

重要事項説明書

| | |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和 5 年 7 月 1 日 |
| 記入者 | 阿部 浩介 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1. 設置者概要

| | | |
|------------|--|---|
| 種類 | 個人/ <input checked="" type="checkbox"/> 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 社会福祉法人 |
| 名称 | (ふりがな) しゃかいふくしほうじん たいようふくしかい 社会福祉法人 たいよう福祉会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒999-3702 山形県東根市温泉町二丁目 5 番 3-5 号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0237-53-8800 |
| | F A X 番号 | 0237-53-8801 |
| | ホームページアドレス | http://www.taiyo-fukushikai.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 安藤 政弘 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 平成 22 年 6 月 10 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添 1 (別を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 そーれひがしね 介護付有料老人ホーム ソーレ東根 | |
| 所在地 | 〒999-3702 山形県東根市温泉町二丁目 5 番 3-5 号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR さくらんぼ東根駅、または JR 東根駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ①バス利用の場合 ・東根市市民バス さくらんぼ温泉口前下車 徒歩 3 分 ・山交バス 東根温泉入口下車 徒歩 5 分 ②自動車、タクシー利用の場合 ・JR 東根駅から車で 5 分 |

| | | |
|---------------|------------|---------------------------------|
| | | ・ JR さくらんぼ東根駅から車で10分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0237-53-8811 |
| | FAX番号 | 0237-53-8810 |
| | ホームページアドレス | http://www.taiyo-fukushikai.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 阿部 浩介 |
| | 職名 | 施設長（計画作成担当、相談員兼務） |
| 建物の竣工日 | | 平成 23年 2月 15日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成 23年 3月 22日 |

【類型】【表示事項】

| | | |
|------------------------------------|------------|---------------|
| 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | 0671700425 |
| | 指定した自治体名 | 山形県 |
| | 事業所の指定日 | 平成 23年 3月 22日 |
| | 指定の更新日（直近） | 平成 29年 3月 7日 |

3. 建物概要

| | | | |
|---------|----------------|-------------------------|---|
| 土地 | 敷地面積 | 1,538.03 m ² | |
| | 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 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり (22年 7月 1日～ 72年 6月 30日) 2 なし |
| 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1,616.84 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1,616.84 m ² |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | |
| | | 2 準耐火建築物 | |
| | | 3 その他 () | |
| 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | |
| | 2 鉄骨造 | | |
| | 3 木造 | | |
| | 4 その他 () | | |
| 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | |
| | 2 事業者が賃借する建物 | | |

| | | | | | | |
|------------|------------------|--------------------|-------------------------|----------------------|-------|--------|
| | | 抵当権の設定 | 1 あり | 2 なし | | |
| | | 契約期間 | 1 あり (年 月 日～ 年 月 日) | 2 なし | | |
| | | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | |
| 居室の 状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | 人部屋 | | | |
| | 最大 | 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 18.00 m ² | 40 室 | 介護居室個室 |
| タイプ2 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 2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 | | 2ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 4ヶ所 | 個室 | | 3ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | 1ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 2ヶ所 | チェアー浴 | | ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | 2ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | ヶ所 | |
| | | | その他 () | | ヶ所 | |
| | 食堂 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理施設 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | エレベーター | 1 あり (車椅子対応) | | | | |
| | | 2 あり (ストレッチャー対応) | | | | |
| | | 3 あり (上記1・2に該当しない) | | | | |
| | | 4 なし | | | | |
| 消防用 設備等 | 消火器 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 火災通報設備 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | スプリンクラー | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 防火管理者 | 1 あり | 2 なし | | | |
| | 防災計画 | 1 あり | 2 なし | | | |
| その他 | | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|----------|--|
| 運営に関する方針 | ・要介護状態又は要支援状態にある者に対し、適正な特定施設入居者生活介護を提供することを目的とし、利用者が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、入浴、排泄、 |
|----------|--|

| | |
|-----------------|---|
| | 食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練等を行います。 ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービス提供するよう努めます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 全室バリアフリー個室、天然温泉の個浴など、居住環境が充実しています。また、一人ひとりのニーズに沿った介護サービス計画を策定し、介護サービスを重視して提供しております。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容)

| | | | | |
|----------------------------------|---------------|------|------|------|
| 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提供体制の有無 | 入居継続支援加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 個別機能訓練加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 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 | |
| | 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 | |
| | 科学的介護推進体制加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| (Ⅱ) | | 1 あり | 2 なし | |
| (Ⅲ) | | 1 あり | 2 なし | |

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

(医療連携の内容)

| | |
|----------------|---|
| 医療支援 ※複数選択可 | 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 () |
|----------------|---|

| | | | |
|----------|---|------|------------------------------|
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人伍光会 北村山在宅診療所 |
| | | 住所 | 東根市温泉町二丁目5番3号 |
| | | 診療科目 | 内科等 |
| | | 協力内容 | 月に2回の訪問診療、利用者の健康管理、治療に関する協力 |
| | 2 | 名称 | 北村山公立病院 |
| | | 住所 | 東根市温泉町二丁目15番1号 |
| | | 診療科目 | 内科、整形外科、神経内科、外科等 |
| | | 協力内容 | 利用者の健康管理、治療に関する協力及び救急時の受け入れ等 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 菅デンタルクリニック |
| | | 住所 | 東根市温泉町一丁目6番12号 |
| | | 協力内容 | 口腔内診療や口腔ケアに関する助言指導等 |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|--|------|------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者は身体機能の低下等が認められ、又は高齢のため独立して生活するには不安が認められる者とする。 | | |
| 契約の解除の内容 | <p>(契約の終了)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が死亡した場合。 ・要支援認定又は要介護認定により利用者の心身の状況が自立と判定された場合。 ・入居契約が終了した場合。 ・事業者が破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。 ・施設の滅失や重大な毀損によりサービスの提供が不可能になった場合。 ・施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。 <p>(利用者からの中途解約)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者は、本契約の有効期間中に本契約を解約することができる。この場合、利用者は契約終了を希望する日の7日前までに事業者へ通知するものとする。 ・利用者は、利用料が変更になる際に同意できない場合や利用者が入院した場合、本契約を即時に解約できる。 <p>(利用者からの契約解除)</p> <p>事業者もしくはサービス従業者が以下の事項に該当する場合には、本契約を解除することができる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 事業者もしくはサービス従業者が正当な理由なく本契約に定める特定施設サービスを実施しない場合。 2. 事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に反した場合。 | | |

| | | |
|----------------|---|---|
| | <p>3. 事業者もしくはサービス従業者が故意または過失により利用者の身体、財産、信用等を傷付け、又は著しい不信行為その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。</p> <p>4. 他の利用者が利用者の身体、財産、信用等を傷付けた場合、もしくは傷付けられる恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合</p> | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | <p>(事業者からの契約解除)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。 ・利用者が、故意または重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者の生命、身体、財産、信用を傷付け、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。 ・利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にも関わらずこれが支払われない場合。 |
| | 解約予告期間 | 相当期間 |
| 入居者からの解約予告期間 | 7 日前 | |
| 体験入居の内容 | <p>1 あり (内容：1泊3食介護付 10,800円)</p> <p>2 なし</p> | |
| 入居定員 | 40 人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ^{※1} ※2 |
|---------|-----------|----|-----|----------------------------|
| | 合計 | | | |
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | 1.5 |
| 直接処遇職員 | 19 | 13 | 7 | 17.8 |
| 介護職員 | 16 | 12 | 4 | 15.6 |
| 看護職員 | 3 | 1 | 2 | 2.2 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 1 | 0.2 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 1 | 1 | | |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|------|
| その他職員 | 2 | | 2 | |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2} | | | | 40時間 |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 11 | 9 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 1 | |
| 介護支援専門員 | | | |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | | | 1 |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復師 | | | |
| 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 (16時30分～ 9時30分) | | |
|---------------------------|------|-----------------|
| | 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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率 [※] 【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.2 : 1 |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------------|------|--------|---------------|-------|------|---------|------|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり | | 2 なし | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | 1 あり | | | | | | | |
| | | | 資格等の名称 | 社会福祉士・介護支援専門員 | | | | | | |
| | | 2 なし | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | 1 | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 1 | 1 | | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | | 1 | | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | 3 | | 1 | | | | 1 | |
| | 3年以上5年未満 | | 1 | | 1 | | | | 1 | |
| | 5年以上10年未満 | | 1 | 6 | 2 | | | | | |
| | 10年以上 | 1 | | 4 | | | | | | |
| | 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | 1 あり | | 2 なし | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------|------------------------|---|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | 1 利用権方式 | |
| | 2 建物賃貸借方式 | |
| | 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 | |
| | 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | 3 月払い方式 | |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり | 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり | 2 なし |

| | |
|----------------------------|--|
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額あり 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |
| 利用料金の改定 | 条件 物価の変動および人件費等の増減があった場合改定する。 |
| | 手続き 運営懇談にて入居者に十分説明を行った後、理事会の議決を経る。 |

(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1 | 要介護5 | |
| | 年齢 | 94歳 | 89歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18㎡ | 18㎡ | |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 円 | 円 | |
| | 敷金 | 円 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 153,790円 | 161,860円 | |
| 家賃 | | 60,000円 | 60,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用 | 16,790円 (1割負担の場合) | 24,860円 (1割負担の場合) | |
| | 介護保険外※ ² | 食費 | 46,500円 | 46,500円 |
| | | 管理費 | 40,000円 | 40,000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)

| 費用 | 算定根拠 |
|------|---------------------------|
| 家賃 | 近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として設定 |
| 敷金 | なし |
| 介護費用 | 要介護度に応じて設定された介護費基準額 |
| 管理費 | 共有施設管理費の他、事務費、管理事務に係わる人件費 |
| 食費 | 1日1,400円×30日で計算 |
| 光熱水費 | — |

| | |
|----------------------|---------|
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2、別添4 |
| 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)

| 費用 | 算定根拠 |
|---|--|
| 特定施設入居者生活介護 [※] に対する自己負担 | <ul style="list-style-type: none"> ・各利用者の要介護度、介護保険負担割合に応じた介護費用とする。 ・利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。 ・介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。 |
| 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。 | |

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 | 10人 |
| | 女性 | 30人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 6人 |
| | 85歳以上 | 33人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 3人 |
| | 要支援2 | 6人 |
| | 要介護1 | 11人 |
| | 要介護2 | 10人 |
| | 要介護3 | 3人 |
| | 要介護4 | 6人 |
| | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 6人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 7人 |
| | 1年以上5年未満 | 16人 |
| | 5年以上10年未満 | 7人 |
| | 10年以上15年未満 | 4人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|--------|
| 平均年齢 | 89.3 歳 |
| 入居者数の合計 | 40 人 |
| 入居率※ | 100% |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|----------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 1 人 |
| | 社会福祉施設 | 3 人 |
| | 医療機関 | 3 人 |
| | 死亡者 | 5 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 | 0 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）

| | | |
|----------|-------------------------|------------|
| 窓口の名称 | ソーレ東根 苦情受付担当者 施設長 阿部 浩介 | |
| 電話番号 | 0237-53-8811 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～18:00 |
| | 土曜 | 9:00～18:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00～18:00 |
| 定休日 | なし | |
| 窓口の名称 | 山形県国民健康保健団体連合会 介護保険課 | |
| 電話番号 | 0237-87-8003 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:00 |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日 | |
| 窓口の名称 | 山形県福祉サービス運営適正化委員会 | |
| 電話番号 | 023-626-1755 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:00 |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日 | |
| 窓口の名称 | 東根市役所 福祉課 介護保険係 | |
| 電話番号 | 0237-42-2111 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:00 |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日 | |
| 窓口の名称 | 村山市役所 福祉課 | |

| | | |
|----------|----------------|------------|
| 電話番号 | 0237-55-2111 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:00 |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日 | |
| 窓口の名称 | 寒河江市役所 介護保険課 | |
| 電話番号 | 0237-83-3200 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:00 |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日 | |
| 窓口の名称 | 尾花沢市役所 福祉課 | |
| 電話番号 | 0237-22-1111 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:00 |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日 | |
| 窓口の名称 | 河北町役場 健康福祉課 | |
| 電話番号 | 0237-73-2111 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:00 |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日 | |
| 窓口の名称 | 大石田町役場 保健福祉課 | |
| 電話番号 | 0237-35-2111 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:00 |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日 | |
| 窓口の名称 | 東京都足立区役所 介護保険課 | |
| 電話番号 | 03-3880-5111 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:00 |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日 | |

(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 | (その内容) ・基本保障(純粋経済損失、身体障害、財物損壊合計) ・人格権侵害 ・管理受託物に関する損害賠償金 (内現金・貴重品) ・初期対応費用 |
| | 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) ・サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。ただし、施設の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではない。 |

| | |
|------------------|-----------|
| | 2 なし |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり 2 なし |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | | |
|----------------------------------|------|--------|-----------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 あり | 実施日 | 令和元年9月 |
| | | 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 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 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 2回 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり | (内容) |

| | | |
|---|---|--|
| | 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり（提携ホーム名： ） 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 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居 住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 | |
| 高齢者の居住の安定 確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定す るサービス付き高齢 者向け住宅の登録 | 1 あり 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置 運営指導指針「5. 規 模及び構造設備」に合 致しない事項 | 1 あり 2 なし | |
| 合致しない事項が ある場合の内容 | | |
| 「6. 既存建築物等 の活用の場合等の 特例」への適合性 | 1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合してない | |
| 有料老人ホーム設置 運営指導指針の不適合事項 | | |
| 不適合事項がある 場合の内容 | | |

添付書類：別添 1（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）

別添 3（介護保険に係る利用料）

別添 4（ソール東根 料金表）

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ 印

私は本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定特定施設入居者生活介護・指定介護
予防特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意し、これを受領しました。

【利用者】

【代筆者】

住所 _____

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

氏名 _____ 印 _____

(続柄: _____)

別添 1 事業主体が山形県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | | 事業所の名称 | | 所在地 |
|----------------------|--|-----------------------------|--------------------------|---------------------|
| ＜居宅サービス＞ | | | | |
| 訪問介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 訪問入浴介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 訪問看護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 通所介護事業所ソーレ東根 | 東根市温泉町二丁目 5 番 3-5 号 |
| 通所リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 短期入所生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 短期入所生活介護事業所 ソーレ東根 | 東根市温泉町二丁目 5 番 3-5 号 |
| 短期入所療養介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 特定施設入居者介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 特定施設入居者生活介護 事業所ソーレ東根 | 東根市温泉町二丁目 5 番 3-5 号 |
| 福祉用具貸与 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | グループホームソーレ東根 | 東根市温泉町二丁目 5-15 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 地域密着型特別養護老人 ホームソーレ大石田 | 北村山郡大石田町大字駒籠 413 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 居宅介護支援 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 居宅介護支援事業所ソー レ東根 | 東根市温泉町二丁目 5 番 3-5 号 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | <input type="checkbox"/> 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 | 介護予防短期入所生活介護事業所ソーレ東根 | 東根市温泉町二丁目 5 番 3-5 号 |
| 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 | 介護予防特定施設入居者生活介護事業所ソーレ東根 | 東根市温泉町二丁目 5 番 3-5 号 |
| 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 | グループホームソーレ東根 | 東根市温泉町二丁目 5-15 |
| 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 | 特別養護老人ホーム ソーレ東根 | 東根市温泉町二丁目 5 番 3-5 号 |
| 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

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | | | | なし | あり |
|----------------------------------|--|----|----------------------------|----|------------------|------------------|---|--------------|----|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担 ^{※1} ） | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 包含 ^{※2} | 都度 ^{※2} | 料金 ^{※3} | 備考 | |
| | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1時間 2,780円(税別) ※夜間割増料金あり ・6:00～9:00, 18:00～23:00 …1時間 3,614円(税別) ・23:00～6:00 …1時間 4,170円(税別) | 近隣市町村所在の医療機関 | |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 4,500円/月(税別) | 業者委託 | |
| 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 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | | |

| | | | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|---|---|---|--------------|
| 事 | | | | | | | | |
| おやつ | | | なし | あり | | ○ | 実費 | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | カット1回1,990円 毛染め1回3,660円 パーマ1回6,280円 | 参考価格 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1時間1,530円 | 施設所在地近郊商店のみ |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 役所へ支払う手数料は実費 |
| 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1回(実費) |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1時間2,780円(税別) | 近隣市町村所在の医療機関 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1時間1,530円(税別) | |
| 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。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度支払う場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

別添3

介護保険に係る利用料

| 介護保険に係る利用料 | 要介護認定等の結果 | 利用者負担【1割】負担料金 | | 利用者負担【2割】負担料金 | | 利用者負担【3割】負担料金※ | |
|---|-----------|---------------|---------|---------------|---------|----------------|---------|
| | | (1日) | (30日) | (1日) | (30日) | (1日) | (30日) |
| (適用を受ける場合は介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります) | 要支援1 | 182円 | 5,460円 | 364円 | 10,920円 | 546円 | 16,380円 |
| | 要支援2 | 311円 | 9,330円 | 622円 | 18,660円 | 933円 | 27,990円 |
| | 要介護1 | 538円 | 16,140円 | 1,076円 | 32,280円 | 1,614円 | 48,420円 |
| | 要介護2 | 604円 | 18,120円 | 1,208円 | 36,240円 | 1,812円 | 54,360円 |
| | 要介護3 | 674円 | 20,220円 | 1,348円 | 40,440円 | 2,022円 | 60,660円 |
| | 要介護4 | 738円 | 22,140円 | 1,476円 | 44,280円 | 2,214円 | 66,420円 |
| | 要介護5 | 807円 | 24,210円 | 1,614円 | 48,420円 | 2,421円 | 72,630円 |

| 加算について | 利用者負担【1割】負担料金 | | 利用者負担【2割】負担料金 | | 利用者負担【3割】※負担料金 | | 算定要件 |
|-----------------|---------------|--------|---------------|--------|----------------|---------|---|
| | (1日) | (30日) | (1日) | (30日) | (1日) | (30日) | |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18円 | 540円 | 36円 | 1,080円 | 54円 | 1,620円 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。 |
| 退院・退所時連携加算 | 30円 | 900円 | 60円 | 1,800円 | 90円 | 2,700円 | (要介護1～要介護5の方対象) 利用者の退院又は退所に当たって、医療提供施設の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受け取った上で、施設サービス計画書を作成し、サービス利用に関する調整を行った場合、入居日から30日間に限り算定。30日を超える医療提供施設への入院・入所後に再入居した場合も同様に算定。 |
| 若年性認知症入居者受入加算 | 120円 | 3,600円 | 240円 | 7,200円 | 360円 | 10,800円 | 若年性認知症入居者に対して、当該利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合に算定。 |
| 医療機関連携加算 | 月80円 | | 月160円 | | 月240円 | | 看護職員が入居者の方の健康状態を協力医療機関及び主治医に月1回以上情報提供をした場合に算定。 情報提供日前30日以内において、利用日数が14日未満である場合には算定しない。 |
| 口腔衛生管理体制加算 | 月30円 | | 月60円 | | 月90円 | | 歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対して口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に算定。 |
| 科学的介護推進体制加算 | 月40円 | | 月80円 | | 月120円 | | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。 |
| 介護職員処遇改善加算 | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | | | | | | 所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定。(加算率8.2%) |

| | | |
|--|------------------|------------------------------------|
| 介護職員等特定 処遇改善加算 | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定。(加算率1.8%) |
| 介護職員等 ベースアップ 等支援加算 | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定。(加算率1.5%) |
| 尚、介護保険法令等の変更があった場合、事業所体制変更の場合は上記の当該利用料・加算を変更することがあります。 | | |

別添4

ソール東根 料金表

| 項目 | 料金 | 備考 |
|----------------------------|--|---|
| 月額家賃(非課税) | 60,000 円/月 | ※近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として設定 |
| 管理費(非課税) | 40,000 円/月 | ※共有施設管理費、事務費、管理事務に係わる人件費 |
| 食費(税込) | 46,500 円/月(1日3食提供) | 治療食は定食と同じ料金。ただし定食とは別の食材を使用した場合や特別食は実費 |
| 退居時定額清算 | 30,000 円 | 入居後6ヶ月以上の場合 居室清掃費等(特別修理費は別途請求) |
| 電話・新聞 電気(税別) 上下水道・給湯 | — — — | 電話会社・新聞社との個別契約 |
| 洗濯代(税別) リネン費(税別) | 4,500 円/月 2,000 円/月 | 業者委託 |
| 洗濯機・乾燥機使用料 | 無料 スタッフ代行料 450 円/1回(税込み) | 洗剤等は各自準備 |
| おむつ代(税別) | ・パットタイプレギュラー(30枚)…480円 ・パットタイプワイド(30枚)…680円 ・はくパンツM(20枚)…1,550円 ・はくパンツL(18枚)…1,550円 ・はくパンツLL(16枚)…1,550円 ・テープ止めおむつM(30枚)…2,350円 ・テープ止めおむつL(26枚)…2,350円 | 実費 |
| 通院介助・同行(税別) | 2,780 円/時間+交通費実費 | 協力病院以外の医療機関の場合(2,780 円/時) ※夜間割増料金あり ・6:00~9:00、18:00~23:00(3,614 円/時) ・23:00~6:00(4,170 円/時) |
| その他 | ・複写物1枚10円 ・FAX代1枚50円 | 実費 |

(注意)消費税率が改定された場合の消費税額は、改定後の消費税率により変更されます。

