床面積              |      | 18     | m <sup>2</sup> | 18     | m <sup>2</sup> |
|            | 便所               |      | 1      | 有              | 1      | 有              |
|            | 浴室               |      | 2      | 無              | 2      | 無              |
|            | 台所               |      | 2      | 無              | 2      | 無              |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金              |      | 0      | 円              | 0      | 円              |
|            | 敷金               |      | 0      | 円              | 0      | 円              |
| 月額費用の合計    |                  |      | 160173 | 円              | 139194 | 円              |
| 家賃         |                  |      | 42000  | 円              | 42000  | 円              |
| サービス費用     | 特定施設入居者生活介護※1の費用 |      | 27073  | 円              | 6094   | 円              |
|            | 介護保険外※2          | 食費   | 56100  | 円              | 56100  | 円              |
|            |                  | 管理費  | 35000  | 円              | 35000  | 円              |
|            |                  | 介護費用 |        | 円              |        | 円              |
|            |                  | 光熱水費 |        | 円              |        | 円              |
|            |                  | その他  |        | 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)

| 費目                            | 算定根拠                                 |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| 家賃                            | 家賃などについては、松山市に係る消費者物価指数及び人件費・物価の変動等。 |
| 敷金                            | 家賃の 0 ヶ月分                            |
| 介護費用<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | 介護保険サービスの自己負担額は含まない。                 |

|                      |                                                                                   |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 管理費                  | エレベーター、共用浴室、共用トイレ、共用洗面所、光熱費、消火設備の維持管理費など。                                         |
| 食費                   | 朝食374円、昼食748円、夕食748円(税込み)                                                         |
| 光熱水費                 | 管理費に含まれる。                                                                         |
| 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          | 買物・銀行・郵便局代行1回1000円、通院同行1時間2000円<br>入退院時の同行1時間2000円、受診同行1時間2000円、入院中の洗濯物受渡し1回1000円 |

(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※に対する自己負担額                      | 消費者物価指数及び人件費・物価の変動等。 |
| 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<br>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<br>先  |                 |                  |  |
|              | 1               | 全国有料老人ホーム協会以外の場合 |  |
|              |                 | 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         | 11 | 人 |
|       | 女性         | 28 | 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 4  | 人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 7  | 人 |
|       | 75歳以上85歳未満 | 7  | 人 |
|       | 85歳以上      | 21 | 人 |
| 要介護度別 | 自立         |    | 人 |
|       | 要支援 1      | 1  | 人 |
|       | 要支援 2      | 1  | 人 |
|       | 要介護 1      | 10 | 人 |
|       | 要介護 2      | 10 | 人 |
|       | 要介護 3      | 7  | 人 |
|       | 要介護 4      | 8  | 人 |
|       | 要介護 5      | 2  | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 3  | 人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 0  | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 26 | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 8  | 人 |
|       | 10年以上15年未満 | 2  | 人 |
|       | 15年以上      | 0  | 人 |

### （入居者の属性）

|                                                 |      |   |
|-------------------------------------------------|------|---|
| 平均年齢                                            | 86.6 | 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 40   | 人 |
| 入居率※                                            | 97   | % |
| ※ 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)

|         |          |          |   |
|---------|----------|----------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等      | 1        | 人 |
|         | 社会福祉施設   |          | 人 |
|         | 医療機関     |          | 人 |
|         | 死亡       | 9        | 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)

窓口1

|          |       |                 |   |   |   |     |    |   |   |      |  |
|----------|-------|-----------------|---|---|---|-----|----|---|---|------|--|
| 窓口の名称    |       | 苦情相談窓口 管理者 藤原修美 |   |   |   |     |    |   |   |      |  |
| 電話番号     |       | 089             |   | - |   | 908 |    | - |   | 9666 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 9               | 時 | 0 | 分 | ～   | 18 | 時 | 0 | 分    |  |
|          | 土曜    |                 | 時 |   | 分 | ～   |    | 時 |   | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 |                 | 時 |   | 分 | ～   |    | 時 |   | 分    |  |
| 定休日      |       | 土・日・祝日          |   |   |   |     |    |   |   |      |  |

窓口2

|          |       |                                           |   |    |     |   |    |      |    |   |
|----------|-------|-------------------------------------------|---|----|-----|---|----|------|----|---|
| 窓口の名称    |       | 〒790-8571<br>松山市二番町四丁目7番地2<br>松山市役所 指導監査課 |   |    |     |   |    |      |    |   |
| 電話番号     |       | 089                                       | - |    | 948 | - |    | 6968 |    |   |
| 対応している時間 | 平日    | 8                                         | 時 | 30 | 分   | ～ | 17 | 時    | 15 | 分 |
|          | 土曜    |                                           | 時 |    | 分   | ～ |    | 時    |    | 分 |
|          | 日曜・祝日 |                                           | 時 |    | 分   | ～ |    | 時    |    | 分 |
| 定休日      |       | 土日・祝・年末年始を除く                              |   |    |     |   |    |      |    |   |

窓口3

|          |       |                                            |   |    |     |   |    |      |    |   |
|----------|-------|--------------------------------------------|---|----|-----|---|----|------|----|---|
| 窓口の名称    |       | 〒791-8550<br>松山市高岡町101-1<br>愛媛県国民健康保険団体連合会 |   |    |     |   |    |      |    |   |
| 電話番号     |       | 089                                        | - |    | 968 | - |    | 8700 |    |   |
| 対応している時間 | 平日    | 8                                          | 時 | 30 | 分   | ～ | 17 | 時    | 15 | 分 |
|          | 土曜    |                                            | 時 |    | 分   | ～ |    | 時    |    | 分 |
|          | 日曜・祝日 |                                            | 時 |    | 分   | ～ |    | 時    |    | 分 |
| 定休日      |       | 土日・祝・年末年始を除く                               |   |    |     |   |    |      |    |   |

窓口4

|          |       |                                                  |   |   |     |   |    |      |    |   |
|----------|-------|--------------------------------------------------|---|---|-----|---|----|------|----|---|
| 窓口の名称    |       | 〒790-8553<br>松山市持田町三丁目8番15号<br>愛媛県福祉サービス運営適正化委員会 |   |   |     |   |    |      |    |   |
| 電話番号     |       | 089                                              | - |   | 998 | - |    | 3477 |    |   |
| 対応している時間 | 平日    | 9                                                | 時 | 0 | 分   | ～ | 16 | 時    | 30 | 分 |
|          | 土曜    |                                                  | 時 |   | 分   | ～ |    | 時    |    | 分 |
|          | 日曜・祝日 |                                                  | 時 |   | 分   | ～ |    | 時    |    | 分 |
| 定休日      |       | 土日・祝・年末年始を除く<br>※12：00～13：00は除く                  |   |   |     |   |    |      |    |   |

窓口5

|          |       |  |   |  |   |   |  |   |  |   |
|----------|-------|--|---|--|---|---|--|---|--|---|
| 窓口の名称    |       |  |   |  |   |   |  |   |  |   |
| 電話番号     |       |  | - |  |   | - |  |   |  |   |
| 対応している時間 | 平日    |  | 時 |  | 分 | ～ |  | 時 |  | 分 |
|          | 土曜    |  | 時 |  | 分 | ～ |  | 時 |  | 分 |
|          | 日曜・祝日 |  | 時 |  | 分 | ～ |  | 時 |  | 分 |
| 定休日      |       |  |   |  |   |   |  |   |  |   |

(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    |                                                    |
|                               | 1 ありの場合 |                                                    |
|                               | その内容    | 居宅介護事業者賠償責任保険東京海上日動火災株式会社                          |
| 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    |                                                    |
|                               | 1 ありの場合 |                                                    |
|                               | その内容    | 万一事故など発生した場合は、速やかに損害保険等の手配をするなど、解決に向けての誠実な対応を行います。 |
| 事故対応及びその予防のための指針              |         |                                                    |

(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    |      |
|                                  | 1 ありの場合 |      |
|                                  | 実施日     | 適宜   |
|                                  | 結果の開示   | 1 あり |
| 第三者による評価の実施状況                    | 2 なし    |      |
|                                  | 1 ありの場合 |      |
|                                  | 実施日     |      |
|                                  | 評価機関名称  |      |
|                                  | 結果の開示   |      |

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 |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書  | 3 公開していない  |
| 財務諸表の要旨  | 3 公開していない  |
| 財務諸表の原本  | 3 公開していない  |

## 10 その他

|                     |                                                  |                                              |         |
|---------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------|
| 運営懇談会               | 1                                                | あり                                           |         |
|                     | 1                                                | ありの場合                                        |         |
|                     |                                                  | (開催頻度) 年 1 回                                 |         |
|                     | 2                                                | なしの場合                                        |         |
|                     | 1                                                | 代替措置ありの場合                                    |         |
|                     |                                                  | (内容)                                         |         |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況    | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催                               |                                              | 1 あり    |
|                     | 指針の整備                                            |                                              | 1 あり    |
|                     | 研修の定期的な実施                                        |                                              | 1 あり    |
|                     | 担当者の配置                                           |                                              | 1 あり    |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催                                |                                              | 1 あり    |
|                     | 指針の整備                                            |                                              | 1 あり    |
|                     | 研修の実施                                            |                                              | 1 あり    |
|                     |                                                  |                                              | 2 なし    |
|                     | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと |                                              | 1 ありの場合 |
|                     |                                                  | 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 |         |
| 業務継続計画の策定状況等        | 感染症に関する業務継続計画（BCP）                               |                                              | 1 あり    |
|                     | 災害に関する業務継続計画（BCP）                                |                                              | 1 あり    |
|                     | 職員に対する周知の実施                                      |                                              | 1 あり    |
|                     | 定期的な研修の実施                                        |                                              | 1 あり    |

|                                              |               |                                                              |                                                                   |
|----------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|                                              |               | 定期的な訓練の実施                                                    | 1 あり                                                              |
|                                              |               | 定期的な業務継続計画の見直し                                               | 1 あり                                                              |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                          |               | 1 あり                                                         |                                                                   |
|                                              |               | 1 ありの場合                                                      |                                                                   |
|                                              |               | 提携ホーム名                                                       | 〒791-0206 東温市志津川南5丁目1-9<br>サービス付き高齢者向け住宅コンフォール志津川<br>089-990-7788 |
| 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               |               | 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                                                         |                                                                   |
| 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         |               | 2 なし                                                         |                                                                   |
|                                              |               | 1 ありの場合                                                      |                                                                   |
|                                              |               | 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                                   |                                                                   |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                        |               |                                                              |                                                                   |
|                                              | 不適合事項がある場合の内容 |                                                              |                                                                   |

4. サービスの内容(全体の方針)運営に関する方針-運営に関する目的…(続き)利用者に対し、適正な指定(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する。

4. サービスの内容(全体の方針)医療連携の内容-協力内容…(続き)居宅介護支援事業者に対して居宅サービス計画の策定に必要な情報提供を行います。

時等における対応方法)

生活相談員等、職員、従業者は、介護の提供を行っているときに、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治の医師又はあらかじめ定めた協力医療機関に連絡する等の措置を講じ、管理者に報告します。

(非

常災害対策)

事業者は、災害種別ごとの具体的計画を準備し、事業所の見やすい場所に掲示する。各種防災管理についての責任者を定め、非常災害に備えるため、年2回の避難・救出等訓練を行います。

(虐待

の防止のための措置)

事業者は、虐待の発生及び再発を防止するため、下記に掲げる措置を講じます。

①虐待の防止に係る対策を検討するための委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催するとともに、その結果について、生活相談員等、職員、従業者に十分に周知します。

②虐待の防止のための指針を整備します。

③従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。

④前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

事業者は、サービス提供中に、生活相談員等、職員、従業者又は養護者(利用者の家族等利用者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用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。

利用料に関して

家賃42000円 食費56100円(朝食340円・昼食680円・夕食680円 30日計算) 管理費35000円

火災保険料(年1回)5000円 計138100円

介護保険料

要

支援1 5490円、要支援2 9390円

要介護1 16260円、要介護2 18270円、要介護3 20370円、要介護4 22320円、要介護5 24390円

介護保険料に介護職員等処遇改善加算Ⅲ(加算率11%)が加算されます。

要支援1の場合 月額144194円+実費分(オムツ代、代行代等)

要支援2の場合 月額148523円+実費分(オムツ代、代行代等)

要介護1の場合 月額156149円+実費分(オムツ代、代行代等)

要介護2の場合 月額158380円+実費分(オムツ代、代行代等)

要介護3の場合 月額160711円+実費分(オムツ代、代行代等)

要介護4の場合 月額162875円+実費分(オムツ代、代行代等)

要介護5の場合 月額165173円+実費分(オムツ代、代行代等)

職員の職種、員数及び職務の内容

事業所に勤務する職種、員数及び職務の内容は次のとおりとします。

①管理者 1名(介護職員兼任)

① 管理者は事業所の従業者+B530の管理及び業務の管理を一元的に行います。

② 従業者 従業者はそれぞれの職種に必要な業務を行います。

- ・生活相談員 1名以上  
入退去調整、入退去調整、利用者様の生活相談、事務代行業務などを行います。
- ・看護職員 4名以上  
健康管理業務、内服薬管理、投薬などを行います。
- ・機能訓練指導員 1名以上  
心身機能の維持・向上のため、個人リハビリ計画を作成し訓練を実施します。
- ・介護職員 15名以上  
ケアプランに基づいた、食事・排泄・入浴の介助、家事援助などを行います。
- ・計画作成担当者 1名以上

主治医や本人、家族の意見を踏まえ、各専門スタッフと相談して個々の状況に合わせたケアプランを立てます。

料金追加に関して

期電気料金として7月～10月、冬期電気料金10月～2月までの期間2000円/月が発生します。

夏

添付書類： 別添 1（別に実施する介護サービス一覧表）  
別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日

年 月 日

説明者署名

\_\_\_\_\_

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

## 別添 1

## 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

| 介護サービスの種類        | 有無  | 主な事業所の名称         | 所在地           | 併設 | 隣接 |
|------------------|-----|------------------|---------------|----|----|
| <居宅サービス>         |     |                  |               |    |    |
| 訪問介護             | 1 有 | ヘルパーステーションコンフォール | 東温市志津川南5丁目1-9 |    |    |
| 訪問入浴介護           |     |                  |               |    |    |
| 訪問看護             |     |                  |               |    |    |
| 訪問リハビリテーション      |     |                  |               |    |    |
| 居宅療養管理指導         |     |                  |               |    |    |
| 通所介護             |     |                  |               |    |    |
| 通所リハビリテーション      |     |                  |               |    |    |
| 短期入所生活介護         |     |                  |               |    |    |
| 短期入所療養介護         |     |                  |               |    |    |
| 特定施設入居者生活介護      |     |                  |               |    |    |
| 福祉用具貸与           |     |                  |               |    |    |
| 特定福祉用具販売         |     |                  |               |    |    |
| <地域密着型サービス>      |     |                  |               |    |    |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |     |                  |               |    |    |
| 夜間対応型訪問介護        |     |                  |               |    |    |

|                      |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|
| 地域密着型通所介護            |  |  |  |  |  |
| 認知症対応型通所介護           |  |  |  |  |  |
| 小規模多機能型居宅介護          |  |  |  |  |  |
| 認知症対応型共同生活介護         |  |  |  |  |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     |  |  |  |  |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |  |  |  |  |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護        |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援               |  |  |  |  |  |
| <居宅介護予防サービス>         |  |  |  |  |  |
| 介護予防訪問入浴介護           |  |  |  |  |  |
| 介護予防訪問看護             |  |  |  |  |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション      |  |  |  |  |  |
| 介護予防居宅療養管理指導         |  |  |  |  |  |
| 介護予防通所リハビリテーション      |  |  |  |  |  |
| 介護予防短期入所生活介護         |  |  |  |  |  |
| 介護予防短期入所療養介護         |  |  |  |  |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      |  |  |  |  |  |

|                   |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|--|--|
| 介護予防福祉用具貸与        |  |  |  |  |  |
| 特定介護予防福祉用具販売      |  |  |  |  |  |
| <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    |  |  |  |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護   |  |  |  |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護  |  |  |  |  |  |
| 介護予防支援            |  |  |  |  |  |
| <介護保険施設>          |  |  |  |  |  |
| 介護老人福祉施設          |  |  |  |  |  |
| 介護老人保健施設          |  |  |  |  |  |
| 介護医療院             |  |  |  |  |  |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> |  |  |  |  |  |
| 訪問型サービス           |  |  |  |  |  |
| 通所型サービス           |  |  |  |  |  |
| その他生活支援サービス       |  |  |  |  |  |

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 |                                   |                             |      |      |                   | 1 あり                             |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------|------|-------------------|----------------------------------|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | 個別の利用料金で、実施するサービス（利用者が全額負担） | 包含※2 |      |                   | 備考                               |
|                                  |                                   |                             | 都度※2 | 料金※3 |                   |                                  |
| 介護サービス                           |                                   |                             |      |      |                   |                                  |
| 食事介助                             | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| 排泄介助・おむつ交換                       | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| おむつ代                             |                                   | 1 あり                        |      | ○    | 1ヵ月5000円～20000円程度 | 使用状況により異なります。                    |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| 特浴介助                             | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| 機能訓練                             | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| 通院介助                             | 2 なし                              | 1 あり                        |      | ○    | 1時間につき2000円       | 範囲に特別な制限はありません。                  |
| 口腔衛生管理                           |                                   |                             |      |      |                   |                                  |
| 生活サービス                           |                                   |                             |      |      |                   |                                  |
| 居室清掃                             | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| リネン交換                            | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| 日常の洗濯                            | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| 居室配膳・下膳                          | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   | 1 あり                        | ○    |      |                   |                                  |
| おやつ                              |                                   | 1 あり                        |      | ○    |                   | 週に1回とくし丸の移動販売にて実費購入になります。        |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   | 1 あり                        |      | ○    | 1回2000円           | 散髪希望の方が何名か集まりましたら訪問依頼します。        |
| 買い物代行                            | 2 なし                              | 1 あり                        |      | ○    | 1回1000円           | 三津浜地区に限ります。銀行、郵便局代行または同行も行っています。 |
| 役所手続き代行                          | 2 なし                              | 1 あり                        |      | ○    | 1回1000円           |                                  |
| 金銭・貯金管理                          |                                   | 1 あり                        |      | ○    | 毎月1000円           |                                  |
| 健康管理サービス                         |                                   |                             |      |      |                   |                                  |
| 定期健康診断                           |                                   | 1 あり                        |      |      |                   |                                  |
| 健康相談                             | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| 生活指導・栄養指導                        | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| 服薬支援                             | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | 1 あり                              |                             | ○    |      |                   |                                  |

|               |               |      |      |  |   |          |                     |
|---------------|---------------|------|------|--|---|----------|---------------------|
| 入退院時・入院中のサービス |               |      |      |  |   |          |                     |
|               | 入退院時の同行       | 2 なし | 1 あり |  | ○ | 1時間2000円 | 範囲に特別な制限はありません。     |
|               | 入院中の洗濯物交換・買い物 | 2 なし | 1 あり |  | ○ | 1回1000円  |                     |
|               | 入院中の見舞い訪問     | 2 なし | 1 あり |  |   |          | 入院先に状況を確認することはあります。 |

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割～3割の利用者負担)。  
※2:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額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。