

重要事項説明書

|       |                |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和 6 年 7 月 1 日 |
| 記入者   | 鳥谷 順           |
| 所属・職名 | 本部長            |

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

1. 設置者概要

|            |                                       |                                                           |
|------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 種類         | 個人/ <u>法人</u>                         |                                                           |
|            | ※法人の場合、その種類                           | 営利法人                                                      |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃきゅあどりーむ<br>株式会社キュアドリーム |                                                           |
| 主たる事務所の所在地 | 〒993-0033<br>山形県長井市今泉 2945-4          |                                                           |
| 連絡先        | 電話番号                                  | 0238-88-1455                                              |
|            | F A X 番号                              | 0238-88-5581                                              |
|            | ホームページアドレス                            | <a href="https://curedream.com">https://curedream.com</a> |
| 代表者        | 氏名                                    | 鳥谷 亮一                                                     |
|            | 職名                                    | 代表取締役                                                     |
| 設立年月日      | 平成 15 年 5 月 14 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) しにあさろんかざぐるましんかん<br>シニアサロン風ぐるま新館 |                                                           |
| 所在地           | 〒993-0033<br>山形県長井市今泉 2944-3           |                                                           |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                    | 今泉駅                                                       |
|               | 交通手段と所要時間                              | JR 米坂線・フラワー長井線今泉駅より徒歩 15 分<br>車 3 分                       |
| 連絡先           | 電話番号                                   | 0238-88-5660                                              |
|               | FAX 番号                                 | 0238-88-5581                                              |
|               | ホームページアドレス                             | <a href="https://curedream.com">https://curedream.com</a> |
| 管理者           | 氏名                                     | 鳥谷 順                                                      |
|               | 職名                                     | 本部長                                                       |
| 建物の竣工日        |                                        | 年 月 日                                                     |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                        | 平成 16 年 12 月 15 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   |       |
|                                     | 指定した自治体名    | 県 (市) |
|                                     | 事業所の指定日     | 年 月 日 |
|                                     | 指定の更新日 (直近) | 年 月 日 |

## 3. 建物概要

|    |      |                         |           |
|----|------|-------------------------|-----------|
| 土地 | 敷地面積 | 1,588.65 m <sup>2</sup> |           |
|    | 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      |

|                                                  |                |                                                                     |                                               |                      |       |         |
|--------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------|-------|---------|
|                                                  |                |                                                                     | ( 年 月 日～ 年 月 日)                               |                      |       |         |
|                                                  |                |                                                                     | 2 なし                                          |                      |       |         |
|                                                  |                | 契約の自動更新                                                             | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |                      |       |         |
| 建物                                               | 延床面積           | 全体                                                                  | 960.99 m <sup>2</sup>                         |                      |       |         |
|                                                  |                | うち、老人ホーム部分                                                          | 572.40 m <sup>2</sup>                         |                      |       |         |
|                                                  | 耐火構造           | 1 耐火建築物                                                             |                                               |                      |       |         |
|                                                  |                | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物                        |                                               |                      |       |         |
|                                                  |                | 3 その他 ( )                                                           |                                               |                      |       |         |
|                                                  | 構造             | 1 鉄筋コンクリート造                                                         |                                               |                      |       |         |
|                                                  |                | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物 |                |                                                                     |                                               |                      |       |         |
| 抵当権の設定                                           |                | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし                       |                                               |                      |       |         |
| 契約期間                                             |                | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり<br>( 年 月 日～ 年 月 日)<br>2 なし |                                               |                      |       |         |
| 契約の自動更新                                          |                | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし                       |                                               |                      |       |         |
| 居 室 の<br>状 況                                     | 居室区分<br>【表示事項】 | 1 全室個室                                                              |                                               |                      |       |         |
|                                                  |                | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 相部屋あり                         |                                               |                      |       |         |
|                                                  |                | 最少                                                                  | 1 人部屋                                         |                      |       |         |
|                                                  |                | 最大                                                                  | 2 人部屋                                         |                      |       |         |
|                                                  |                | トイレ                                                                 | 浴室                                            | 面積                   | 戸数・室数 | 区分※     |
|                                                  | タイプ1           | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無                            | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無      | 11.70 m <sup>2</sup> | 11    | 一般居室個室  |
|                                                  | タイプ2           | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無                            | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無      | 16.11 m <sup>2</sup> | 10    | 一般居室相部屋 |
|                                                  | タイプ3           | 有/無                                                                 | 有/無                                           | m <sup>2</sup>       |       |         |
|                                                  | タイプ4           | 有/無                                                                 | 有/無                                           | m <sup>2</sup>       |       |         |
|                                                  | タイプ5           | 有/無                                                                 | 有/無                                           | m <sup>2</sup>       |       |         |
|                                                  | タイプ6           | 有/無                                                                 | 有/無                                           | m <sup>2</sup>       |       |         |
|                                                  | タイプ7           | 有/無                                                                 | 有/無                                           | m <sup>2</sup>       |       |         |
|                                                  | タイプ8           | 有/無                                                                 | 有/無                                           | m <sup>2</sup>       |       |         |
|                                                  | タイプ9           | 有/無                                                                 | 有/無                                           | m <sup>2</sup>       |       |         |
|                                                  | タイプ10          | 有/無                                                                 | 有/無                                           | m <sup>2</sup>       |       |         |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 |                |                                                                     |                                               |                      |       |         |
| 共用施設                                             | 共用便所における<br>便房 | 9ヶ所                                                                 | うち男女別の対応が可能な便房                                |                      | 2ヶ所   |         |
|                                                  |                |                                                                     | うち車椅子等の対応が可能な便房                               |                      | 7ヶ所   |         |
|                                                  | 共用浴室           | 1ヶ所                                                                 | 個室                                            |                      | ヶ所    |         |

|  |                  |     |          |     |
|--|------------------|-----|----------|-----|
|  |                  |     | 大浴場      | 1ヶ所 |
|  | 共用浴室における<br>介護浴槽 | 2ヶ所 | チェアー浴    | 1ヶ所 |
|  |                  |     | リフト浴     | 1ヶ所 |
|  |                  |     | ストレッチャー浴 | 1ヶ所 |
|  |                  |     | その他（     |     |

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

|                 |                                                                                |      |      |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 運営に関する方針        | 利用者本位に、家庭的な環境の中でご自宅同様にゆったりと楽しく安心してお過ごし頂けるよう、訪問介護等の介護サービスを利用して頂きながら対応させていただきます。 |      |      |
| サービスの提供内容に関する特色 | 親しみを持っていただけるようなサービスを提供します。                                                     |      |      |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施                                                                         | 2 委託 | 3 なし |
| 食事の提供           | 1 自ら実施                                                                         | 2 委託 | 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | 1 自ら実施                                                                         | 2 委託 | 3 なし |
| 健康管理の供与         | 1 自ら実施                                                                         | 2 委託 | 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス  | 1 自ら実施                                                                         | 2 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス        | 1 自ら実施                                                                         | 2 委託 | 3 なし |

(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

|                                  |               |       |                      |    |   |    |
|----------------------------------|---------------|-------|----------------------|----|---|----|
| 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 |
|                                  | 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) イ | 1                    | あり | 2 | なし |
|                                  |               | (Ⅰ) ロ | 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)<br>: 1 |    |   |    |
|                                  | 2             | なし    |                      |    |   |    |

(医療連携の内容)

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

|  |      |  |
|--|------|--|
|  | 住所   |  |
|  | 協力内容 |  |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

|                          |        |                                          |        |
|--------------------------|--------|------------------------------------------|--------|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 |        | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他 ( ) |        |
| 判断基準の内容                  |        |                                          |        |
| 手続きの内容                   |        |                                          |        |
| 追加的費用の有無                 |        | 1 あり                                     | 2 なし   |
| 居室利用権の取扱い                |        |                                          |        |
| 前払金償却の調整の有無              |        | 1 あり                                     | 2 なし   |
| 従前の居室との<br>仕様の変更         | 面積の増減  | 1 あり                                     | 2 なし   |
|                          | 便所の変更  | 1 あり                                     | 2 なし   |
|                          | 浴室の変更  | 1 あり                                     | 2 なし   |
|                          | 洗面所の変更 | 1 あり                                     | 2 なし   |
|                          | 台所の変更  | 1 あり                                     | 2 なし   |
|                          | その他の変更 | 1 あり                                     | (変更内容) |
|                          |        | 2 なし                                     |        |

(入居に関する要件)

|                    |         |                      |      |
|--------------------|---------|----------------------|------|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者 | 1 あり                 | 2 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               |         |                      |      |
| 契約の解除の内容           |         | 利用料の不払い etc          |      |
| 事業主体から解約を求める<br>場合 | 解約条項    | 契約書第 16 条に記載         |      |
|                    | 解約予告期間  | 1 ヶ月                 |      |
| 入居者からの解約予告期間       |         | 1 ヶ月                 |      |
| 体験入居の内容            |         | 1 あり (内容 : )<br>2 なし |      |
| 入居定員               |         | 31 人                 |      |
| その他                |         |                      |      |

## 5. 職員体制

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

### （職種別の職員数）

|                                                                                                                                               | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数 <sup>※1</sup> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|----------------------|
|                                                                                                                                               | 合計       |    |     | ※2                   |
|                                                                                                                                               |          | 常勤 | 非常勤 |                      |
| 管理者                                                                                                                                           | 1        | 1  |     |                      |
| 生活相談員                                                                                                                                         | 1        | 1  |     |                      |
| 直接処遇職員                                                                                                                                        |          |    |     |                      |
| 介護職員                                                                                                                                          | 13       | 12 | 2   |                      |
| 看護職員                                                                                                                                          | 1        | 1  |     |                      |
| 機能訓練指導員                                                                                                                                       |          |    |     |                      |
| 計画作成担当者                                                                                                                                       |          |    |     |                      |
| 栄養士                                                                                                                                           |          |    |     |                      |
| 調理員                                                                                                                                           | 5        | 2  | 3   |                      |
| 事務員                                                                                                                                           | 2        | 2  |     |                      |
| その他職員                                                                                                                                         |          |    |     |                      |
| 1 週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>                                                                                                         |          |    |     | 40H                  |
| <p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※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。</p> |          |    |     |                      |

### （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     | 2  | 2  |     |
| 実務者研修の修了者 | 0  | 0  |     |
| 初任者研修の修了者 | 6  | 6  |     |
| 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   |    |    |     |
| 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 ( 19 時～ 7 時) |      |                 |
|-----------------------|------|-----------------|
|                       | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                  | 人    | 人               |
| 介護職員                  | 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※<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) | : 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（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 <input checked="" type="checkbox"/> あり      2 <input type="checkbox"/> なし |     |             |     |         |     |
|                      |               | 業務に係る資格等 |     |      |     | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり                                    |     |             |     |         |     |
|                      |               |          |     |      |     | 資格等の名称                                                                      |     | 介護福祉士、社会福祉士 |     |         |     |
|                      |               |          |     |      |     | 2 <input type="checkbox"/> 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          |               |          |     | 7    |     |                                                                             |     |             |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数          |               |          |     | 6    |     |                                                                             |     |             |     |         |     |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満          |          |     | 0    |     |                                                                             |     |             |     |         |     |
|                      | 1年以上<br>3年未満  |          |     | 1    | 2   |                                                                             |     |             |     |         |     |
|                      | 3年以上<br>5年未満  |          |     | 1    |     |                                                                             |     |             |     |         |     |
|                      | 5年以上<br>10年未満 |          |     | 4    |     | 1                                                                           |     |             |     |         |     |
|                      | 10年以上         | 1        |     | 5    |     |                                                                             |     |             |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況        |               |          |     |      |     | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり      2 <input type="checkbox"/> 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                                                                     |                                         |
|                      | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>【表示事項】 | 1 全額前払い方式                                                                   |                                         |
|                      | 2 一部前払い・一部月払い方式                                                             |                                         |
|                      | 3 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり      2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |                                         |
| 要介護状態に応じた金額設定        | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり      2 <input type="checkbox"/> 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<br>2 日割り計算で減額<br>3 不在期間が            日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 管理規程第9条10項                                                    |
|                            | 手続き | 文書による通知                                                       |

**（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）**

|                                                                                                  |                                         |      | プラン 1（2 人部屋）              | プラン 2（個室）            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------|---------------------------|----------------------|
| 入居者の状況                                                                                           | 要介護度                                    |      | 要介護 3                     | 要介護 3                |
|                                                                                                  | 年齢                                      |      | 81 歳                      | 81 歳                 |
| 居室の状況                                                                                            | 床面積                                     |      | 一人当たり 8.05 m <sup>2</sup> | 11.70 m <sup>2</sup> |
|                                                                                                  | 便所                                      |      | 1 有 2 無                   | 1 有 2 無              |
|                                                                                                  | 浴室                                      |      | 1 有 2 無                   | 1 有 2 無              |
|                                                                                                  | 台所                                      |      | 1 有 2 無                   | 1 有 2 無              |
| 入居時点で<br>必要な費用                                                                                   | 前払金                                     |      | 円                         | 円                    |
|                                                                                                  | 敷金                                      |      | 円                         | 円                    |
| 月額費用の合計                                                                                          |                                         |      | 94,500 円                  | 120,630 円            |
| 居住生活費                                                                                            |                                         |      | 46,000 円                  | 72,130 円             |
| サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>費<br>用                                                                       | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の<br>費用       |      | 円                         | 円                    |
|                                                                                                  | 介<br>護<br>保<br>険<br>外<br>※ <sup>2</sup> | 食費   | 40,500 円                  | 40,500 円             |
|                                                                                                  |                                         | 管理費  | 8,000 円                   | 8,000 円              |
|                                                                                                  |                                         | 介護費用 | 円                         | 円                    |
|                                                                                                  |                                         | その他  | 円                         | 円                    |
|                                                                                                  |                                         | 円    | 円                         |                      |
| ※ <sup>1</sup> 介護予防・地域密着型の場合を含む。                                                                 |                                         |      |                           |                      |
| ※ <sup>2</sup> 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   |                                          |
| 敷金   | 家賃の            ヶ月分                       |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。<br>ホーム職員対応時の介護サービス |

|                      |                                                                             |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                                                             |
| 管理費                  | ※老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は、対価性のない金品に該当しません。<br>人件費、事務費、日用品費、施設維持費 etc |
| 食費                   | 1食（朝食 300 円 昼食 500 円 夕食 550 円）税別                                            |
| 光熱水費                 | 電気、ガス、水道料                                                                   |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2                                                                        |
| その他のサービス利用料          |                                                                             |

**（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能**

| 費用                                         | 算定根拠 |
|--------------------------------------------|------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担                       |      |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス） |      |
| ※ 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   |
| 前払金の保全先                             | 1 連帯保証を行う銀行等の名称   |
|                                     | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 |
|                                     | 3 保証保険を行う保険会社の名称  |
|                                     | 4 全国有料老人ホーム協会     |
|                                     | 5 その他（名称： ）       |

## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

### (入居者の人数)

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 性別    | 男性            | 12 人 |
|       | 女性            | 10 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 2 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 4 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 6 人  |
|       | 85 歳以上        | 10 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 0 人  |
|       | 要支援 1         | 0 人  |
|       | 要支援 2         | 0 人  |
|       | 要介護 1         | 4 人  |
|       | 要介護 2         | 6 人  |
|       | 要介護 3         | 8 人  |
|       | 要介護 4         | 4 人  |
|       | 要介護 5         | 0 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 4 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 8 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 9 人  |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 0 人  |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 1 人  |
|       | 15 年以上        | 0 人  |

### (入居者の属性)

|                                                 |        |
|-------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                            | 81.5 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 22 人   |
| 入居率※                                            | 70.9%  |
| ※ 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 | 10 人 |
|         | 医療機関   | 6 人  |

|         |          |                           |
|---------|----------|---------------------------|
|         | 死亡者      | 4 人                       |
|         | その他      | 0 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 | 17 人                      |
|         |          | (解約事由の例)<br>特別養護老人ホームへの移所 |

## 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

|          |       |                |
|----------|-------|----------------|
| 窓口の名称    |       | シニアサロン風ぐるま新館   |
| 電話番号     |       | 0238-88-5660   |
| 対応している時間 | 平日    | 9 : 00～17 : 00 |
|          | 土曜    | 9 : 00～17 : 00 |
|          | 日曜・祝日 |                |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり                                  | (その内容)<br>損害・物損等への保険加入                       |
|                               | 2 <input type="checkbox"/> なし                                             |                                              |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり                                  | (その内容)<br>利用者又はその家族と十分に協議し<br>納得できるように対応を行う。 |
|                               | 2 <input type="checkbox"/> なし                                             |                                              |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 1 <input type="checkbox"/> あり    2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |                                              |

### (利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

|                                  |                                          |       |                                                                |
|----------------------------------|------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日   |                                                                |
|                                  |                                          | 結果の開示 | 1 <input type="checkbox"/> あり    2 <input type="checkbox"/> なし |
|                                  | 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |       |                                                                |
| 第三者による評価                         | 1 <input type="checkbox"/> あり            | 実施日   |                                                                |

|       |      |        |           |
|-------|------|--------|-----------|
| の実施状況 |      | 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 |
| 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                                         | (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                                                                       |      |
| 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<br>時の老人福祉法第 29<br>条第 1 項に規定する<br>届出 | 1 あり<br>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<br>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<br>2    なし                                        |
| 合致しない事項がある場合の内容                              | 一般居室個室の面積、一般居室相部屋                                         |
| 「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）<br>2    適合している（将来の改善計画）<br>3    適合していない |
| 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）

※ \_\_\_\_\_ 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 事業主体が山形県内で実施する他の介護サービス**

| 介護サービスの種類            |    |    | 事業所の名称          | 所在地          |
|----------------------|----|----|-----------------|--------------|
| ＜居宅サービス＞             |    |    |                 |              |
| 訪問介護                 | あり | なし | ヘルパーステーション風ぐるま  | 長井市今泉 2945-3 |
| 訪問入浴介護               | あり | なし |                 |              |
| 訪問看護                 | あり | なし |                 |              |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし |                 |              |
| 居宅療養管理指導             | あり | なし |                 |              |
| 通所介護                 | あり | なし | デイサービスセンター風ぐるま  | 長井市今泉 2944-3 |
| 通所リハビリテーション          | あり | なし |                 |              |
| 短期入所生活介護             | あり | なし |                 |              |
| 短期入所療養介護             | あり | なし |                 |              |
| 特定施設入居者介護            | あり | なし |                 |              |
| 福祉用具貸与               | あり | なし |                 |              |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし |                 |              |
| ＜地域密着型サービス＞          |    |    |                 |              |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | あり | なし |                 |              |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし |                 |              |
| 認知症対応型通所介護           | あり | なし |                 |              |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり | なし |                 |              |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なし | グループホーム風ぐるま     | 長井市今泉 2945-3 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり | なし |                 |              |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし |                 |              |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり | なし |                 |              |
| 居宅介護支援               | あり | なし | 指定居宅介護支援事業所風ぐるま | 長井市今泉 2944-3 |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |    |    |                 |              |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり | なし |                 |              |
| 介護予防訪問看護             | あり | なし |                 |              |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし |                 |              |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり | なし |                 |              |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり | なし |                 |              |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり | なし |                 |              |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり | なし |                 |              |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり | なし |                 |              |
| 介護予防福祉用具貸与           | あり | なし |                 |              |



|                 |                  |    |    |             |              |
|-----------------|------------------|----|----|-------------|--------------|
|                 | 特定介護予防福祉用具販売     | あり | なし |             |              |
| <地域密着型介護予防サービス> |                  |    |    |             |              |
|                 | 介護予防認知症対応型通所介護   | あり | なし |             |              |
|                 | 介護予防小規模多機能型居宅介護  | あり | なし |             |              |
|                 | 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | グループホーム風ぐるま | 長井市今泉 2945-3 |
|                 | 介護予防支援           | あり | なし |             |              |
| <介護保険施設>        |                  |    |    |             |              |
|                 | 介護老人福祉施設         | あり | なし |             |              |
|                 | 介護老人保健施設         | あり | なし |             |              |
|                 | 介護療養型医療施設        | あり | なし |             |              |
|                 | 介護医療院            | あり | なし |             |              |

## 別添 2

## 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |                                                |    |                                    |    |                       |                       | なし                    | あり                          |
|----------------------------------|------------------------------------------------|----|------------------------------------|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※ <sup>1</sup> ） |    | 個別の利用料で、実施するサービス<br><br>（利用者が全額負担） |    | 包 含<br>※ <sup>2</sup> | 都 度<br>※ <sup>2</sup> | 料 金<br>※ <sup>3</sup> | 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 |                       | ○                     | 15 円<br>～             | おむつの種類によって異なります。            |
| 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<br>～          | 家族が対応できない場合<br>1,000/時間（税別） |
| 生活サービス                           |                                                |    |                                    |    |                       |                       |                       |                             |
| 居室清掃                             | なし                                             | あり | なし                                 | あり |                       |                       |                       |                             |
| リネン交換                            | なし                                             | あり | なし                                 | あり |                       |                       |                       |                             |
| 日常の洗濯                            | なし                                             | あり | なし                                 | あり |                       |                       |                       |                             |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                             | あり | なし                                 | あり |                       |                       |                       |                             |
| 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 |                       |                       |                       |                             |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                                |    | なし                                 | あり |                       |                       |                       |                             |
| 買い物代行                            | なし                                             | あり | なし                                 | あり |                       | ○                     | 1,000 円<br>～          | 家族が対応できない場合<br>1,000/時間（税別） |
| 役所手続き代行                          | なし                                             | あり | なし                                 | あり |                       | ○                     | 1,000 円<br>～          | 家族が対応できない場合<br>1,000/時間（税別） |
| 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>～ | 家族が対応できない場合<br>1,000/時間（税別） |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 1,000 円<br>～ | 家族が対応できない場合<br>1,000/時間（税別） |
| 入院中に見舞い訪問     | 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。