

## 重要事項説明書

|       |                |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和 7 年 5 月 1 日 |
| 記入者名  | 安達 悦子          |
| 所属・職名 | 結びの杜ホーム 所長     |

## 1. 事業主体概要

|            |                               |                                                                               |
|------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 種類         | 個人／ <u>法人</u>                 |                                                                               |
|            | ※法人の場合、その種類                   | 社会福祉法人                                                                        |
| 名称         | (ふりがな) あさひがわそう                |                                                                               |
|            | 旭 川 荘                         |                                                                               |
| 法人番号       | 法人番号の有無                       | <u>1</u> あり      2 なし                                                         |
|            | 法人番号                          | 2260005001800                                                                 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 703-8555                    |                                                                               |
|            | 岡山市北区祇園 866                   |                                                                               |
| 連絡先        | 電話番号                          | 086-275-0131                                                                  |
|            | FAX 番号                        | 086-275-5640                                                                  |
|            | メールアドレス                       |                                                                               |
|            | ホームページ有無                      | <u>1</u> あり      2 なし                                                         |
|            | ホームページアドレス                    | <a href="https://www.asahigawasou.or.jp/">https://www.asahigawasou.or.jp/</a> |
| 代表者        | 氏名                            | 神崎 晋                                                                          |
|            | 職名                            | 理事長                                                                           |
| 設立年月日      | <u>昭和</u> ・平成・令和 34 年 4 月 1 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) むすびのもりほーむ |                                                        |
|               | 結びの杜ホーム          |                                                        |
| 所在地           | 〒 704-8126       |                                                        |
|               | 岡山市東区西大寺浜448番地   |                                                        |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅              | 西大寺 駅                                                  |
|               | 交通手段と所要時間        | JR 赤穂線西大寺駅から、両備バス「神崎経由牛窓行き」乗車10分、「旭川荘吉井川キャンパス前」下車、徒歩1分 |
| 連絡先           | 電話番号             | 086-942-2030                                           |
|               | FAX 番号           | 086-942-2060                                           |
|               | メールアドレス          | musubi-home@asahigawasou.or.jp                         |
|               | ホームページ有無         | ① あり 2 なし                                              |
|               | ホームページアドレス       | http:// asahigawasou.or.jp/musubi-home/                |
| 管理者           | 氏名               | 安達 悦子                                                  |
|               | 職名               | 所 長                                                    |
| 建物の新築年月日      |                  | 昭和・平成・令和 19 年8 月 1 日                                   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                  | 昭和・平成・令和 19 年8 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                              |            |            |
| 5 サービス付き高齢者向け住宅                    |            |            |
| 1 又は 2 に<br>該当する場<br>合             | 介護保険事業者番号  | 3370108825 |
|                                    | 指定した自治体名   | 岡山県（市）     |
|                                    | 事業所の指定日    | 平成19年8月1日  |
|                                    | 指定の更新日（直近） | 令和1年7月31日  |

### 3. 建物概要

|         |           |                                           |                            |                                                     |       |        |
|---------|-----------|-------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|-------|--------|
| 土地      | 敷地面積      | 2 7 6 7 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 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )              |                            |                                                     |       |        |
|         |           |                                           | 抵当権の有無                     | 1 あり ② なし                                           |       |        |
|         |           |                                           | 契約期間                       | ① あり<br>(平成 13 年 10 月 1 日～平成 43 年 9 月 30 日)<br>2 なし |       |        |
| 契約の自動更新 | ① あり 2 なし |                                           |                            |                                                     |       |        |
| 建物      | 延床面積      | 全体                                        | 1 7 5 5 . 7 m <sup>2</sup> |                                                     |       |        |
|         |           | うち、老人ホーム部分                                | 1 7 5 5 . 7 m <sup>2</sup> |                                                     |       |        |
|         | 耐火構造      | 1 耐火建築物<br>② 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |                            |                                                     |       |        |
|         | 構造        | 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>③ 木造<br>4 その他 ( ) |                            |                                                     |       |        |
|         | 所有関係      | ① 事業者が自ら所有する建物                            |                            |                                                     |       |        |
|         |           | 2 事業者が賃借する建物 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )              |                            |                                                     |       |        |
|         |           |                                           | 抵当権の設定                     | 1 あり 2 なし                                           |       |        |
|         |           |                                           | 契約期間                       | 1 あり<br>( 年 月 日～ 年 月 日)<br>2 なし                     |       |        |
|         |           |                                           | 契約の自動更新                    | 1 あり 2 なし                                           |       |        |
|         | 居室の状況     | 居室区分<br>【表示事項】                            | ① 全室個室                     |                                                     |       |        |
| 2 相部屋あり |           |                                           |                            |                                                     |       |        |
|         |           |                                           | 最少                         | 人部屋                                                 |       |        |
|         |           |                                           | 最大                         | 人部屋                                                 |       |        |
|         |           | トイレ                                       | 浴室                         | 面積                                                  | 戸数・室数 | 区分※    |
| タイプ 1   |           | ③ 有/無                                     | ③ 有/無                      | 24.36 m <sup>2</sup>                                | 30    | 一般居室個室 |
|         |           |                                           |                            |                                                     |       |        |

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

|             |                                                             |                        |                        |                             |
|-------------|-------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------|
| 共用施設        | 共用便所における<br>便房                                              | 3ヶ所                    | うち男女別の対応<br>が可能な便房     | 1ヶ所                         |
|             |                                                             |                        | うち車椅子等の対<br>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                    | 1ヶ所                         |
|             | 共用浴室における<br>介護浴槽                                            | 2ヶ所                    | チェアー浴                  | ヶ所                          |
|             |                                                             |                        | リフト浴                   | 2ヶ所                         |
|             |                                                             |                        | ストレッチャー浴               | ヶ所                          |
|             |                                                             |                        | その他（                   | ヶ所                          |
|             | 食堂                                                          | 1 あり      ② なし         |                        |                             |
|             | 入居者や家族が利<br>用できる調理設備                                        | 1 あり      ② なし         |                        |                             |
| エレベーター      | 1 あり（車椅子対応）<br>2 あり（ストレッチャー対応）<br>3 あり（上記1・2に該当しない）<br>④ なし |                        |                        |                             |
| 消防用設備<br>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         |                        |                             |
| 緊急通報装<br>置等 | 居室                                                          | 便所                     | 浴室                     | その他（                      ） |
|             | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし                                      | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし      |
|             |                                                             |                        |                        |                             |
| その他         |                                                             |                        |                        |                             |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |                                                                                                                                          |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | ①小規模な居住空間において、家庭的な環境で日常生活を過ごすことや、介護が必要になっても同じ生活環境で入浴・排泄等の介護や機能訓練を行い、その有する能力に応じ自立した日常生活が営めるよう支援する。②事業所は、自らその提供する事業の質評価を行い、常にその改善を図るものとする。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | ①入居者一人ひとりの個性や生活スタイル、心身の状況等に配慮した適切なサービスを行う。②同一敷地内にあるリハビリガーデンや複合施設「三世代交流センター」等と合わせ、地域との交流を深めコミュニティづくりを行う。                                  |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | ① 自ら実施    2 委託    3 なし                                                                                                                   |
| 食事の提供           | 1 自ら実施    ② 委託    3 なし                                                                                                                   |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | ① 自ら実施    2 委託    3 なし                                                                                                                   |
| 健康管理の供与         | ① 自ら実施    2 委託    3 なし                                                                                                                   |
| 安否確認又は状況把握サービス  | ① 自ら実施    2 委託    3 なし                                                                                                                   |
| 生活相談サービス        | ① 自ら実施    2 委託    3 なし                                                                                                                   |

##### (介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

|                                                                                                                                                                                                                           |                |     |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|-----------|
| <p>特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無</p> <p>※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p> | 入居継続支援加算       | (Ⅰ) | 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 |
|                                                                                                                                                                                                                           | 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 |
|                      | 退居時情報提供加算      |          | 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 |
|                      | サービス提供体制強化加算   | (Ⅰ)      | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅱ)      | ①                    | あり | 2 | なし |
|                      |                | (Ⅲ)      | 1                    | あり | ② | なし |
|                      | 介護職員等処遇改善加算    | (Ⅰ)      | ①                    | あり | 2 | なし |
|                      |                | (Ⅱ)      | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅲ)      | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅳ)      | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (1)  | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (2)  | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (3)  | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (4)  | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (5)  | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (6)  | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (7)  | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (8)  | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (9)  | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (10) | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (11) | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (12) | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (13) | 1                    | あり | ② | なし |
|                      |                | (Ⅴ) (14) | 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   |                                 | ① 救急車の手配<br>② 入退院の付き添い<br>③ 通院介助<br>④ その他 ( ) |                                          |
| ※複数選択可 |                                 |                                               |                                          |
| 協力医療機関 | 1                               | 名称                                            | 医療法人社団 <small>ひなた</small> 陽クリニック         |
|        |                                 | 住所                                            | 〒704-8122 岡山市東区西大寺新地 16-3                |
|        |                                 | 診療科目                                          | 内科・外科・胃腸科・整形外科・肛門科                       |
|        |                                 | 協力科目                                          | 医師による、緊急時における速やかな協力<br>※医療費その他の費用は入居者が負担 |
|        |                                 | 協力内容                                          | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保        |
|        | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保 |                                               | 1 あり ② なし                                |
|        | 2                               | 名称                                            | 医療法人 信愛会 宇治医院                            |
|        |                                 | 住所                                            | 〒704-8116 岡山市東区西大寺中野 3 丁目 3-24           |
|        |                                 | 診療科目                                          | 内科・リハビリテーション科・放射線科・呼吸器内科・消化器内科           |
|        |                                 | 協力科目                                          | 医師による、緊急時における速やかな協力<br>※医療費その他の費用は入居者が負担 |
|        |                                 | 協力内容                                          | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保        |
|        | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保 |                                               | 1 あり ② なし                                |
|        | 3                               | 名称                                            | 医療法人社団 翔陽会 あおい在宅クリニック                    |
|        |                                 | 住所                                            | 〒704-8173 岡山市東区可知 4-3-7                  |
|        |                                 | 診療科目                                          | 内科・循環器科・麻酔科・循環器内科・緩和ケア内科                 |
|        |                                 | 協力科目                                          | 医師による、緊急時における速やかな協力<br>※医療費その他の費用は入居者が負担 |
|        |                                 | 協力内容                                          | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保        |
|        | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保 |                                               | 1 あり ② なし                                |
|        | 4                               | 名称                                            | 岡山医療生活協同組合コープ西大寺診療所                      |
|        |                                 | 住所                                            | 岡山市東区西大寺中 2 丁目 20-33                     |
| 診療科目   |                                 | 内科                                            |                                          |
| 協力科目   |                                 | 医師による、緊急時における速やかな協力<br>※医療費その他の費用は入居者が負担      |                                          |
| 協力内容   |                                 | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保             | ① あり 2 なし                                |

|                           |      |         |                                          |           |
|---------------------------|------|---------|------------------------------------------|-----------|
|                           |      |         | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保          | 1 あり ② なし |
|                           |      |         |                                          |           |
|                           |      |         |                                          |           |
|                           |      |         |                                          |           |
|                           |      |         |                                          |           |
|                           |      |         |                                          |           |
| 新興感染症発生<br>時に連絡する医<br>療機関 | 1 あり |         |                                          |           |
|                           |      | 医療機関の名称 |                                          |           |
|                           |      | 医療機関の名称 |                                          |           |
|                           | ② なし |         |                                          |           |
| 協力歯科医療機<br>関              | 1    | 名称      | 医療法人 津谷歯科医院                              |           |
|                           |      | 住所      | 〒703-8261 岡山市中区海吉 1807-14                |           |
|                           |      | 協力内容    | 歯科医師による、訪問歯科診療、歯科相談<br>※医療費その他の費用は入居者が負担 |           |
|                           | 2    | 名称      |                                          |           |
|                           |      | 住所      |                                          |           |
|                           |      | 協力内容    |                                          |           |

(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               | 満 60 歳以上。常時医療機関において治療する必要のないこと。他の入居者に伝染する疾患のないこと。自傷他害のないこと。健康保険の加入者。身元引受人があること。                                                                                                                                    |          |
| 契約の解除の内容           | 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。<br>2. 管理費その他の費用の支払いをしばしば遅延するとき。<br>3. 建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき。<br>4. 入居者の行為が他の入居者又は従業者の生命に危害を及ぼし、又は、その危害に切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき。 |          |

|                |                                                        |                                                                                  |
|----------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項                                                   | 第5条（運営規程）第20条（使用上の注意）第21条（禁止又は制限される行為）第26条（転貸、譲渡等の禁止）第35条（原状回復の義務）第1項の規定に違反したとき。 |
|                | 解約予告期間                                                 | 6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：10:00～翌10:00 最長3日まで 8,000円/日【3食おやつを含む】<br>② なし |                                                                                  |
| 入居定員           | 30人                                                    |                                                                                  |
| その他            |                                                        |                                                                                  |

## 5. 職員体制

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

（職種別の職員数）

|                                                                                                  | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※1※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|----------------|
|                                                                                                  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  |     | 0.7            |
| 生活相談員                                                                                            | 1        | 1  | 1   | 0.3            |
| 直接処遇職員                                                                                           | 17       | 8  | 9   | 15.1           |
| 介護職員                                                                                             | 15       | 7  | 8   | 13.7           |
| 看護職員                                                                                             | 2        | 1  | 1   | 1.4            |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 1        | 1  | 0   | 0.5            |
| 計画作成担当者                                                                                          | 1        | 1  | 0   | 1              |
| 栄養士                                                                                              | 0        | 0  | 0   | 0              |
| 調理員                                                                                              | 0        | 0  | 0   | 0              |
| 事務員                                                                                              | 1        | 0  | 0.5 | 0.5            |
| その他職員                                                                                            | 1        | 0  | 1   | 0.5            |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2                                                                         |          |    |     | 40時間           |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 |          |    |     |                |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。                                                                   |          |    |     |                |

(資格を有している介護職員の人数)

|           | 合計 |    |     |
|-----------|----|----|-----|
|           |    | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士     | 0  | 0  | 0   |
| 介護福祉士     | 12 | 7  | 5   |
| 実務者研修の修了者 | 1  | 1  | 0   |
| 初任者研修の修了者 | 1  | 1  | 0   |
| 介護支援専門員   | 3  | 3  | 0   |

(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   | 2  | 1  | 1   |
| 理学療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 作業療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 言語聴覚士       | 0  | 0  | 0   |
| 柔道整復士       | 0  | 0  | 0   |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0  | 0  | 0   |
| はり師         | 0  | 0  | 0   |
| きゅう師        | 0  | 0  | 0   |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間（16時00分～翌9時45分） |      |                |
|-------------------------|------|----------------|
|                         | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員                    | 0人   | 夜間帯はオンコール人     |
| 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<br><br>(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】            | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>④ 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) | 2.47 : 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 あり      2 なし |     |               |     |         |     |
|                          |      | 業務に係る資格等 |     |                |     | ① あり           |     |               |     |         |     |
|                          |      |          |     |                |     | 資格等の名称         |     | 介護福祉士・介護支援専門員 |     |         |     |
|                          |      |          |     |                |     | 2 なし           |     |               |     |         |     |
|                          |      | 看護職員     |     | 介護職員           |     | 生活相談員          |     | 機能訓練指導員       |     | 計画作成担当者 |     |
|                          |      | 常勤       | 非常勤 | 常勤             | 非常勤 | 常勤             | 非常勤 | 常勤            | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数              |      |          |     | 1              | 2   |                |     |               |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数              |      |          |     | 1              | 3   |                |     |               |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満 |          |     | 1              | 2   |                |     |               |     |         |     |
|                          | 1年以上 |          |     | 2              |     |                |     |               |     |         |     |
|                          | 3年未満 |          |     | 2              |     |                |     |               |     |         |     |
|                          | 3年以上 |          |     | 2              | 5   |                |     |               |     |         |     |
|                          | 5年未満 |          |     | 2              |     |                |     |               |     |         |     |
|                          | 5年以上 |          |     | 1              |     |                |     |               |     |         |     |
| 10年未満                    |      |          |     |                |     |                |     |               |     |         |     |
| 10年以上                    |      |          |     | 4              |     |                |     |               |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況            |      |          |     | ① あり      2 なし |     |                |     |               |     |         |     |

## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

|                   |                                     |
|-------------------|-------------------------------------|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】 | ① 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式 |
| 利用料金の支払い方式        | 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                             |

|                                |     |                                                      |                                         |
|--------------------------------|-----|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 【表示事項】                         |     | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                               | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                     |     | 1 あり (2) なし                                          |                                         |
| 要介護状態に応じた金額設定                  |     | 1 あり (2) なし                                          |                                         |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い |     | (1) 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |                                         |
| 利用料金の改定                        | 条件  | ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案                       |                                         |
|                                | 手続き | 運営懇談会の意見を聴いて、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある。                |                                         |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

|                                                                                      |                               |                | プラン1     | プラン2     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------|----------|----------|
| 入居者の状況                                                                               | 要介護度                          |                | 要支援2     | 要介護3     |
|                                                                                      | 年齢                            |                | 87歳      | 94歳      |
| 居室の状況                                                                                | 床面積                           |                | 24.36㎡   | 24.36㎡   |
|                                                                                      | 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                           |                | 0円       | 0円       |
|                                                                                      | 敷金                            |                | 300,000円 | 300,000円 |
| 月額費用の合計                                                                              |                               |                | 171,221円 | 182,355円 |
| 家賃                                                                                   |                               |                | 58,000円  | 58,000円  |
| サービス費用                                                                               | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 |                | 9,521円   | 20,655円  |
|                                                                                      | 介護保険外※ <sup>2</sup>           | 食費             | 65,700円  | 65,700円  |
|                                                                                      |                               | 管理費            | 38,000円  | 38,000円  |
|                                                                                      |                               | 介護費用           | 0円       | 0円       |
|                                                                                      |                               | 光熱水費           | (実費)円    | 実費)円     |
|                                                                                      |                               | その他(洗濯・紙下着代など) | 8,500円   | 21,000円  |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。                                                                 |                               |                |          |          |
| ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない) |                               |                |          |          |

(利用料金の算定根拠)

| 費目                            | 算定根拠                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃                            | 近隣の家賃相場に合わせた                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 敷金                            | 家賃の5. 18ヶ月分                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 介護費用<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。実費のみ                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 管理費                           | 共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に関する光熱水費及び人件費とする。                                                                                                                                                                                                                                           |
| 食費                            | <p>厨房管理費：36,000円(税込)/月<br/>         食材費：990円(税込)/日<br/>         (内訳) 朝食：210円<br/>         昼食：340円<br/>         おやつ：100円<br/>         夕食：340円</p> <p>※2日前までに申し出があれば、欠食時には一食あたりの食材費を返金する。<br/>         ※厨房管理費は、厨房人件費・厨房内管理費・設備・備品代に充当するため、欠食があっても返金はしない。</p>                         |
| 光熱水費                          | 管理費に含む                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 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) 電気使用料、電話使用料、NHK受信料及び洗濯代<br/>         居室で使用する電気使用料、電話使用料及びNHK受信料は、入居者が各事業者と直接契約して、それぞれの事業者に支払うものとする。</p> <p>(2) 水道使用料(下水道使用料を含む)<br/>         居室で使用する水道使用料は、居室の浴室を使用する入居者のみ 2,200円/月を負担する。</p> <p>家賃、管理費について月中途中で入居又は退去する場合は、1か月を30日として日割り計算とし、円未満の端数が生じるときは、その端数を切り捨てる。</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

| 費目                                         | 算定根拠         |
|--------------------------------------------|--------------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担                       | 地域の相場に合わせている |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | なし           |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |              |

## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

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

**(入居者の属性)**

|                                                 |        |
|-------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                            | 92.40歳 |
| 入居者数の合計                                         | 30人    |
| 入居率※                                            | 100%   |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 |        |

**(前年度における退去者の状況)**

|         |          |                                        |
|---------|----------|----------------------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等      | 0人                                     |
|         | 社会福祉施設   | 4人                                     |
|         | 医療機関     | 2人                                     |
|         | 死亡者      | 1人                                     |
|         | その他      | 0人                                     |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 0人                                     |
|         |          | (解約事由の例)                               |
|         | 入居者側の申し出 | 7人                                     |
|         |          | (解約事由の例) 入院先にて体調の回復が見込めず、長期療養が必要になったため |

**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    | 施設内の相談窓口 (担当者：野崎真紀・蜂谷直樹)<br>(苦情解決責任者：安達悦子) |            |
| 電話番号     | 086-942-2030                               |            |
| 対応している時間 | 平日                                         | 9:00～17:00 |
|          | 土曜                                         | なし         |
|          | 日曜・祝日                                      | なし         |
| 定休日      | 土日祝                                        |            |

|          |                    |            |
|----------|--------------------|------------|
| 窓口の名称    | 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 |            |
| 電話番号     | 03-3272-3781       |            |
| 対応している時間 | 平日                 | 9:00～17:00 |
|          | 土曜                 | なし         |
|          | 日曜・祝日              | なし         |
| 定休日      | 土日祝                |            |

|          |       |                |
|----------|-------|----------------|
| 窓口の名称    |       | 岡山県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号     |       | ０８６－２２３－８８１１   |
| 対応している時間 | 平日    | なし             |
|          | 土曜    | なし             |
|          | 日曜・祝日 | なし             |
| 定休日      |       | 土日祝            |

|          |       |               |
|----------|-------|---------------|
| 窓口の名称    |       | 岡山市事業者指導課 施設係 |
| 電話番号     |       | ０８６－２１２－１０１４  |
| 対応している時間 | 平日    | なし            |
|          | 土曜    | なし            |
|          | 日曜・祝日 | なし            |
| 定休日      |       | 土日祝           |

|          |       |                     |
|----------|-------|---------------------|
| 窓口の名称    |       | 岡山市保健福祉局高齢福祉部高齢者福祉課 |
| 電話番号     |       | ０８６－８０３－１２３１        |
| 対応している時間 | 平日    | なし                  |
|          | 土曜    | なし                  |
|          | 日曜・祝日 | なし                  |
| 定休日      |       | 土日祝                 |

**(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)**

|                               |      |                                                    |
|-------------------------------|------|----------------------------------------------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況                 | ① あり | (その内容) 社会福祉施設 退陣・対物賠償、人権侵害、管理物、経済的損害、事故対応費用、対人見舞費用 |
|                               | 2 なし |                                                    |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | ① あり | (その内容)                                             |
|                               | 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    | 運営懇談会 (9/28、3/28)     |
|                                  |      | 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    | 平成２７年１２月２５日           |
|                                  |      | 評価機関名称 | 特定非営利法人あい・ライフサポートシセテム |

|  |       |      |      |
|--|-------|------|------|
|  | 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             | ① あり               | (開催頻度) 年 2 回 (9/28, 3/28) |      |
|                   | 2 なし               |                           |      |
|                   | 1 代替措置あり           | (内容)                      |      |
|                   | 2 代替措置なし           |                           |      |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況  | 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 |
| 身体的拘束等廃止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<br><div>                     身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録                 </div> (1) あり<br>2 なし<br>2 なし |
| 業務継続計画の策定状況等                                     | 感染症に関する業務継続計画                                                                      | (1) あり      2 なし                                                                                                               |
|                                                  | 災害に関する業務継続計画                                                                       | (1) あり      2 なし                                                                                                               |
|                                                  | 職員に対する周知の実施                                                                        | (1) あり      2 なし                                                                                                               |
|                                                  | 定期的な研修の実施                                                                          | (1) あり      2 なし                                                                                                               |
|                                                  | 定期的な訓練の実施                                                                          | (1) あり      2 なし                                                                                                               |
|                                                  | 定期的な業務継続計画の見直し                                                                     | (1) あり      2 なし                                                                                                               |
| 提携ホームへの移行【表示事項】                                  | 1 あり（提携ホーム名： ）<br>(2) なし                                                           |                                                                                                                                |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出               | (1) あり      2 なし<br>3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 |                                                                                                                                |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | (1) あり      2 なし                                                                   |                                                                                                                                |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「7 規模及び構造設備」に合致しない事項              | 1 あり      (2) なし                                                                   |                                                                                                                                |
| 合致しない事項がある場合の内容                                  |                                                                                    |                                                                                                                                |

|                                  |                                                  |
|----------------------------------|--------------------------------------------------|
| 「８既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への適合<br>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<br>指針の不適合事項        | なし                                               |
| 不適合事項がある場合の内<br>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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス**

| 介護サービスの種類            |    |    | 併設・隣接の状況 | 事業所の名称          | 所在地                |
|----------------------|----|----|----------|-----------------|--------------------|
| ＜居宅サービス＞             |    |    |          |                 |                    |
| 訪問介護                 | あり | なし | 併設・隣接    | ホームヘルプステーション旭川荘 | 岡山市北区祇園 8 6 6      |
| 訪問入浴介護               | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 訪問看護                 | あり | なし | 併設・隣接    | 訪問看護ステーション旭川荘   | 岡山市北区祇園 8 6 6      |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 居宅療養管理指導             | あり | なし | 併設・隣接    | 川上診療所           | 高梁市川上町地頭 2 3 4 0   |
| 通所介護                 | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 通所リハビリテーション          | あり | なし | 併設・隣接    | ひだまり苑           | 高梁市川上町地頭 2 3 3 7－1 |
| 短期入所生活介護             | あり | なし | 併設・隣接    | 旭川敬老園           | 岡山市北区祇園 8 6 6      |
| 短期入所療養介護             | あり | なし | 併設・隣接    | ひだまり苑           | 高梁市川上町地頭 2 3 3 7－1 |
| 特定施設入居者生活介護          | あり | なし | 併設・隣接    | 結びの杜ホーム         | 岡山市東区西大寺浜 4 4 8    |
| 福祉用具貸与               | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 特定福祉用具販売             | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| ＜地域密着型サービス＞          |    |    |          |                 |                    |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 地域密着型通所介護            | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 認知症対応型通所介護           | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なし | 併設・隣接    | グループホームよしい川     | 岡山市東区西大寺浜 6 0 8    |
|                      |    |    |          | グループホームはなみずき    | 岡山市北区祇園 8 6 6      |
|                      |    |    |          | グループホームやすらぎ荘    | 高梁市備中町布賀 3 5 1 3－2 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 居宅介護支援               | あり | なし | 併設・隣接    | 在宅介護支援センター旭川荘   | 岡山市北区祇園 8 6 6      |
|                      |    |    |          | ひだまり苑           | 高梁市川上町地頭 2 3 3 7－1 |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |    |    |          |                 |                    |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 介護予防訪問看護             | あり | なし | 併設・隣接    | 訪問看護ステーション旭川荘   | 岡山市北区祇園 8 6 6      |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり | なし | 併設・隣接    | 川上診療所           | 高梁市川上町地頭 2 3 4 0   |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり | なし | 併設・隣接    | ひだまり苑           | 高梁市川上町地頭 2 3 3 7－1 |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり | なし | 併設・隣接    | 旭川敬老園           | 岡山市北区祇園 8 6 6      |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり | なし | 併設・隣接    | ひだまり苑           | 高梁市川上町地頭 2 3 3 7－1 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり | なし | 併設・隣接    | 結びの杜ホーム         | 岡山市東区西大寺浜 4 4 8    |
| 介護予防福祉用具貸与           | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 特定介護予防福祉用具販売         | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| ＜地域密着型介護予防サービス＞      |    |    |          |                 |                    |
| 介護予防認知症対応型通所介護       | あり | なし | 併設・隣接    | グループホームよしい川     | 岡山市東区西大寺浜 6 0 8    |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | あり | なし | 併設・隣接    |                 |                    |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり | なし | 併設・隣接    | グループホームはなみずき    | 岡山市北区祇園 8 6 6      |
|                      |    |    |          | グループホームよしい川     | 岡山市東区西大寺浜 6 0 8    |
|                      |    |    |          | グループホームやすらぎ荘    | 高梁市川上町地頭 2 3 3 7－1 |
| 介護予防支援               | あり | なし | 併設・隣接    | 在宅介護支援センター旭川荘   | 岡山市北区祇園 8 6 6      |
| ＜介護保険施設＞             |    |    |          |                 |                    |

|                   |    |    |       |                 |                |
|-------------------|----|----|-------|-----------------|----------------|
| 介護老人福祉施設          | あり | なし | 併設・隣接 | 旭川敬老園           | 岡山市東区西大寺浜608   |
| 介護老人保健施設          | あり | なし | 併設・隣接 | ひだまり苑           | 高梁市川上町地頭2337-1 |
| 介護療養型医療施設         | あり | なし | 併設・隣接 |                 |                |
| 介護医療院             | あり | なし | 併設・隣接 |                 |                |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> |    |    |       |                 |                |
| 訪問型サービス           | あり | なし | 併設・隣接 | ホームヘルプステーション旭川荘 | 岡山市北区祇園866     |
| 通所型サービス           | あり | なし | 併設・隣接 |                 |                |
| その他の生活支援サービス      | あり | なし | 併設・隣接 |                 |                |

## 別添 2

## 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |  |                                   |    |                            |    | なし   |      | あり   |                                                   |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|------|---------------------------------------------------|
|                                  |  | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） |    | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） |    | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | 備 考                                               |
|                                  |  |                                   |    |                            |    |      |      |      |                                                   |
| 介護サービス                           |  |                                   |    |                            |    |      |      |      |                                                   |
| 食事介助                             |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |                                                   |
| 排泄介助・おむつ交換                       |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |                                                   |
| おむつ代                             |  |                                   |    | なし                         | あり | ○    |      | 実費   |                                                   |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |                                                   |
| 特浴介助                             |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |                                                   |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |                                                   |
| 機能訓練                             |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |                                                   |
| 通院介助                             |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 1,100 円（協力医療機関以外）+交通費（原則として 2 km 以内とする）           |
| 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 | ○    |      |      | 自立者 1,100 円／月                                     |
| 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 | ○    |      |      | 業者洗濯 6,800 円/月、洗濯機・乾燥機使用料 2,200 円/月、自立者 5,500 円/月 |
| 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 | ○    |      | 実費   |                                                   |
| 買い物代行                            |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 原則として 2 km 以内とする 区域外：1,100 円+交通費実費                |
| 役所手続き代行                          |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 1,100 円/回                                         |
| 金銭・貯金管理                          |  |                                   |    | なし                         | あり | ○    |      |      | 3,300 円/月                                         |
| 健康管理サービス                         |  |                                   |    |                            |    |      |      |      |                                                   |
| 定期健康診断                           |  |                                   |    | なし                         | あり | ○    |      | 実費   | 年 1 回                                             |
| 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 | ○    |      |      | 1,100 円（協力医療機関以外）+交通費                             |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 1,100 円/回                                         |
| 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、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※ 3：都度払いの場合、1 回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。17