

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和7年7月1日 |
| 記入者 | 佐藤 寿臣 |
| 所属・職名 | 事務局・事務局長 |

1. 設置者概要

| | | |
|------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | 法人の種類 | 特定非営利活動法人 |
| 名称 | 特定非営利活動法人 結いのき | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒992-0022 山形県米沢市花沢町 2686 番地の 4 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0238-27-1228 |
| | FAX番号 | 0238-26-8385 |
| | ホームページアドレス | https://yuinoki.or.jp |
| 代表者 | 氏名 | 大友 恒則 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 平成19年(2007年)12月18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 | じゅうたくがたゆうりょうろうじんはーむ こうれいしゃせいかつきょうどううんえいじゅうたく 住宅型有料老人ホーム 高齢者生活共同運営住宅 ぐるープリビング COCO結いのき・花沢1号館 | |
| 所在地 | 〒992-0022 山形県米沢市花沢町 2686 番地の 7 | |
| 主な利用 交通手段 | 最寄駅 | JR 米沢駅 |
| | 交通手段と所要時間 | <p>①タクシー利用の場合 ・JR 米沢駅より約 5 分</p> <p>②自動車利用の場合 ・米沢市役所より東方面へ約 3 分</p> <p>③徒歩の場合 ・米沢市役所より東方面へ約 6 分</p> |
| 連絡先 | 電話番号 | 0238-21-6885 |
| | FAX番号 | 0238-26-8385 |

| | | |
|---------------|------------|-------------------------------------------|
| | ホームページアドレス | https://www.yuinoki.or.jp/05group_02.html |
| 管理者 | 氏名 | 佐藤 寿臣 |
| | 職名 | 事務局長 |
| 建物の竣工日 | | 平成 20 年 (2008 年) 12 月 31 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 令和 4 年 (2022 年) 12 月 1 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 | |
| | 事業所の指定日 | |
| | 指定の更新日 (直近) | |

3. 建物概要

| | | | | |
|----|------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 920.33 m ² | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり | (2008 年 5 月 1 日～2058 年 4 月 30 日) |
| | | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 514.93 m ² | |
| | | うち、老人ホーム部 | 514.93 m ² | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | |
| | 構造 | 3 その他 () | | |
| | | 1 鉄筋コンクリート造 | | |
| | 所有関係 | 2 鉄骨造 | | |
| | | 3 木造 | | |
| | | 4 その他 () | | |
| | | 1 事業者が自ら所有する建物 | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物 | | |
| | | 抵当権の設定 | 1 あり | 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり | |
| | | | 2 なし | |

| | | | | | |
|----------------|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|------|
| | | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | |
| 居 室 の 状 況 | 居室区分 [表示事項] | 1 全室個室 | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | |
| | | 最少 | 1 人部屋 | | |
| | | 最大 | 2 人部屋 | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 室数 |
| | タイプ 1 | 有/無 | 有/無 | 25.39 m ² | 10 室 |
| | タイプ 2 | 有/無 | 有/無 | 25.39 m ² | 1 室 |
| | タイプ 3 | 有/無 | 有/無 | 24.84 m ² | 1 室 |
| | | | | | 区分* |
| | | | | | |
| 共 用 施 設 | 共用便所における 便房 | 2ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 2ヶ所 |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | | 2ヶ所 |
| | | | 大浴場 | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | | チェア一浴 | | |
| | | | リフト浴 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | | |
| | | | その他 () | | |
| | 食堂 | 1 あり | 2 なし | | |
| | 入居者や家族が利 用できる調理施設 | 1 あり | 2 なし | | |
| | エレベーター | 1 あり (車椅子対応) | | | |
| | | 2 あり (ストレッチャー対応) | | | |
| | | 3 あり (上記 1・2 に該当しない) | | | |
| | | 4 なし | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 消 防 用 設 備 等 | 消火器 | 1 あり | 2 なし | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 あり | 2 なし | | |
| | 火災通報設備 | 1 あり | 2 なし | | |
| | スプリンクラー | 1 あり | 2 なし | | |
| | 防火管理者 | 1 あり | 2 なし | | |
| | 防災計画 | 1 あり | 2 なし | | |
| その他の | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針 | ①自立と共生の住宅 老後の生活を誰かに任せることではなく、自ら自立し、同じ理念に共感する入居者が共に生きるための住宅です。利用者による共同・利用、運営の組織です。 |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|------|
| | <p>②協同自治 ホームでの主役は入居者1人ひとりです。入居者間のコミュニケーションにより楽しい生活を実現します。</p> <p>③地域の一員として生きる 地域住民として積極的に地域活動に参加します。</p> <p>④いつまでも自立して生きる 健康に暮らし、いつまでも元気で自立した生活を目指します。</p> | | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>①ボランティア活動や地域の祭りや行事などの参加により、社会学習や地域交流ができます。</p> <p>②ご希望の方には就労支援も行っております。</p> <p>③日常生活支援として、生協やNPO結いのき等の食材が利用できます。</p> <p>④配食サービスで使用する食材は、国産や地元生産品を重視した食材を中心に、献立を作成しています。</p> <p>⑤介護サービス組織との連携により、介護保険や医療保険に関する支援も行っております。</p> <p>⑥もしもの時に備えた医療機関との連携やターミナルケアも充実しており、救急車が10分以内に到着できる圏内にあります。</p> <p>⑦市役所などの公共施設や米沢駅、米沢中央ICが近いので交通の便が良好です。</p> | | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <table border="1" data-bbox="671 1185 1208 1226"> <tr> <td>1 自ら実施</td> <td>2 委託</td> <td>3 なし</td> </tr> </table> | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし | | |
| 食事の提供 | <table border="1" data-bbox="671 1237 1208 1277"> <tr> <td>1 自ら実施</td> <td>2 委託</td> <td>3 なし</td> </tr> </table> | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし | | |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <table border="1" data-bbox="671 1289 1208 1329"> <tr> <td>1 自ら実施</td> <td>2 委託</td> <td>3 なし</td> </tr> </table> | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし | | |
| 健康管理の供与 | <table border="1" data-bbox="671 1340 1208 1381"> <tr> <td>1 自ら実施</td> <td>2 委託</td> <td>3 なし</td> </tr> </table> | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 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 | <table border="1" data-bbox="671 1392 1208 1432"> <tr> <td>1 自ら実施</td> <td>2 委託</td> <td>3 なし</td> </tr> </table> | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし | | |
| 生活相談サービス | <table border="1" data-bbox="671 1444 1208 1471"> <tr> <td>1 自ら実施</td> <td>2 委託</td> <td>3 なし</td> </tr> </table> | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 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 ※ 1 「協力医療機関 連携加算 (I)」は、 「相談・診療を行う 体制を常時確保し、 緊急時に入院を受け 入れる体制を確保し | 入居継続支援加算 | (I) | 1 あり | 2 なし |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし |
| | 生活機能向上連携加算 | (I) | 1 あり | 2 なし |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし |
| | ADL 維持等加算 | (I) | 1 あり | 2 なし |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし |
| | 個別機能訓練加算 | (I) | 1 あり | 2 なし |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし |
| | 夜間看護体制加算 | (I) | 1 あり | 2 なし |
| | | (II) | 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 | |

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|------|------|
| <p>ている協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(II)」は、「協力医療機関連携加算(I)」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p> | 協力医療機関連携加算 (※1) | (I) | 1 あり | 2 なし |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし |
| | 口腔衛生管理体制加算(※2) | | 1 あり | 2 なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | 1 あり | 2 なし |
| | 退院・退所時連携加算 | | 1 あり | 2 なし |
| | 退去時情報提供加算 | | 1 あり | 2 なし |
| | 看取り介護加算 | (I) | 1 あり | 2 なし |
| | | (II) | 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 |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (I) | 1 あり | 2 なし |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | | 1 あり | 2 なし |
| | 生産性向上推進体制加算 | (I) | 1 あり | 2 なし |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし |
| <p>サービス提供体制強化加算</p> <p>介護職員等処遇改善加算</p> | (I) | (I) | 1 あり | 2 なし |
| | | (II) | 1 あり | 2 なし |
| | (III) | (III) | 1 あり | 2 なし |
| | | (IV) | 1 あり | 2 なし |
| | (V) (1) | (V) (1) | 1 あり | 2 なし |
| | | (V) (2) | 1 あり | 2 なし |
| | (V) (3) | (V) (3) | 1 あり | 2 なし |
| | | (V) (4) | 1 あり | 2 なし |
| | (V) (5) | (V) (5) | 1 あり | 2 なし |
| | | (V) (6) | 1 あり | 2 なし |
| | (V) (7) | (V) (7) | 1 あり | 2 なし |
| | | (V) (8) | 1 あり | 2 なし |
| | (V) (9) | (V) (9) | 1 あり | 2 なし |
| | | (V) (10) | 1 あり | 2 なし |
| | (V) (11) | (V) (11) | 1 あり | 2 なし |
| | | (V) (12) | 1 あり | 2 なし |
| <p>人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無</p> | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) | | |
| | 2 なし | | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|-------------------------------|------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 医療支援 ※複数選択 可 | 1 救急車の手配 | | |
| | 2 入退院の付き添い | | |
| | 3 通院介助 | | |
| | 4 その他 () | | |
| 協力医療機 関 | 1 | 名称 | 医療法人 田中クリニック |
| | | 住所 | 山形県米沢市川井 2356-1 |
| | | 診療科目 | 内科、外科、胃腸科、肛門科 |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相 談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| | | 診療の求めがあった場合において診 療を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| | 2 | 名称 | 米沢市立病院 |
| | | 住所 | 山形県米沢市相生町 6-36 |
| | | 診療科目 | 内科、精神科、外科、整形外科など |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相 談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| | | 診療の求めがあった場合において診 療を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| 新興感染症 発症時に連 携する医療 機関 | 3 | 名称 | 特定医療法人 舟山病院 |
| | | 住所 | 山形県米沢市駅前 2 丁目 4-8 |
| | | 診療科目 | 総合内科、整形外科、外科、眼科など |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相 談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| | | 診療の求めがあった場合において診 療を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| | 4 | 名称 | 一般財団法人 三友堂病院 |
| | | 住所 | 山形県米沢市福田町 2 丁目 1-55 |
| | | 診療科目 | 内科、精神科、外科、整形外科など |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相 談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| | | 診療の求めがあった場合において診 療を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
| 協力歯科医 | 1 | あり | |
| | | 医療機関 の名称 | 医療法人 田中クリニック |
| | | 医療機関 の住所 | 山形県米沢市川井 2356-1 |
| | 2 | なし | |
| 協力歯科医 | 1 | 名称 | 医療法人社団栄虹会 レインボーデンタルクリニック |

| | | |
|-----|----|--------------------|
| 療機関 | 住所 | 山形県米沢市下花沢2丁目7-32-6 |
| | | 協力内容 往診医又は受診先 |

(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 ※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 () |
| 判断基準の内容 | |
| 手続きの内容 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし |
| 居室利用権の取扱い | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり 2 なし |
| 従前の居室と の仕様の変更 | 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 【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 | <p>①事業者は、入居者が以下のいずれかに該当し、そのことが本契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することができます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。 2. 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。 3. 禁止または制限行為の規定に違反したとき。 4. 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき（この場合、事業者は書面にて医師の意見を聞く、一定の観察期間をおくなどの手続きを行います）。 <p>②上記①の内容に基づく契約の解除の場合、事業者は以下に掲げる手続きを書面で行います。</p> | | |

| | |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1. 契約解除の通告について 90 日の勧告期間をおく。 2. 前号の通告に先立って入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける。 3. 解除勧告の予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する。 ③入居者は、事業者に対して 30 日前に解除の申し入れを行うことにより本契約を解除することができます。 |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 上記① 解約予告期間 90 日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30 日 |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容：相談による) 2 なし |
| 入居定員 | 13 人 |
| その他 | ①1 部屋に 2 人が入居した場合（特例）、家賃は 1 部屋分、食料費、共益費、家政委託費は 2 人分の請求となります。 ②ご家族が入居者の部屋に滞在した場合、共益費と家政委託費が日割りで請求となります。 |

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 ^{※1} | |
|---------------------------------------|----------|----------------------|--|
| | | ※2 | |
| 合計 | | | |
| 管理者 | 1 人 | 1 人 | |
| 生活相談員 | 1 人 | 1 人 | |
| 直接処遇職員 | | | |
| 介護職員 | | | |
| 看護職員 | | | |
| 機能訓練指導員 | | | |
| 計画作成担当者 | | | |
| 栄養士 | | | |
| 調理員 | | | |
| 事務員 | 1 人 | 1 人 | |
| 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 ^{※2} | | | |

- ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。
- ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | 常勤 | 非常勤 |
|-----------|----|----|-----|
| | | | |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | | | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | | | |
| 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 |
|-------------|----|----|-----|
| | | | |
| 看護師又は准看護士 | | | |
| 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 (時 分 ~ 時 分) | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
|------------------------|------|-----------------|
| 看護職員 | | |
| 介護職員 | | |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合（一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能） | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | |
| ※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 | |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

（職員の状況）

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

6. 利用料金

（利用料金の支払い方法）

| | | | |
|----------------------|-----------------|-----------|-----------------|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | 1 利用権方式 | | |
| | 2 建物賃貸借方式 | | |
| | 3 終身建物賃貸借方式 | | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 | | |
| | 2 一部前払い・一部月払い方式 | | |
| | 3 月払い方式 | | |
| | 4 選択方式 | 1 全額前払い方式 | 2 一部前払い・一部月払い方式 |
| ※該当する方式を | | | |

| | | | |
|----------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------|---------|
| | | 全て選択 | 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり | 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり | 2 なし | |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | | 1 減額あり | |
| | | 2 日割り計算で減額 | |
| | | 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 利用料金の改定にあたっては、施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。 | |
| | 手続き | 入居者が支払うべき利用料金を改定する場合は、あらかじめ事業者は入居者及び身元引受人等に通知します。 | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | | |
| | 年齢 | 60歳以上 | 60歳以上(夫婦2人) |
| 居室の状況 | 床面積 | 25.39 m ² | 24.84 m ² |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| | 浴室 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| | 台所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | | |
| | 敷金 | 450,000円 | 450,000円 |
| 月額費用の合計 | | 171,862円 | 268,224円 |
| 家賃 | | 75,500円 | 75,500円 |
| サービス費用 介護保険外※ ² | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | | |
| | 食材費 | 42,000円 | 84,000円 |
| | 食事提供報償代金 | 17,914円 | 35,828円 |
| | 共益費 | 29,509円 | 59,018円 |
| | 家政委託費 | 6,939円 | 13,878円 |
| | 光熱水費等 | 実費 | 実費 |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | | | |
| ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない） | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費用 | 算定根拠 |
|------|-----------------------|
| 家賃 | 施設の減価償却費（20年）から算出 |
| 敷金 | 家賃の約6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。 |

| | |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事提供報償代金 | 1日3食分の食事を提供するために必要な人件費等 |
| 共益費 | 光熱水費を含む、施設維持、管理のための費用 |
| 家政委託費 | 家政に係る人件費等 |
| 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 | <p>①送迎 3km以内 500円 (3km以上の場合 1km毎 50円)、身体介助無し ※第1土曜日の定期往診時は賛助会員のみ1回 150円</p> <p>②室内の清掃 1回 500円 (居室内掃除掛け 500円、トイレ掃除 500円、エアコン清掃 500円等)</p> <p>③外出付き添い (買い物等の付き添い支援) 1回 1,000円 (送迎費別)、送迎費別、身体介助無し</p> <p>④入浴の付き添い 1回 1,000円、入浴の一連の行為の見守りと介助、介護関連資格保持者による</p> <p>⑤病院内の介助 2時間まで 1,000円 (2時間超えた場合は30分毎 300円) 送迎費別、介護関連資格保持者による介助</p> <p>⑥薬の管理 無料 ※NPOの賛助会員 (会費年額3口 3,000円) は上記金額から 2割引</p> |

(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) | |
| 償却の開始日 | |
| 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) | |
| 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 | 0 人 |
| | 女性 | 9 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 0 人 |
| | 65 歳以上 75 歳未満 | 1 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 5 人 |
| | 85 歳以上 | 3 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 2 人 |
| | 要支援 1 | 1 人 |
| | 要支援 2 | 0 人 |
| | 要介護 1 | 5 人 |
| | 要介護 2 | 1 人 |
| | 要介護 3 | 0 人 |
| | 要介護 4 | 0 人 |
| | 要介護 5 | 0 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 2 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 2 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 2 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 2 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 | 81.4 歳 |
| 入居者数の合計 | 9 人 |
| 入居率※ | 75.0% |
| ※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|--------|-----|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0 人 |
| | 社会福祉施設 | 0 人 |

| | | |
|----------|----------|--------|
| | 医療機関 | 2人 |
| | 死者 | 0人 |
| | その他 | 他施設 2人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0人 |
| | (解約事由の例) | |
| 入居者側の申し出 | | 0人 |
| | (解約事由の例) | |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※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 | 特定非営利活動法人結いのき | |
| 電話番号 | 0238 - 27 - 1228、090 - 2277 - 1121 (松本) | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:30 |
| | 土曜 | 8:30～17:30 |
| | 日曜・祝日 | 8:30～17:30 |
| 定休日 | なし | |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|------|-------------------------------------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 あり | (その内容) 三井住友海上火災保険株式会社 福祉事業者総合賠償責任保険 |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり | (その内容) 事故防止マニュアル |
| | 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | 2 なし |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | | |
|----------------------------------|------|--------|-----------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| 2 なし | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| 2 なし | | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |

10. その他

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

| | | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| | 定期的な業務継続計画の見直し | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名 : <input checked="" type="checkbox"/> なし) | |
| 有料老人ホーム設置 時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する 届出 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居 住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 | |
| 高齢者の居住の安定 確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定す るサービス付き高齢 者向け住宅の登録 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 合致しない事項が ある場合の内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・建物が建築基準法に規定する耐火建築物又は準耐火建築物ではない ・スプリンクラーが設置されていない ・一部の部屋で 1 人当たりの居住面積が基準を満たしていない ・一部の部屋を夫婦が居住する相部屋にしている | |
| 「6. 既存建築物等 の活用の場合等の 特例」への適合性 | 1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合してない | |
| 有料老人ホーム設置 運営指導指針の不適 合事項 | | |
| 不適合事項がある 場合の内容 | | |

添付書類：別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※_____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 | |
| 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 結いのき 米沢市花沢町 2686-4 |
| 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 結いのき 米沢市花沢町 2695-4 |
| 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 | |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | |

| | | | | |
|------------------|----|----|--|--|
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |
| 介護医療院 | あり | なし | | |

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | | なし | あり |
|----------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|----|----|------------------|------------------|--------------------------------------------------------|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※ ¹ ） | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | | 包含※ ² | 都度※ ² | 備考：NPOの賛助会員（年額3口3,000円）になつていただくと、表示金額から2割引 |
| | | なし | あり | なし | | | |
| 介護サービス | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1回1,000円 介護関連資格保持者による |
| 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 2時間まで 2時間超えた場合30分毎300円 介護関連資格保持者（送迎費別） |
| 口腔衛生管理 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 500円 トイレ清掃500円、台所清掃500円 エアコン清掃500円 |
| 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 | | | なし | あり | | | |

| | | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|---|--------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 事 | | | | | | | |
| 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 | ○ | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | ○ | | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | ○ | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり | なし | あり | ○ | | 検温のみ |
| 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 | ○ | | 3km以内の場合 500円、身体介助無し (3km以上の場合 1km毎 50円) ※第1土曜日の定期往診時は賛助会員 のみ1回 150円 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | ○ | 1,000円 | 2時間まで 2時間超えた場合 30分毎 300円 介護関連資格保持者による(送迎費別) |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に包含される場合と、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。