

## 重要事項説明書

|       |  |
|-------|--|
| 記入年月日 |  |
| 記入者名  |  |
| 所属・職名 |  |

## 1. 事業主体概要

|                                 |                                    |                                                                    |                                        |      |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 |                                    |                                                                    |                                        |      |
| 事業主体の名称                         | 法人等の種類                             | なし                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 営利法人 |
|                                 | 名称                                 | (ふりがな) かぶしきがいのしゃ しんぷうかい<br>株式会社 新風会                                |                                        |      |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒795-0061<br>愛媛県大洲市徳森字野田 1477 番地 1 |                                                                    |                                        |      |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号                               | 0893-25-6132                                                       |                                        |      |
|                                 | FAX 番号                             | 0893-25-3805                                                       |                                        |      |
|                                 | メールアドレス                            | so-mu@shinpukai.co.jp                                              |                                        |      |
|                                 | ホームページ                             | なし                                                                 |                                        |      |
|                                 | アドレス                               | あり : <a href="https://shinpukai.co.jp">https://shinpukai.co.jp</a> |                                        |      |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名                 | 氏名                                 | 清水 英範                                                              |                                        |      |
|                                 | 職名                                 | 代表取締役                                                              |                                        |      |
| 事業主体の設立年月日                      | 平成15年1月22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) さぽーとしずてむりゅうせい<br>サポートシステム龍星  |                                                                    |
| 所在地           | 〒795-0011<br>愛媛県大洲市柚木字王子ヶ平 580 番地 1 |                                                                    |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                 | J R伊予大洲 駅                                                          |
|               | 交通手段と所要時間                           | ① 宇和島バス「大洲病院行」または「堀端町行」で「大洲本町」バス停下車、徒歩 10 分<br>② J R伊予大洲駅から車で 10 分 |
| 連絡先           | 電話番号                                | 0893-23-1167                                                       |
|               | FAX 番号                              | 0893-23-1168                                                       |
|               | メールアドレス                             | ss-ryusei@shinpukai.co.jp                                          |
|               | ホームページアドレス                          | https://shinpukai.co.jp                                            |
| 管理者           | 氏名                                  | 吉岡 園恵                                                              |
|               | 職名                                  | サポートシステム龍星 管理者                                                     |
| 建物の竣工日        |                                     | 平成 22年 7月 22日                                                      |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                     | 平成 22年 8月 9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<br>該当する場合                  | 介護保険事業者番号   | 3870700667   |
|                                     | 指定した自治体名    | 愛媛県          |
|                                     | 事業所の指定日     | 平成 22年 8月 9日 |
|                                     | 指定の更新日 (直近) | 令和 4年 8月 9日  |

### 3. 土地建物概要

|                |                                                  |                                           |                                          |       |        |  |  |  |  |  |
|----------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|-------|--------|--|--|--|--|--|
| 土地             | 敷地面積                                             | 3709.49 m <sup>2</sup> (他施設 併設)           |                                          |       |        |  |  |  |  |  |
|                | 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 (普通賃借・定期賃借)                  |                                          |       |        |  |  |  |  |  |
|                |                                                  | 抵当権の有無                                    | ① あり 2 なし                                |       |        |  |  |  |  |  |
|                |                                                  | 契約期間                                      | ① あり<br>(2009年12月1日～2039年11月30日)<br>2 なし |       |        |  |  |  |  |  |
| 建物             | 延床面積                                             | 全体                                        | 1804.44 m <sup>2</sup>                   |       |        |  |  |  |  |  |
|                |                                                  | うち、老人ホーム部分                                | 1564.18 m <sup>2</sup>                   |       |        |  |  |  |  |  |
|                | 耐火構造                                             | ① 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |                                          |       |        |  |  |  |  |  |
|                | 構造                                               | 1 鉄筋コンクリート造<br>② 鉄骨造<br>3 木造<br>4 その他 ( ) |                                          |       |        |  |  |  |  |  |
|                | 所有関係                                             | ① 事業者が自ら所有する建物                            |                                          |       |        |  |  |  |  |  |
| 居室の状況          |                                                  | 2 事業者が賃借する建物 (普通賃借・定期賃借)                  |                                          |       |        |  |  |  |  |  |
|                |                                                  | 抵当権の設定                                    | 1 あり 2 なし                                |       |        |  |  |  |  |  |
|                |                                                  | 契約期間                                      | 1 あり<br>( 年 月 日～ 年 月 日)<br>2 なし          |       |        |  |  |  |  |  |
|                |                                                  | 契約の自動更新                                   | 1 あり 2 なし                                |       |        |  |  |  |  |  |
| 居室区分<br>【表示事項】 | ① 全室個室 (縁故者居室を含む)                                |                                           |                                          |       |        |  |  |  |  |  |
|                | 2 相部屋あり                                          |                                           |                                          |       |        |  |  |  |  |  |
|                | 最少                                               | 人部屋                                       |                                          |       |        |  |  |  |  |  |
|                | 最大                                               | 人部屋                                       |                                          |       |        |  |  |  |  |  |
| タイプ1           | トイレ                                              | 浴室                                        | 面積                                       | 戸数・室数 | 区分※    |  |  |  |  |  |
|                | 有/無                                              | 有/無                                       | 13.96 m <sup>2</sup>                     | 36    | 一般居室個室 |  |  |  |  |  |
|                | ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 |                                           |                                          |       |        |  |  |  |  |  |
| 共用施設           | 共用便所における<br>便房                                   | 3 ヶ所                                      | うち男女別の対応が可能な便房                           | 3 ヶ所  |        |  |  |  |  |  |
|                |                                                  |                                           | うち車椅子等の対応が可能な便房                          | 3 ヶ所  |        |  |  |  |  |  |
|                | 共用浴室                                             | 2 ヶ所                                      | 個室                                       | 0 ヶ所  |        |  |  |  |  |  |
|                |                                                  |                                           | 大浴場                                      | 2 ヶ所  |        |  |  |  |  |  |

|                 |                  |                                                             |          |        |
|-----------------|------------------|-------------------------------------------------------------|----------|--------|
|                 | 共用浴室における<br>介護浴槽 | 2ヶ所                                                         | チェアー浴    | 2ヶ所    |
|                 |                  |                                                             | リフト浴     | 1ヶ所    |
|                 |                  |                                                             | ストレッチャー浴 | 1ヶ所    |
|                 |                  |                                                             | その他（特浴）  | 1ヶ所    |
|                 | 食堂               | ① あり 2 なし                                                   |          |        |
| 消防用設備等          | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり ② なし                                                   |          |        |
|                 | エレベーター           | ① あり（車椅子対応）<br>② あり（ストレッチャー対応）<br>3 あり（上記1・2に該当しない）<br>4 なし |          |        |
|                 | 消火器              | 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                                                   |          |        |
| 緊急通報装置等（ナースコール） | 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             | 居室               | 便所                                                          | 浴室       | その他（ ） |
|                 | ① あり             | ① あり                                                        | ① あり     | 1 あり   |
|                 | 2 一部あり           | 2 一部あり                                                      | 2 一部あり   | 2 一部あり |
|                 | 3 なし             | 3 なし                                                        | 3 なし     | ③ なし   |
| 誘導灯および誘導標識      |                  | あり                                                          |          |        |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | 特定施設入居者生活介護の施設において、介護保険法令等を遵守し、契約の定めるところに従い利用者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことを支援します。                                                                                                                       |
| サービスの提供内容に関する特色 | 利用者のニーズを的確に捉え、温かく質の高いサービスを提供していきます。柔軟かつ効率的な運営を心掛け、地域住民から親しまれ信頼される経営を目指します。利用者の心身の機能、社会的機能や要介護度などを総合的にアセスメントして、ニーズに基づいたケアプランを作成します。職員、利用者本人、保護者間で協議しながら利用者の希望や状況の変化に合わせて（モニタリング）プランやサービス提供の調整を行います。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | ① 自ら実施 2 委託 3 なし                                                                                                                                                                                   |
| 食事の提供           | ① 自ら実施 2 委託 3 なし                                                                                                                                                                                   |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | 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等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い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> | 入居継続支援加算              | ① なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ |
|                                                                                                                                                                                  | テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係） | ① なし 2 あり        |
|                                                                                                                                                                                  | 生活機能向上連携加算            | ① なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ |
|                                                                                                                                                                                  | 個別機能訓練加算              | ① なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ |
|                                                                                                                                                                                  | ADL維持等加算              | 1 なし 2 加算Ⅰ ③ 加算Ⅱ |
|                                                                                                                                                                                  | 夜間看護体制加算              | 1 なし 2 加算Ⅰ ③ 加算Ⅱ |
|                                                                                                                                                                                  | 若年性認知症入居者受入加算         | 1 なし ② あり        |
|                                                                                                                                                                                  | 協力医療機関連携加算（※1）        | 1 なし ② 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ |

|                                   |                |                                 |
|-----------------------------------|----------------|---------------------------------|
| ※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。 | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 1 なし ② あり                       |
|                                   | 科学的介護推進体制加算    | 1 なし ② あり                       |
|                                   | 退院・退所時連携加算     | 1 なし ② あり                       |
|                                   | 退居時情報提供加算      | 1 なし ② あり                       |
|                                   | 看取り介護加算        | 1 なし ② 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ                |
|                                   | 認知症専門ケア加算      | ① なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ                |
|                                   | 高齢者施設等感染対策向上加算 | ① なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ                |
|                                   | 新興感染症等施設療養費    | ① なし 2 あり                       |
|                                   | 生産性向上推進体制加算    | ① なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ                |
|                                   | サービス提供体制強化加算   | 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ<br>④ 加算Ⅲ       |
|                                   | 介護職員等処遇改善加算    | 1 なし 2 加算Ⅰ ③ 加算Ⅱ<br>4 加算Ⅲ 5 加算Ⅳ |
| 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)<br>: 1            |
|                                   | ② なし           |                                 |

(医療連携の内容)

|                |   |                                   |                    |
|----------------|---|-----------------------------------|--------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 |   | ① 救急車の手配                          |                    |
|                |   | ② 入退院の付き添い                        |                    |
|                |   | ③ 通院介助                            |                    |
|                |   | ④ その他（ 定期健診介助 ）                   |                    |
| 協力医療機関         | 1 | 名称                                | 神南診療所              |
|                |   | 住所                                | 大洲市新谷乙 1186 番地 1   |
|                |   | 診療科目                              | 内科、外科、整形外科、肛門科     |
|                |   | 協力科目                              | 訪問診察、往診            |
|                |   | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | 1 なし<br>② あり       |
|                |   | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保   | 1 なし<br>② あり       |
|                |   |                                   |                    |
|                | 2 | 名称                                | 平成病院               |
|                |   | 住所                                | 大洲市柚木 811 番地 1     |
|                |   | 診療科目                              | 精神科、神経科            |
|                |   | 協力科目                              | 訪問診察               |
|                |   | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | 1 なし<br>② あり       |
|                |   | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保   | 1 なし<br>② あり       |
|                |   |                                   |                    |
| 協力歯科医療機関       | 1 | 名称                                | ふじもと歯科医院           |
|                |   | 住所                                | 喜多郡内子町平岡甲 449 番地 2 |
|                |   | 協力内容                              | 往診、歯科の健康管理指導       |
|                | 2 | 名称                                | 山崎歯科医院             |
|                |   | 住所                                | 大洲市柚木 358 番地 48    |
|                |   | 協力内容                              | 往診、歯科の健康管理指導       |

(入居に関する要件)

|                    |                                 |              |
|--------------------|---------------------------------|--------------|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者                         | ① あり    2 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               | 個々の利用者の介護度数、ニーズや特徴を考慮して適切な提供を行う |              |
| 契約解除の内容            | 入居者が死亡したとき、事業者からの契約解除           |              |

|                |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項                 | <p>・利用者の行動が他の入居者の生命に危機を及ぼす恐れがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合</p> <p>【上記の場合、事業者は次の手続きを行う】</p> <p>① 一定の観察期間をおくこと</p> <p>② 医師の意見を聴くこと</p> <p>③ 契約解除の通告について30日の予告期間をおくこと</p> <p>④ 利用者本人の意見を確認すると共に、入居契約で定める身元引受人当の意見を聴くこと</p> <p>・本契約に基づくサービス利用料金の支払いにつき、利用者がしばしば遅延し、その支払いがない場合など、本契約における事業者と利用者の信頼関係を著しく害するものであると判断した場合には、30日の予告期間において、本契約を解除することがある。</p> <p>・利用者が介護保険法令等に定める法定代理受理サービスを希望しており、本契約第8条第2項第1号に定める費用の支払いを遅延する場合には、事業者が契約の解除に先立ち行う予告期間は3ヶ月とする。</p> |
|                | 解約予告期間               | 1 ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 入居者からの解約予告期間   |                      | 1 ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                |                      | 利用者は契約有効期間中、いつでも契約を解除することができる。この場合、利用者は契約終了を希望する30日前までに事業者に書面により通知するものとする。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 体験入居の内容        | 1 あり (内容 : )<br>② なし |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 入居定員           |                      | 36 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<br>※1 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|--------------|
|                                                                                                  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |              |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  |     | 1 名          |
| 生活相談員                                                                                            | 4        | 4  |     | 1.0          |
| 直接処遇職員                                                                                           | 26       |    |     |              |
| 介護職員                                                                                             | 22       | 17 | 5   | 12.0         |
| 看護職員                                                                                             | 4        | 2  | 2   | 2.0          |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 3        | 1  | 2   | 0.2          |
| 計画作成担当者                                                                                          | 1        | 1  |     | 1 名          |
| 栄養士                                                                                              | 1        | 1  |     |              |
| 調理員                                                                                              | 6        | 3  | 3   |              |
| 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                                                                          |          |    |     | 36 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。 |          |    |     |              |

(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                      | 10 | 8  | 2   |
| 実務者研修の修了者<br>（旧基礎研修・1 級課程） |    |    |     |
| 初任者研修の修了者<br>（旧 2 級課程）     |    |    |     |
| 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   | 4  | 2  | 2   |
| 理学療法士       | 1  |    | 1   |
| 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        |    |    |     |

(夜勤または宿直を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 ( 17 時 ~ 翌日 9 時 ) |       |                 |
|----------------------------|-------|-----------------|
|                            | 平均人数  | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                       | 0~1 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<br>利用者に対する看護・介護<br>職員の割合<br>(一般型特定施設以外の場合、<br>本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率 ※<br>【表示事項】             | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|                                                                     | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 3 : 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 |     | 介護福祉士        |     |         |     |         |     |
|                         |               |          |              | 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             |               |          |              | 2      | 1   |              |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数             |               |          |              |        | 2   |              |     |         |     |         |     |
| 応じた職員の数<br>業務に従事した経験年数に | 1年未満          |          |              | 2      | 1   |              |     |         |     |         |     |
|                         | 1年以上<br>3年未満  |          |              | 6      | 1   | 1            |     |         | 1   |         |     |
|                         | 3年以上<br>5年未満  |          |              | 2      | 1   |              |     |         |     |         |     |
|                         | 5年以上<br>10年未満 |          | 1            |        | 1   |              |     |         | 1   |         |     |
|                         | 10年以上         | 2        | 1            | 7      | 1   | 3            |     | 1       |     | 1       |     |
|                         | 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<br>【表示事項】              |     | ① 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                |                                         |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           |     | 1 全額前払い方式                                          |                                         |
|                                |     | 2 一部前払い・一部月払い方式                                    |                                         |
|                                |     | ③ 月払い方式                                            |                                         |
|                                |     | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                             | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                     |     | 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<br>利用料金（月払い）の取扱い |     | 1 減額なし<br>② 日割り計算で減額<br>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |                                         |
| 利用料金の<br>改定                    | 条件  | 行政の介護報酬改定・企業の利用料改定                                 |                                         |
|                                | 手続き | 家族の同意書・行政への報告                                      |                                         |

### (料金の目安)

特定施設入居者生活介護の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、法定代理受領サービスである場合は、介護報酬の告示上の額のうち、利用者の負担割合に応じた額とします。

| 要介護度 | 基本料金     |                    | 利用者負担額   |                    | 利用者負担額   |                    | 利用者負担額   |                    |
|------|----------|--------------------|----------|--------------------|----------|--------------------|----------|--------------------|
|      |          |                    | (1割)     |                    | (2割)     |                    | (3割)     |                    |
| 区分   | 日額/<br>円 | 月額<br>(30日間)/<br>円 | 日額/<br>円 | 月額<br>(30日間)/<br>円 | 日額/<br>円 | 月額<br>(30日間)/<br>円 | 日額/<br>円 | 月額<br>(30日間)/<br>円 |
| 要支援1 | 1,830    | 54,900             | 183      | 5,490              | 366      | 10,980             | 549      | 16,470             |
| 要支援2 | 3,130    | 93,900             | 313      | 9,390              | 626      | 18,780             | 939      | 28,170             |
| 要介護1 | 5,420    | 162,600            | 542      | 16,260             | 1,084    | 32,520             | 1,626    | 48,780             |
| 要介護2 | 6,090    | 182,700            | 609      | 18,270             | 1,218    | 36,540             | 1,827    | 54,810             |
| 要介護3 | 6,790    | 203,700            | 679      | 20,370             | 1,358    | 40,740             | 2,037    | 61,110             |
| 要介護4 | 7,440    | 223,200            | 744      | 22,320             | 1,488    | 44,640             | 2,232    | 66,960             |
| 要介護5 | 8,130    | 243,900            | 813      | 24,390             | 1,626    | 48,780             | 2,439    | 73,170             |

※ただし、給付制限がある場合は給付制限に応じて請求いたします。

(基本利用料への加算)

| 加 算 名                      | 1 割負担               | 2 割負担     | 3 割負担     |
|----------------------------|---------------------|-----------|-----------|
| 夜間看護体制加算 (Ⅱ)               | 9 円/日               | 18 円/日    | 27 円/日    |
| 協力医療機関連携加算                 | 100 円/月             | 200 円/月   | 300 円/月   |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)            | 6 円/日               | 12 円/日    | 18 円/日    |
| 科学的介護推進体制加算                | 40 円/月              | 80 円/月    | 120 円/月   |
| ADL維持等加算 (Ⅱ)               | 60 円/月              | 120 円/月   | 180 円/月   |
| 看取り加算 死亡日(Ⅰ)               | 1,280 円/日           | 2,560 円/日 | 3,840 円/日 |
| 看取り加算 死亡日(Ⅰ)<br>以前 2～3 日   | 680 円/日             | 1,360 円/日 | 2,040 円/日 |
| 看取り加算 死亡日(Ⅰ)<br>以前 4～30 日  | 144 円/日             | 288 円/日   | 432 円/日   |
| 看取り加算 死亡日(Ⅰ)<br>以前 31～45 日 | 72 円/日              | 144 円/日   | 216 円/日   |
| 退院・退所時連携加算                 | 30 円/日              | 60 円/日    | 90 円/日    |
| 退居時情報提供加算                  | 250 円/回             | 500 円/回   | 750 円/回   |
| 若年性認知症入居者受入加算              | 120 円/日             | 240 円/日   | 360 円/日   |
| 口腔・栄養スクリーニング加算<br>(6 月ごと)  | 20 円/回              | 40 円/回    | 60 円/回    |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ<br>(1 月につき)   | (基本利用料+加算料金) ×12.2% |           |           |

(その他)

| 内 容                          | 料 金                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 室 料                          | 月額 48,000 円(月額一律)                                                                                                                                                                         |
| 食 費                          | 月額 52,500 円(30 日計算) <div> 朝食 330 円<br/> 昼食 670 円<br/> 夕食 670 円<br/> おやつ 80 円 </div>                                                                                                       |
| 管 理 費                        | 月額 43,000 円(月額一律)<br>(内訳) 施設管理費 15,000 円<br>水道光熱費 25,000 円<br>寝具リース料 3,000 円                                                                                                              |
| そ の 他 の 費 用<br>( 対 象 者 の み ) | 洗濯費 500 円/回<br>寝具代一式交換費用 1,000 円/回<br>防水シーツ交換費用 160 円/回                                                                                                                                   |
| 介護保険給付外費用                    | ・協力医療機関等への通院付き添い → 1,000 円/30 分<br>・個人的な外出の付き添い、買い物等代行サービス → 1,000 円/30 分<br>・医療費本人負担分 → 実費負担<br>・理美容サービス → 実費負担<br>・オムツ、雑費、その他 → 実費負担<br>・居室エアコン清掃費 → 実費負担<br>・退居時居室清掃料 → 5,000 円(1 回限り) |

(利用料金の支払い方法)

- ① 前記の利用料・費用は1ヶ月ごとに計算し、利用者及び扶養者が指定する送付先に、毎月の利用料金の請求書及び明細書を発行し、ご請求します。銀行口座引落しの場合は利用月の翌月 15 日に引落とし、また、振込の場合は利用月の翌月 15 日までに指定口座に振込にて支払うものとします。
- ② 日常生活において通常必要となる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用については、別途精算といたします。(実費)
- ③ 月の途中における入居または退居については、日割り計算といたします。
- ④ 入院等により一時的に部屋を空けられた場合の利用料は、室料・施設管理費・水道光熱費・寝具の賃借料・クリーニング代が請求対象となります。但し、同月内連続 30 日を超えて部屋を空けられた場合のみ水道光熱費は半額とします。
- ⑤ その他の費用は使用可数に応じて別途精算といたします。(実費)
- ⑥ 居室エアコンの清掃を業務委託いたします。清掃費は別途精算といたします。(実費)
- ⑦ 退居時の居室清掃を業務委託いたします。清掃費は1回限り 5,000 円とします。(実費)

## 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            | 7 人  |
|       | 女性            | 29 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 0 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 3 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 7 人  |
|       | 85 歳以上        | 26 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 0 人  |
|       | 要支援 1         | 1 人  |
|       | 要支援 2         | 2 人  |
|       | 要介護 1         | 5 人  |
|       | 要介護 2         | 6 人  |
|       | 要介護 3         | 6 人  |
|       | 要介護 4         | 14 人 |
|       | 要介護 5         | 2 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 6 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 2 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 23 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 3 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 歳  |
| 入居者数の合計                                         | 36 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。 |       |

### (前年度における退居者の状況)

|         |        |     |
|---------|--------|-----|
| 退居先別の人数 | 自宅等    | 0 人 |
|         | 社会福祉施設 | 1 人 |
|         | 医療機関   | 1 人 |
|         | 死亡     | 9 人 |
|         | その他    | 0 人 |

|         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 0 人      |
|         |          | (解約事由の例) |
|         | 入居者側の申し出 | 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    |       | サポートシステム龍星       |
| 電話番号     |       | 0893-23-1167     |
| 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    |       | 株式会社 新風会 地域包括介護部 |
| 電話番号     |       | 0893-25-6132     |
| 対応している時間 | 平日    | 8:30~17:30       |
| 定休日      |       | 土日祝              |

|          |    |                |
|----------|----|----------------|
| 窓口の名称    |    | 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 | 8:30~17:15     |
| 定休日      |    | 土日祝            |
| 窓口の名称    |    | 大洲市役所 高齢福祉課    |
| 電話番号     |    | 0893-24-2111   |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15     |
| 定休日      |    | 土日祝            |

(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) |
|                               | 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) |
|                               | 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    | 不定期       |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり ② なし |
|                                  | 2 なし |        |           |
| 第三者による評価の実施状況                    | 1 あり | 実施日    |           |
|                                  |      | 評価機関名称 |           |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|                                  | ② なし |        |           |

9. 入居希望者への事前の情報開示

|          |                                                  |
|----------|--------------------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>③ 公開していない（必要に応じて対応有） |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>③ 公開していない            |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>③ 公開していない            |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>③ 公開していない            |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>③ 公開していない            |

# 10. その他

|                                            |                                                                                 |                                                      |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 運営懇談会                                      | 1 あり                                                                            | (開催頻度) 年 回                                           |
|                                            | ② なし                                                                            |                                                      |
|                                            | 1 代替措置あり                                                                        | (内容)                                                 |
|                                            | ② 代替措置なし                                                                        |                                                      |
| 高齢者虐待防止のための<br>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 2 なし                                            |
|                                            | 指針の整備                                                                           | ① あり 2 なし                                            |
|                                            | 定期的な研修の実施                                                                       | ① あり 2 なし                                            |
|                                            | 担当者の配置                                                                          | ① あり 2 なし                                            |
| 身体的拘束等の適正化の<br>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 2 なし                                            |
|                                            | 指針の整備                                                                           | ① あり 2 なし                                            |
|                                            | 定期的な研修の実施                                                                       | 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                                                                            | 身体的拘束等を行う場合の態様及び<br>時間、入居者の状況並びに緊急やむ<br>を得ない場合の理由の記録 |
|                                            | ① あり<br>2 なし                                                                    |                                                      |
| 2 なし                                       |                                                                                 |                                                      |
| 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                                                                   | ① あり 2 なし                                            |
|                                            | 災害に関する業務継続計画                                                                    | ① あり 2 なし                                            |
|                                            | 職員に対する周知の実施                                                                     | ① あり 2 なし                                            |
|                                            | 定期的な研修の実施                                                                       | ① あり 2 なし                                            |
|                                            | 定期的な訓練の実施                                                                       | ① あり 2 なし                                            |
|                                            | 定期的な業務継続計画の見直し                                                                  | ① あり 2 なし                                            |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                        | 1 あり (提携ホーム名： )<br>② なし                                                         |                                                      |
| 有料老人ホーム設置時の老<br>人福祉法第 29 条第 1 項に規<br>定する届出 | ① あり 2 なし<br>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<br>安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 |                                                      |

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

別添 1 事業主体が県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービス等の種類           |    |    | 併設・隣接の状況 | 事業所の名称       | 所在地 |
|----------------------|----|----|----------|--------------|-----|
| ＜居宅サービス＞             |    |    |          |              |     |
| 訪問介護                 | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 訪問入浴介護               | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 訪問看護                 | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 居宅療養管理指導             | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 通所介護                 | あり | なし | 併設・隣接    | 別紙（事業所一覧表）参照 |     |
| 通所リハビリテーション          | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 短期入所生活介護             | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 短期入所療養介護             | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 特定施設入居者生活介護          | あり | なし | 併設・隣接    | 別紙（事業所一覧表）参照 |     |
| 福祉用具貸与               | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| ＜地域密着型サービス＞          |    |    |          |              |     |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 認知症対応型通所介護           | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 地域密着型通所介護            | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なし | 併設・隣接    | 別紙（事業所一覧表）参照 |     |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 居宅介護支援               | あり | なし | 併設・隣接    | 別紙（事業所一覧表）参照 |     |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |    |    |          |              |     |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 介護予防訪問看護             | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり | なし | 併設・隣接    | 別紙（事業所一覧表）参照 |     |
| 介護予防福祉用具貸与           | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 特定介護予防福祉用具販売         | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| ＜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 | 併設・隣接    |              |     |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり | なし | 併設・隣接    | 別紙（事業所一覧表）参照 |     |
| 介護予防支援               | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| ＜介護保険施設＞             |    |    |          |              |     |
| 介護老人福祉施設             | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 介護老人保健施設             | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 介護医療院                | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| ＜介護予防・日常生活支援総合事業＞    |    |    |          |              |     |
| 訪問型サービス              | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |
| 通所型サービス              | あり | なし | 併設・隣接    | 別紙（事業所一覧表）参照 |     |
| その他の支援サービス           | あり | なし | 併設・隣接    |              |     |

## 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                                                                                        |                                              |  |
|                                  |                                   |    |                            |    |      |      |               |                                                                                            |                                              |  |
|                                  |                                   |    |                            |    |      |      |               |                                                                                            |                                              |  |
| 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 |      |      |               |                                                                                            |                                              |  |
| 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 |      |      | 1,000 円 /30 分 | 外出支援 30 分 1,000 円<br>協力医療機関等への通院付き添いや個人的な外出の付き添い、買い物等代行サービスは個別利用料徴収<br>付添可能範囲：大洲市・内子町・八幡浜市 |                                              |  |
| 口腔衛生管理                           |                                   |    |                            |    |      |      |               |                                                                                            |                                              |  |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |               |                                                                                            |                                              |  |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |               |                                                                                            | 退居時居室清掃料 1 回限り 5,000 円                       |  |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |               |                                                                                            | 防水シート交換費用 1 回 160 円<br>寝具代一式交換費用 1 回 1,000 円 |  |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |               |                                                                                            | 洗濯費 1 回 500 円                                |  |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |               |                                                                                            |                                              |  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   |    | なし                         | あり |      |      |               |                                                                                            |                                              |  |
| おやつ                              |                                   |    | なし                         | あり |      |      |               | 80 円                                                                                       |                                              |  |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |    | なし                         | あり |      |      | 1,000 円 /30 分 | 外出支援 30 分 1,000 円                                                                          |                                              |  |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |               |                                                                                            |                                              |  |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |               |                                                                                            |                                              |  |
| 金銭・貯金管理                          |                                   |    | なし                         | あり |      |      |               |                                                                                            |                                              |  |

|                  |    |    |    |    |  |  |                  |                   |
|------------------|----|----|----|----|--|--|------------------|-------------------|
| 健康管理サービス         |    |    |    |    |  |  |                  |                   |
| 定期健康診断           |    |    | なし | あり |  |  |                  |                   |
| 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 |  |  | 1,000 円<br>/30 分 | 外出支援 30 分 1,000 円 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物    | なし | あり | なし | あり |  |  |                  |                   |
| 入院中の見舞い訪問        | なし | あり | なし | あり |  |  |                  |                   |

※１：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（１割又は２割の利用者負担）。

※２：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度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。