

## サービス付き高齢者向け住宅小白川 重要事項説明書

|       |                            |
|-------|----------------------------|
| 記入年月日 | 令和6年7月1日                   |
| 記入者   | 佐藤秀也                       |
| 所属・職名 | サービス付き高齢者向け住宅<br>管理者兼生活相談員 |

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

### 1. 設置者概要

|            |  |   |
|------------|--|---|
| 種類         | 法人   |   |
|            | ※法人の場合、その種類  | 社会福祉法人  |
| 名称         | (ふりがな)<br>しゃかいふくしほうじん おんしざいだんさいせいかいしぶやまがたけんさいせいかい<br>社会福祉法人恩賜財団済生会支部山形県済生会 |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒990-8545<br>山形県山形市沖町79-1 山形済生病院内  |   |
| 連絡先        | 電話番号   | 023-682-1131  |
|            | FAX番号  | 023-682-1132  |
|            | ホームページ<br>アドレス   | <a href="http://www.yamagata-saiseikai.org">http://www.yamagata-saiseikai.org</a> |
| 代表者        | 氏名   | 濱崎 允  |
|            | 職名   | 支部長   |
| 設立年月日      | 昭和・平成19年5月13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)<br>さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくこじらかわ<br>サービス付き高齢者向け住宅小白川 |   |
| 所在地           | 〒990-0021<br>山形市小白川町2-3-1                              |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅  | J R 奥羽本線 山形駅  |
|               | 交通手段と所要時間  | ・山交バス 坊原・宝沢・新山・関沢方面行き<br>乗車13分、小白川一丁目停留所で下車、徒歩2分<br>・自動車利用の場合<br>乗車10分            |
| 連絡先           | 電話番号   | 023-616-5080  |
|               | FAX番号  | 023-616-5081  |
|               | ホームページアドレス   | <a href="http://www.yamagata-saiseikai.org">http://www.yamagata-saiseikai.org</a> |
| 管理者           | 氏名   | 佐藤 秀也   |
|               | 職名   | 管理者兼生活相談員   |
| 建物の竣工日        |  | 平成30年12月1日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |  | 令和1年5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）<br>※同一フロア内の他居室で実施<br>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）<br>③ 住宅型<br>④ 健康型 |            |            |
| 1又は2に該当する場合  | 介護保険事業者番号  | 0690100862 |
|  | 指定した自治体名   | 山形市        |
|  | 事業所の指定日    | 令和1年5月1日   |
|  | 指定の更新日（直近） |            |

### 3. 建物概要

|  |              |   |                                 |                          |       |        |
|--|--------------|---|---------------------------------|--------------------------|-------|--------|
| 土地   | 敷地面積         | 3 1 1 4 . 6 9 m <sup>2</sup>              |                                 |                          |       |        |
|  | 所有関係         | ① 事業者が自ら所有する土地                            |                                 |                          |       |        |
|  |              | 2 事業者が賃借する土地                              |                                 |                          |       |        |
|  |              | 抵当権の有無                                    | 1 あり                            | 2 なし                     |       |        |
|  |              | 契約期間                                      | 1 あり<br>( 年 月 日～ 年 月 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  | 6 2 5 0 . 1 7 m <sup>2</sup>    |                          |       |        |
|  |              | うち、老人ホーム部分                                | 7 4 9 . 2 2 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                              |                                 |                          |       |        |
|  |              | 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<br>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  |              | ①有/無                                      | 有/①無                            | 1 8 . 4 2 m <sup>2</sup> | 1     | 一般居室個室 |
| ※同じフロア内の以下の居室（タイプ 2、タイプ 3）については、一般型特定施設入居者生活介護（地域密着型特定施設入居者生活介護）を提供する。<br>※同じフロアの以下の居室（タイプ 4）については、一時介護室として、一時的に利用する場合がある。 |              |   |                                 |                          |       |        |
| タイプ 2  |              | ①有/無                                      | 有/①無                            | 1 8 . 4 2 m <sup>2</sup> | 1 6   | 介護居室個室 |
| タイプ 3  |              | ①有/無                                      | 有/①無                            | 1 8 . 3 5 m <sup>2</sup> | 2     | 介護居室個室 |
| タイプ 4  |              | 有/①無                                      | 有/①無                            | 1 8 . 4 2 m <sup>2</sup> | 1     | 一時介護室  |
| タイプ 5  | 有/無          | 有/無                                       | m <sup>2</sup>                  |                          |       |        |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。   |              |   |                                 |                          |       |        |

|        |                  |     |                 |      |
|--------|------------------|-----|-----------------|------|
| 共用施設   | 共用便所における<br>便房   | 1ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房  | ヶ所   |
|        |                  |     | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 1ヶ所  |
|        | 共用浴室             | 2ヶ所 | 個室              | 2ヶ所  |
|        |                  |     | 大浴場             | ヶ所   |
|        | 共用浴室における<br>介護浴槽 | 2ヶ所 | チェアー浴           | 1ヶ所  |
|        |                  |     | リフト浴            | ヶ所   |
|        |                  |     | ストレッチャー浴        | 1ヶ所  |
|        |                  |     | その他（ ）          | ヶ所   |
|        | 食堂               | ①   | あり              | 2 なし |
|        | 入居者や家族が利用できる調理施設 | ①   | あり              | 2 なし |
|        | エレベーター           | ①   | あり（車椅子対応）       |      |
|        |                  | ②   | あり（ストレッチャー対応）   |      |
|        |                  | ③   | あり（上記1・2に該当しない） |      |
|        |                  | 4   | なし              |      |
| 消防用設備等 | 消火器              | ①   | あり              | 2 なし |
|        | 自動火災報知設備         | ①   | あり              | 2 なし |
|        | 火災通報設備           | ①   | あり              | 2 なし |
|        | スプリンクラー          | ①   | あり              | 2 なし |
|        | 防火管理者            | ①   | あり              | 2 なし |
|        | 防災計画             | ①   | あり              | 2 なし |
| その他    |                  |     |                 |      |

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

|          |  |
|----------|--|
| 運営に関する方針 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○個々人に適応した住環境および健康で文化的な生活の提供</li> <li>○権利擁護を基本とした、公正な事業活動の遂行</li> <li>○自立支援を基本とした、個別かつ適切な介護サービスの提供</li> <li>○余暇活動のための諸行事等による、豊かな生活の創生</li> <li>○済生会の医療・介護・福祉ネットワークによる協力体制の確立</li> <li>○社会福祉法人の公益事業であることを自覚し、法令遵守に則った社会的責任に基づく、健全な施設運営と堅実な財務運営</li> <li>○施設運営の透明性を高めるための、運営状況、財務状況、第三者評価結果、苦情解決内容等の適切な情報開示</li> </ul> |
|----------|--|

|                 |   |      |      |
|-----------------|---|------|------|
| サービスの提供内容に関する特色 | 24 時間職員が常駐し、山形県済生会が有する社会福祉事業との密な連携による、安心・安全な生活を提供します。 |      |      |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | ① 自ら実施  | 2 委託 | 3 なし |
| 食事の提供           | 1 自ら実施  | ② 委託 | 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | ① 自ら実施  | 2 委託 | 3 なし |
| 健康管理の供与         | ① 自ら実施  | 2 委託 | 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス  | ① 自ら実施  | 2 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス        | ① 自ら実施  | 2 委託 | 3 なし |

**(医療連携の内容)**

|                |   |  |                     |
|----------------|---|--|---------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 |   | <div>① 救急車の手配</div> <div>② 入退院の付き添い</div> <div>③ 通院介助</div> <div>④ その他（協力医療機関、かかりつけ医療機関との連絡調整、その他相談）</div> |                     |
| 協力医療機関         | 1 | 名称   | 山形済生病院              |
|                |   | 住所   | 山形市沖町 7 9 - 1       |
|                |   | 診療科目   | 内科・外科・整形外科ほか        |
|                |   | 協力内容   | 外来診療・入院加療・救急対応      |
|                | 2 | 名称   |                     |
|                |   | 住所   |                     |
|                |   | 診療科目   |                     |
|                |   | 協力内容   |                     |
| 協力歯科医療機関       |   | 名称   | 小白川加藤歯科医院           |
|                |   | 住所   | 山形市小白川町 2 - 2 - 1 2 |
|                |   | 協力内容   | 外来診療・訪問診療           |

**(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               | 入居時 6 0 歳以上又は皆保険認定を受けられている方、特に療養管理が必要な場合はあらかじめご相談ください。   |      |      |
| 契約の解除の内容           | (入居者の解除権)<br>1 正当な理由なくサービスを提供しない場合<br>2 守秘義務に違反した場合<br>3 破産等の事情により、事業の継続見通しが困難となった場合<br>4 その他、介護保険法令等及びこの契約に定める事項に著しく違反した場合<br>(契約の終了)<br>1 死亡した場合<br>2 賃貸借契約が終了した場合 |      |      |

|                |  |   |
|----------------|--|---|
|                | 3 3か月以上入院した場合<br>4 他の介護保険施設への入所が決まり、その施設側での受け入れが可能になった場合 |   |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項   | 契約書に定める利用料を2カ月以上滞納した場合、期間内に滞納金額の全額の支払いが無いときは、この契約を解除する旨通知する事ができる。 |
|                | 解約予告期間   | 3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：空室がある場合）<br>2 なし                                 |   |
| 入居定員           | 1人（サービス付き高齢者向け住宅）<br>18人（地域密着型特定施設入居者生活介護）               |   |
| その他            |  |   |

## 5. 職員体制

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

（職種別の職員数）

|  | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数※ <sup>1</sup> |
|--|----------|----|-----|----------------------|
|  | 合計       | 常勤 | 非常勤 | ※ <sup>2</sup>       |
| 管理者  | 1        | 1  |     | 0.2                  |
| 生活相談員  | 1        | 1  |     | 0.5                  |
| 直接処遇職員   | 9        | 9  |     | 9                    |
| 介護職員   | 8        | 8  |     | 8                    |
| 看護職員   | 1        | 1  |     | 1                    |
| 機能訓練指導員  | 1        | 1  |     | 0.5                  |
| 計画作成担当者  | 1        | 1  |     | 0.3                  |
| 栄養士  |          |    |     |                      |
| 調理員  | 委託       |    |     |                      |
| 事務員  | 1        | 1  |     | 0.5                  |
| その他職員  |          |    |     |                      |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※ <sup>2</sup>   |          |    |     | 40時間                 |
| ※ <sup>1</sup> 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。<br>※ <sup>2</sup> 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  |     |
| 介護福祉士     | 6  | 6  |     |
| 実務者研修の修了者 | 0  | 0  |     |
| 初任者研修の修了者 | 0  | 0  |     |
| 介護支援専門員   | 0  | 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   |    |    |     |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       | 1  | 1  |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復師       |    |    |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |
| はり師         |    |    |     |
| きゅう師        |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 ( 16時～ 10時) |      |                |
|----------------------|------|----------------|
|                      | 平均人数 | 最少時人数(休憩者等を除く) |
| 看護職員                 | 0 人  | 0 人            |
| 介護職員                 | 1 人  | 1 人            |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

|  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)            | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|  | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | : 1  |
| ※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択                                  |                                    |  |
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数                            | 人  |
|  | 訪問介護事業所の名称                         |  |
|  | 訪問看護事業所の名称                         |  |
|  | 通所介護事業所の名称                         |  |

(職員の状況)

|                      |           |          |     |      |     |                  |     |               |     |         |     |
|----------------------|-----------|----------|-----|------|-----|------------------|-----|---------------|-----|---------|-----|
| 管理者                  |           | 他の職務との兼務 |     |      |     | (1) あり      2 なし |     |               |     |         |     |
|                      |           | 業務に係る資格等 |     |      |     | (1) あり           |     |               |     |         |     |
|                      |           |          |     |      |     | 資格等の名称           |     | 社会福祉士、介護支援専門員 |     |         |     |
|                      |           | 2 なし     |     |      |     |                  |     |               |     |         |     |
|                      |           | 看護職員     |     | 介護職員 |     | 生活相談員            |     | 機能訓練指導員       |     | 計画作成担当者 |     |
|                      |           | 常勤       | 非常勤 | 常勤   | 非常勤 | 常勤               | 非常勤 | 常勤            | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数          |           |          |     |      |     |                  |     |               |     |         |     |
| 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数 | 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<br>【表示事項】    | 1 利用権方式<br>(2) 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式 |   |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】 | 1 全額前払い方式                             |   |
|                      | 2 一部前払い・一部月払い方式                       |   |
|                      | (3) 月払い方式                             |   |
|                      | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定           | 1 あり      (2) なし                      |   |
| 要介護状態に応じた金額設定        | 1 あり      (2) なし                      |   |



|                            |     |   |
|----------------------------|-----|---|
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い |     | 1 減額あり<br>② 日割り計算で減額<br>3 不在期間が                      日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 物価変動、人件費上昇により改定する場合があります。   |
|                            | 手続き | 入居者と面談等により相談させていただきます。  |

**（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                            |     | 歳                        | 歳              |
| 居室の状況   | 床面積                           |     | 1 8 . 4 2 m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> |
|         | 便所                            |     | ① 有 2 無                  | 1 有 2 無        |
|         | 浴室                            |     | 1 有 ② 無                  | 1 有 2 無        |
|         | 台所                            |     | 1 有 ② 無                  | 1 有 2 無        |
|         | 入居時点で必要な費用                    |     |                          |                |
| 前払金     |                               | 0 円 | 円                        |                |
| 敷金      |                               | 0 円 | 円                        |                |
| 月額費用の合計 |                               |     | 1 4 5 , 3 7 0 円          | 円              |
| 家賃      |                               |     | 5 4 , 8 0 0 円            | 円              |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 |     | 0 円                      | 円              |
|         | 介護保険外※ <sup>2</sup>           | 食費  | 5 1 , 5 7 0 円            | 円              |
|         |                               | 共益費 | 3 9 , 0 0 0 円            | 円              |
|         |                               |     | 円                        | 円              |
|         |                               |     | 円                        | 円              |
|         |                               | その他 | 0 円                      | 円              |

※ 1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※ 2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

**(利用料金の算定根拠)**

| 費用                   | 算定根拠  |
|----------------------|---|
| 家賃                   | 1800 円／日×365 日÷12 ヶ月  |
| 敷金                   | 不要  |
| 介護費用                 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。<br>日常生活支援サービスとして、入浴時の見守り・介助、食事・排せつの介助、洗面等の清潔保持、血圧測定や服薬管理などの健康管理等を包括して提供します。 |
| 共益費                  | 1 日 1,300 円（状況把握・生活相談）  |
| 状況把握・生活相談サービス        | 共益費に含む  |
| 食費                   | 1,719 円／日×365 日÷12 ヶ月   |
| 光熱水費                 | 共益費に含む  |
| 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          |   |

## 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            | 4 人  |
|       | 女性            | 14 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        | 14 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 0 人  |
|       | 要支援 1         | 0 人  |
|       | 要支援 2         | 0 人  |
|       | 要介護 1         | 4 人  |
|       | 要介護 2         | 8 人  |
|       | 要介護 3         | 5 人  |
|       | 要介護 4         | 1 人  |
|       | 要介護 5         | 0 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 3 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 1 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 14 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 人    |

### (入居者の属性)

|   |        |
|---|--------|
| 平均年齢  | 88.5 歳 |
| 入居者数の合計   | 18 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      | 人                      |
|         | 社会福祉施設   | 人                      |
|         | 医療機関     | 1 人                    |
|         | 死亡者      | 人                      |
|         | その他      | 人                      |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 人                      |
|         |          | (解約事由の例)               |
|         | 入居者側の申し出 | 1 人                    |
|         |          | (解約事由の例)<br>医療機関入院継続の為 |

## 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    | 小白川ケアセンター 生活相談員 |            |
| 電話番号     | 023-616-5080    |            |
| 対応している時間 | 平日              | 8:30～17:30 |
|          | 土曜              | 対応できない     |
|          | 日曜・祝日           | 対応できない     |
| 定休日      | 土曜・日曜・祝日・その他指定日 |            |

|          |                  |            |
|----------|------------------|------------|
| 窓口の名称    | 山形県済生会支部事務局 管理課長 |            |
| 電話番号     | 023-682-1131     |            |
| 対応している時間 | 平日               | 9:00～17:00 |
|          | 土曜               | 対応できない     |
|          | 日曜・祝日            | 対応できない     |
| 定休日      | 土曜・日曜・祝日・その他指定日  |            |

### (サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

|                               |                |        |
|-------------------------------|----------------|--------|
| 損害賠償責任保険の加入状況                 | 1 あり           | (その内容) |
|                               | 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    |                |
|                                  |      | 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 | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |

## 10. その他

|   |  |            |
|---|--|------------|
| 運営懇談会   | 1 あり   | (開催頻度) 年 回 |
|   | <input checked="" type="radio"/> 2 なし  |            |
|   | 1 代替措置あり   | (内容)       |
|   | 2 代替措置なし   |            |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】   | <input checked="" type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名 : )<br><input checked="" type="radio"/> 2 なし   |            |
| 有料老人ホーム設置<br>時の老人福祉法第 29<br>条第 1 項に規定する<br>届出                   | <input type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし<br><input checked="" type="radio"/> 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<br>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<br>確保に関する法律第<br>5 条第 1 項に規定す<br>るサービス付き高齢<br>者向け住宅の登録 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし   |            |
| 有料老人ホーム設置<br>運営指導指針「5. 規<br>模及び構造設備」に合<br>致しない事項                | <input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし   |            |
| 合致しない事項が<br>ある場合の内容   |  |            |
| 「6. 既存建築物等<br>の活用の場合等の<br>特例」への適合性                              | <input type="radio"/> 1 適合している (代替措置)<br><input type="radio"/> 2 適合している (将来の改善計画)<br><input type="radio"/> 3 適合していない   |            |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 有料老人ホーム設置<br>運営指導指針の不適合事項 |  |
|---------------------------|--|

|                   |  |
|-------------------|--|
| 不適合事項がある<br>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 令和    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 | 済生会山形訪問看護ステーション  | ・山形市沖町 79 番地 1  |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし | フローラさいせい訪問リハビリテーション  | ・山形市沖町 79 番地 1  |
| 居宅療養管理指導             | あり | なし |  |   |
| 通所介護                 | あり | なし | ①デイサービスセンター小白川<br>②やまのべ荘デイケアセンター<br>③ながまち荘デイサービスセンター                         | ①山形市小白川町 2-3-1<br>②東村山郡山辺町大字大塚 814-2<br>③山形市長町 751 番地                 |
| 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 | ①ショートステイ小白川<br>②短期入所生活介護事業所やまのべ荘<br>③短期入所生活介護事業所ながまち荘<br>④特別養護老人ホーム山静寿（空床利用） | ①山形市小白川町 2-3-1<br>②東村山郡山辺町大字大塚 814-2<br>③山形市長町 751<br>④山形市大字沼木 1133-1 |
| 短期入所療養介護             | あり | なし | 介護老人保健施設フローラさいせい   | 山形市沖町 79-1  |
| 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 |  |   |
| 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 | 地域密着型特別養護老人ホームやまのべ荘  | 東村山郡山辺町大字大塚 814-2   |
| 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 | ①愛日荘居宅介護支援事業所<br>②やまのべ荘居宅介護支援事業所<br>③ながまち荘居宅介護支援事業所                          | ①山形市大字妙見寺 4<br>②東村山郡山辺町大字大塚 814-2<br>③山形市長町 751                       |

|                  |    |    |  |   |
|------------------|----|----|--|---|
|                  |    |    | ④居宅介護支援事業所済生会山形<br>訪問看護ステーション  | ④山形市沖町 79-1   |
| ＜居宅介護予防サービス＞     |    |    |  |   |
| 介護予防訪問入浴介護       | あり | なし |  |   |
| 介護予防訪問看護         | あり | なし | 済生会山形訪問看護ステーション  | 山形市沖町 79-1  |
| 介護予防訪問リハビリテーション  | あり | なし | フローラさいせい訪問リハビリテーション  | 山形市沖町 79-1  |
| 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 | ①ショートステイ小白川<br>②短期入所生活介護事業所<br>やまのべ荘<br>③短期入所生活介護事業所<br>ながまち荘<br>④特別養護老人ホーム山静<br>寿（空床利用） | ①山形市小白川町 2-3-1<br>②東村山郡山辺町大字大塚 814-2<br>③山形市長町 751<br>④山形市大字沼木 1133-1 |
| 介護予防短期入所療養介護     | あり | なし | 介護老人保健施設フローラ<br>さいせい   | 山形市沖町 79-1  |
| 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 | ①済生会愛らんど地域包括<br>支援センター<br>②済生会なでしこ地域包括<br>支援センター   | ①山形市小白川町 2-3-1<br>②山形市長町 751  |
| ＜介護保険施設＞         |    |    |  |   |
| 介護老人福祉施設         | あり | なし | ①特別養護老人ホーム愛日荘<br>②特別養護老人ホームやまの<br>べ荘<br>③特別養護老人ホームなが<br>まち荘<br>④特別養護老人ホーム山静<br>寿         | ①山形市大字妙見寺 4<br>②東村山郡山辺町大字大塚 814-2<br>③山形市長町 751<br>④山形市大字沼木 1133-1    |
| 介護老人保健施設         | あり | なし | 介護老人保健施設フローラ<br>さいせい   | 山形市沖町 79-1  |
| 介護療養型医療施設        | あり | なし |  |   |
| 介護医療院            | あり | なし |  |   |



別添 2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |  |                            |    |    |   |                  |                  |                  |   | なし | あり |
|----------------------------------|--|----------------------------|----|----|---|------------------|------------------|------------------|---|----|----|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※ <sup>1</sup> ） | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） |    |    |   | 包含※ <sup>2</sup> | 都度※ <sup>2</sup> | 料金※ <sup>3</sup> | 備考  |    |    |
|                                  |  |                            |    |    |   |                  |                  |                  |   |    |    |
| 介護サービス                           |  |                            |    |    |   |                  |                  |                  |   |    |    |
| 食事介助                             | なし   | あり                         | なし | あり | ○ |                  |                  | 無料               |   |    |    |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし   | あり                         | なし | あり | ○ |                  |                  | 無料               |   |    |    |
| おむつ代                             |  |                            | なし | あり | ○ |                  |                  | 実費               | 各自でご準備いただきます                                  |    |    |
| 入浴（一般浴）介助                        | なし   | あり                         | なし | あり | ○ |                  |                  | 1回 770 円         |   |    |    |
| 特浴介助                             | なし   | あり                         | なし | あり | ○ |                  |                  | 1回 1,300 円       |   |    |    |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし   | あり                         | なし | あり |   |                  |                  | 無料               |   |    |    |
| 機能訓練                             | なし   | あり                         | なし | あり |   |                  |                  |                  |   |    |    |
| 通院介助                             | なし   | あり                         | なし | あり |   |                  |                  |                  | 送迎のみ片道 30 分以内、520 円で実施                        |    |    |
| 生活サービス                           |  |                            |    |    |   |                  |                  |                  |   |    |    |
| 居室清掃                             | なし   | あり                         | なし | あり | ○ |                  |                  | 1回 520 円         | 週 1 回以上の場合（週 1 回無料）                           |    |    |
| リネン交換                            | なし   | あり                         | なし | あり |   |                  |                  |                  | 寝具レンタルを利用した場合、レンタル料金に週 1 回の交換を含む              |    |    |
| 日常の洗濯                            | なし   | あり                         | なし | あり | ○ |                  |                  | 1回 520 円         | 洗濯機使用料 1 回 200 円（洗剤、柔軟剤自動投入）乾燥機使用料 30 分 100 円 |    |    |
| 居室配膳・下膳                          | なし   | あり                         | なし | あり |   |                  |                  |                  |   |    |    |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |  |                            | なし | あり |   |                  |                  |                  | 食形態の変更は相談対応                                   |    |    |
| おやつ                              |  |                            | なし | あり |   |                  |                  |                  |   |    |    |



# 地域密着型特定施設入居者生活介護

## サービス付き高齢者向け住宅小白川 重要事項説明書

(令和6年5月1日現在)

当事業所は介護保険の指定を受けています。

地域密着型特定施設入居者生活介護 サービス付き高齢者向け住宅小白川  
(山形市指令指第6号)

当事業所はご契約者に対して地域密着型特定施設入居者生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

### 1 事業者

- |     |       |  |
|-----|-------|--|
| (1) | 法人名   | 社会福祉法人 <sup>恩賜</sup> <sub>財団</sub> 済生会支部山形県済生会 |
| (2) | 法人所在地 | 山形市沖町79番地の1                                    |
| (3) | 電話番号  | 023-682-1131                                   |
| (4) | 代表者名  | 支部長 濱崎 允                                       |
| (5) | 設立年月日 | 昭和19年5月13日                                     |

### 2 事業所の概要

- |     |              |  |
|-----|--------------|--|
| (1) | 事業所の種類       | 地域密着型特定施設入居者生活介護                       |
| (2) | 事業所の名称       | サービス付き高齢者向け住宅小白川<br>(事業所番号 0690100862) |
| (3) | 事業所の所在及び電話番号 | 山形市小白川町2丁目3番1号<br>TEL 023-616-5080     |
| (4) | 管理者氏名        | 佐藤 秀也                                  |

### 3 事業の目的及び運営の方針

- (1) 事業の目的  
要介護状態にある者(以下「利用者」という)に対し適切な地域密着型特定施設入居者生活介護を提供することを目的とします。
- (2) 運営の方針
  - 1 地域密着型特定施設入居者生活介護の職員は、地域密着型特定施設サービス計画に基づき、利用者が当該事業所においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行います。
  - 2 安定的かつ継続的な事業運営に努めます。
  - 3 地域密着型特定施設入居者生活介護の実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 4 施設の概要

### (1) 構造等

|         |   |
|---------|---|
| 敷地      | 3 1 1 4. 6 9 m <sup>2</sup>   |
| 建物 (構造) | 鉄筋コンクリート造 地上 5 階地下 1 階 (耐火建築)                                       |
| (延べ床面積) | 全体：6 2 5 0. 1 7 m <sup>2</sup><br>うち事業所部分：7 4 9. 2 2 m <sup>2</sup> |
| (利用定員)  | 1 8 名   |

### (2) 主な設備

| 設備 (面積)                            | 室数 (戸数) 等 | 備考         |
|------------------------------------|-----------|------------|
| 居室タイプ 1 (1 8. 4 2 m <sup>2</sup> ) | 1 6 室     | 個室 (トイレあり) |
| 居室タイプ 2 (1 8. 3 5 m <sup>2</sup> ) | 2 室       | 個室 (トイレあり) |
| 一時介護室 (1 8. 4 2 m <sup>2</sup> )   | 1 室       | 個室 (トイレなし) |
| 共用施設                               |           |            |
| 食堂・居間 (5 9. 1 8 m <sup>2</sup> )   | 2 ヶ所      | 食堂兼居間。     |
| キッチン (1 6. 8 6 m <sup>2</sup> )    |           | 食堂に隣接。     |
| 共用浴室 個浴                            | 3 ヶ所      | 同一フロア内     |
| 介護浴槽 チェアー浴                         | 1 ヶ所      | 建物 2 階     |
| ストレッチャー浴                           | 1 ヶ所      | 建物 2 階     |
| 車いす対応トイレ                           | 1 ヶ所      |            |
| 洗濯室 (6. 5 6 m <sup>2</sup> )       | 1 ヶ所      |            |

## 5 職員体制 (主たる職員)

| 職       | 職務内容   | 人員数                    |
|---------|--|------------------------|
| 管理者     | 事業所管理及び業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。                         | 常勤 1 名 (兼務)            |
| 計画作成担当者 | 地域密着型特定施設サービス計画などにかかわる業務を行います。(介護支援専門員)                    | 常勤 1 名 (兼務)            |
| 生活相談員   | 日常の生活相談並びに直接生活支援処遇に関わる業務を行います。                             | 常勤 1 名 (兼務)            |
| 看護職員    | 健康管理及び保健衛生並びに日常の直接生活支援処遇に関わる業務を行います。                       | 常勤 1 名                 |
| 介護職員    | 直接生活支援処遇に関わる業務を行います。                                       | 常勤 8 名                 |
| 機能訓練指導員 | 日常生活を営むのに必要な機能回復又は減退防止及び残存能力開発のための支援、訓練に関わる業務を行います。(作業療法士) | 常勤 1 名 (兼務)            |
| 事務職員    | 必要な事務を行います。  | 非常勤 1 名<br>(センター事務と兼務) |

## 6 職員の勤務体制

| 勤務形態 | 始業時間    | 終業時間    | 休憩時間            |
|------|---------|---------|-----------------|
| 早 出  | 6 : 30  | 15 : 30 | 10 : 30～11 : 30 |
|      | 6 : 45  | 15 : 45 | 10 : 45～11 : 45 |
|      | 7 : 00  | 16 : 00 | 11 : 00～12 : 00 |
| 平 常  | 8 : 30  | 17 : 30 | 12 : 00～13 : 00 |
| 遅 出  | 10 : 00 | 19 : 00 | 13 : 00～14 : 00 |
|      | 11 : 00 | 20 : 00 | 15 : 00～16 : 00 |
| 準夜勤  | 15 : 00 | 24 : 00 | 19 : 00～20 : 00 |
| 深夜勤  | 0 : 00  | 9 : 00  | 4 : 00～5 : 00   |

## 7 地域密着型特定施設入居者生活介護サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

| サービス区分と種類                 | 内容  |
|---------------------------|---|
| 地域密着型特定施設入居者生活介護サービス計画の作成 | <p>&lt;地域密着型特定施設入居者生活介護&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた地域密着型特定施設入居者生活介護サービス計画を作成します。</li> <li>2 地域密着型特定施設入居者生活介護サービス計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。</li> <li>3 地域密着型特定施設入居者生活介護サービス計画の内容について、利用者の同意を得たときは、地域密着型特定施設入居者生活介護サービス計画書を利用者に交付します。</li> <li>4 それぞれの利用者について、地域密着型特定施設入居者生活介護サービス計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。</li> </ol> |
| 食事                        | 利用者の身体状況及び嗜好に配慮した適切な食事を提供します。   |
| 入浴                        | 入浴または清拭を週2回行います。利用者の状況に応じた、適切な入浴介助を行います。  |
| 排せつ                       | 利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うと共に自立排せつについても適切な援助を行います。   |
| 離床、着替え、整容等の日常生活上の支援       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。</li> <li>・生活リズムを考え、毎朝夕の着替え等に配慮します。</li> <li>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。</li> </ul>   |

|             |  |
|-------------|--|
| 機能訓練        | 機能訓練指導員により利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための機能訓練を実施します。  |
| 健康管理        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員により利用者の状況に応じて適切な措置を講じます。</li> <li>・緊急等必要な場合には主治の医師あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。</li> <li>・外部の医療機関に通院する場合は、その介助について出来る限り配慮します。</li> </ul> |
| 相談及び援助      | 利用者及びその家族からの相談については、誠意を持って対応し、可能な限り必要な支援を行うよう努めます。   |
| 社会生活上の便宜の提供 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な教養娯楽設備を整えるとともに、日々の生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事等を企画します。</li> <li>・行政機関に対する手続きが必要な場合は、利用者及び家族の状況によっては、その代行を行います。</li> </ul>              |

## (2) 介護保険給付外サービス

|                     |   |
|---------------------|---|
| 理 美 容 代             | 業者の出張によるサービスを利用いただくことも可能です。   |
| 日 常 生 活 品 の<br>購入代行 | 利用者及びご家族が自ら購入が困難である場合は、事業所の購入代行サービスをご利用いただけます。<br>ご利用いただく場合は、前日までに購入代金を添えてお申し込みください。  |
| 貴 重 品 管 理           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・貴重品は原則ご自身で管理いただきます。不安のある方はご相談ください。</li> <li>・利用者の希望により、金銭管理サービスをご利用いただけます。ご利用いただく際は、別途申請が必要です。</li> </ul> <b>【預かる物】</b> 現金、預貯金通帳等 |
| そ の 他               | 日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望により提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。  |

## 8 利用料金

### (1) 介護保険対象サービス利用

| 区分・要介護度                       |       | 基本単位  | 利用料     | 利用者負担額 |         |         |
|-------------------------------|-------|-------|---------|--------|---------|---------|
|                               |       |       |         | 1 割負担  | 2 割負担   | 3 割負担   |
| 地域密着型<br>特定施設<br>入居者生活<br>介護費 | 要介護 1 | 546 円 | 5,460 円 | 546 円  | 1,092 円 | 1,638 円 |
|                               | 要介護 2 | 614 円 | 6,140 円 | 614 円  | 1,228 円 | 1,842 円 |
|                               | 要介護 3 | 685 円 | 6,850 円 | 685 円  | 1,370 円 | 2,055 円 |
|                               | 要介護 4 | 750 円 | 7,500 円 | 750 円  | 1,500 円 | 2,250 円 |
|                               | 要介護 5 | 820 円 | 8,200 円 | 820 円  | 1,640 円 | 2,460 円 |

※身体拘束廃止に向けての取り組みとして、身体拘束適正化の指針整備や適正化委員会の開催、定期的な職員研修の実施などを行っていない場合は、上記金額の 90/100 となります。

※感染症や災害が発生した場合でも、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築する為、行う継続計画が未策定の場合は、上記金額の 97/100 となります。

※虐待の発生又はその再発を防止するための措置（委員会の開催、指針の整備、研修実施、担当者の設置等）が講じられていない場合は、上記金額の 99/100 となります。

(2) 加算料金（介護保険対象）

※要件を満たす場合に、上記の基本部分に料金が加算されます。

※詳しい加算料金については、別紙、「加算料金表（介護保険対象）」を参照ください。

(3) 居住費及び食費等

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 居住費（家賃）（非課税）1 か月        | 54,800 円                                |
| 食費（課税）1 日               | 1,719 円<br>(朝食:465 円、昼食:616 円、夕食 638 円) |
| 共益費（光熱水費含む）<br>(非課税)1 日 | 1,300 円                                 |

※居住費（家賃）について、利用者が外泊・入院等により事業所を利用していない場合でも、その利用者のために居室を確保している場合においては、居住費（家賃）を負担していただきます。

※食費、共益費について、利用者が外泊・入院により事業所を利用していない場合、利用した日数による日割りで負担していただきます。

(4) 日常生活費、その他の費用

|                           |                             |
|---------------------------|-----------------------------|
| レクリエーション材料費等              | 実費                          |
| 日常生活上必要な物品の購入費<br>(おむつ代他) | 実費                          |
| 貴重品管理費                    | 1 件 2,000 円（現金、通帳はそれぞれ 1 件） |

(5) 利用料金の支払い方法

利用料金・費用は、1 か月ごとに計算しご請求します。翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（振り込み手数料は、ご負担願います。）

|              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| 窓口での現金払い     | 1 階 管理事務室                     |
| 指定口座への振り込み   | 山形銀行 本店営業部 普通預金 3 4 0 2 7 0 3 |
| 指定口座からの引き落とし | 山形銀行 本店営業部                    |

(6) 消費税

介護保険給付費以外の自己負担（居住費（家賃）、共益費を除く）については、別途消費税がかかります。

(7) 利用料金の改定

- 1 介護保険給付対象のサービス利用料金については、介護給付費体系の変更があった場合には、変更になります。

- 2 介護保険給付対象外のサービス利用料金については、経済状況の著しい変更その他やむを得ない事由がある場合には、事前に文書を交付して説明したうえで、利用料金を変更することがあります。

## 9 緊急時の対応

- (1) 利用者に病状の急変が生じたとき等の場合には、速やかに主治の医師又は同一法人の協力病院である山形済生病院へ連絡を行うなど必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じ利用者の主治の医師への連絡を行い、その指示に従います。又、必要なときには親族の方にも連絡いたします。

## 10 非常災害時の対策

- (1) 非常時の対応：別途定める消防計画に則り対応を行います。
- (2) 近隣との協力関係：近隣地域と連携を図り、非常時には相互に協力を行います。
- (3) 平常時の訓練等防災設備：別途定める防災計画にのっとり年2回日中及び夜間を想定した避難訓練を利用者の方も参加して実施します。

| 消防用設備等                      | 個数等 | 消防用設備等  | 個数等 |
|-----------------------------|-----|---------|-----|
| 消火器                         | あり  | スプリンクラー | あり  |
| 自動火災報知設備                    | あり  | 屋内消火栓   | あり  |
| 火災通報設備                      | あり  | 非常用電源   | あり  |
| 避難階段                        | あり  | 誘導灯     | あり  |
| カーテン布団等は防災性能のあるものを使用しております。 |     |         |     |

- (4) 消防計画等：消防署への届出日：平成31年4月18日  
防火管理者：松田 英彦

## 11 秘密の保持

事業所の職員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びその家族等の秘密を洩らしません。また、秘密保持のための監視を常に怠りません。

## 12 苦情処理の体制

### (1) 当事業所の苦情受付

苦情の受付は、口頭でも、センター1階に設置したご意見箱でも受け付けております。  
ご利用者及びその家族などの要望に応えられるよう迅速に対応いたします。

| 当事業所の事業やその他の苦情の解決体制は、下記のとおりです。 |                    |           |                            |
|--------------------------------|--------------------|-----------|----------------------------|
| 解決責任者                          | 山形県済生会<br>医療福祉センター | 職 氏 名     | 常務理事 鈴木光弘                  |
|                                |                    | 所在地及び電話番号 | 山形市沖町79番1 TEL 023-682-1131 |
|                                |                    | 受 付 時 間   | 平日 午前9時00分 ～ 午後5時00分       |



|           |  |  |                      |                         |
|-----------|--|--|----------------------|-------------------------|
|           | 山形県済生会小白川<br>ケアセンター                          | 職 氏 名  | センター長代行 鈴木光弘         |                         |
|           |  | 所在地及び電話番号  | 山形市小白川町二丁目<br>3番1号   | TEL 0 2 3-6 1 6-5 0 8 0 |
|           |  | 受 付 時 間  | 平日 午前8時30分 ～ 午後5時30分 |                         |
| 受付<br>担当者 | 山形県済生会<br>医療福祉センター                           | 職 氏 名  | 事務局長 長岡淳司            |                         |
|           |  | 所在地及び電話番号  | 山形市沖町79番地の1          | TEL 0 2 3-6 8 2-1 1 3 1 |
|           |  | 受 付 時 間  | 平日 午前9時00分 ～ 午後5時00分 |                         |
|           | 地域密着型特定施設<br>入居者生活介護<br>サービス付き高齢者<br>向け住宅小白川 | 職 氏 名  | 管理者 佐藤秀也             |                         |
|           |  | 所在地及び電話番号  | 山形市小白川町二丁目<br>3番1号   | TEL 0 2 3-6 1 6-5 0 8 0 |
|           |  | 受 付 時 間  | 平日 午前8時30分 ～ 午後5時30分 |                         |
| 第三者委員     | 鈴木 弥 夫                                       | 連絡先（苦情申出先）： <b>soudan@yamagata-saiseikai.org</b> |                      |                         |
|           | 飯 澤 ひ ろ み                                    |  |                      |                         |
|           | 芳 賀 豊 松                                      |  |                      |                         |

（２）行政機関その他苦情受付機関

|                    |           |  |     |              |
|--------------------|-----------|--|-----|--------------|
| 山形市役所<br>指導監査課     | 所 在 地     | 山形市旅籠町二丁目3番25号                                     |     |              |
|                    | 電 話 番 号 等 | 電話 023-641-1212（代）                                 | FAX | 023-624-8887 |
|                    | 利 用 時 間   | 月～金曜日 午前8時30分～午後5時00分<br>但し、国民の休日に関する法律に規定する休日を除く。 |     |              |
| 山形県国民健康保険<br>団体連合会 | 所 在 地     | 寒河江市大字寒河江字久保6番地                                    |     |              |
|                    | 電 話 番 号 等 | 電話 0237-87-8006                                    | FAX | 0237-83-3354 |
|                    | 利 用 時 間   | 月～金曜日 午前9時00分～午後4時00分<br>但し、国民の休日に関する法律に規定する休日を除く。 |     |              |

### 1.3 事故発生の防止及び発生時の対応

- ・事故発生の防止及び発生時の対応のために、安全管理指針、事故発生時の対応マニュアルを整備します。定期的な委員会及び職員に対する研修を実施します。
- ・事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を職員に周知徹底する体制を整備します。それに伴う安全対策体制のための担当者を設置します。
- ・利用者に対する事業の提供により事故が発生した場合は、速やかに当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、適宜市町村等へ報告します。
- ・利用者に対する事業の提供により損害を与えた時は、その責が事業所に帰するときは、その損害を速やかに賠償します。
- ・事故発生時においては、別に定める『小白川ケアセンター事故発生時の対応マニュアル』に定めるところにより対応します。

## 1 4 虐待防止のための措置

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的を開催するとともに、その結果について職員への周知徹底を図ります。
- ・虐待防止のための指針を整備します。
- ・職員に対し、虐待防止のための研修を定期的を実施します。
- ・上記措置を適切に実施するための担当者（管理者兼生活相談員 佐藤秀也）を配置します。

## 1 5 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

### 【来訪・面会】

面会時間は平日 8：30～17：30、土、日曜日、祝祭日 8：30～17：30 です。来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。なお、面会等で嗜好品や身の回りの品を置いて行かれる場合、職員に一声お掛けください。

### 【外出・外泊】

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出ください。なお、外泊期間中も居住費（家賃）、管理費をご負担いただきます。

### 【食事】

食事が不要な場合は、事前にお申し出ください。3 日前までに申し出があった場合は、食費は発生しません。

### 【医療機関への受診】

医療を必要とする場合は、利用者様の希望により、協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。ただし協力医療機関での優先的な診療、入院治療を保証するものではありません。また、協力医療機関での診療、入院治療を義務付けるものでもありません。診療などに要する費用は、本人負担となります。

協力医療機関：山形済生病院（内科、整形外科、外科、婦人科、脳外科、泌尿器科）

協力歯科医院：小白川加藤歯科医院

### 【居室・設備・器具の利用】

居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の自己負担により現状に服していただくか、または相当の対価をお支払いいただく場合があります。利用者様に対するサービスの実施及び安全衛生などの管理上の必要があると認められる場合には、利用者様の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシーなどの保護について、十分配慮を行います。

### 【喫煙・飲酒】

山形県済生会小白川ケアセンター敷地内及び館内は全て禁煙です。

行事や催し等、事業所で許可する場合を除き、飲酒はできません。

### 【秘密の保持】

当事業所の利用中において知り得た情報や他の利用者の個人情報の対応、また、他の利用者のプライバシーの侵害となるような行為は行わないようにしてください。

### 【迷惑行為等】

騒音等他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者様の居室などに立ち入らないようにしてください。

**【貴重品、現金等の管理】**

貴重品は原則ご自身で管理いただきます。不安のある方は、申請に基づき事務所において保管、管理いたします。

**【宗教活動・政治活動】**

事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

**【動物飼育】**

事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

令和6年月1日

地域密着型特定施設入居者生活介護の提供開始に当たり、利用者及び代理人に対して本書に基づいて重要事項を説明いたしました。

|     |     |                                    |   |
|-----|-----|------------------------------------|---|
| 説明者 | 所在地 | 山形市小白川町二丁目3番1号                     |   |
|     | 名称  | 地域密着型特定施設入居者生活<br>サービス付き高齢者向け住宅小白川 |   |
|     | 職名  | 生活相談員                              |   |
|     | 氏名  | 佐藤 秀也                              | 印 |

私は、本書面により事業者から地域密着型特定施設入居者生活介護について、重要事項の説明を受けて、同意して受領しました。

利用者 住 所

氏 名

印

利用者の身元引受人

住 所

氏 名

印

## 加算料金表（介護保険給付対象）

※要件を満たす場合、以下の料金が加算されます。

| 加算                | 基本<br>単位               | 利用料                 | 利用者負担 |       |       | 算定回数等                                     |
|-------------------|------------------------|---------------------|-------|-------|-------|---|
|                   |                        |                     | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 |   |
| 個別機能訓練加算 I        | 12                     | 120 円               | 12 円  | 24 円  | 36 円  | 1 日につき                                    |
| 科学的介護推進体制加算       | 40                     | 400 円               | 40 円  | 80 円  | 120 円 | 1 月につき                                    |
| 夜間看護体制加算 II       | 9                      | 90 円                | 9 円   | 18 円  | 27 円  | 1 日につき                                    |
| 協力医療機関連携加算        | 100                    | 1000 円              | 100 円 | 200 円 | 300 円 | 1 月につき                                    |
| (医療機関の要件により異なる)   | 40                     | 400 円               | 40 円  | 80 円  | 120 円 |   |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 I  | 10                     | 100 円               | 10 円  | 20 円  | 30 円  | 1 月につき                                    |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 II | 5                      | 50 円                | 5 円   | 10 円  | 15 円  | 1 月につき                                    |
| 退去時情報提供加算         | 250                    | 2500 円              | 250 円 | 500 円 | 750 円 | 1 回につき                                    |
| 退院・退所時連携加算        | 30                     | 300 円               | 30 円  | 60 円  | 90 円  | 1 日につき                                    |
| サービス提供体制強化加算 I    | 22                     | 220 円               | 22 円  | 44 円  | 66 円  | 1 日につき                                    |
| 介護職員等処遇改善加算（I）    | 所定単位<br>数の<br>128/1000 | 左記の<br>単位数×<br>地域区分 |       |       |       | 基本サービス費<br>に各種加算減算<br>を加えた総単位<br>数(所定単位数) |

- ※ 個別機能訓練加算 I は、多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合に算定します。
- ※ 科学的介護推進体制加算は、利用者毎の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出し、サービスの提供に当たって、情報その差サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していることにより算定します。
- ※ 夜間看護体制加算 II は、看護に係る責任者を定め、利用者に対して 24 時間連絡できる体制と必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保している場合に算定します。
- ※ 協力医療機関連携加算は、定期的な会議において入居者の現病歴などの情報教諭を行う等、所定の要件を満たす医療機関であることや年 1 回以上利用者の病状急変時の対応を確認すること、入院し病状軽快後、速やかに再入居できるよう努めること等により算定します。
- ※ 高齢者施設等感染対策向上加算 I は、協力医療機関等との間で進行感染症以外の一般的な感染症発生時等の対応を取り決めると共に、感染症発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応すること。また、協力医療機関や地域の医師会が定期的に行う感染症研修や訓練に年 1 回以上参加している場合に算定します。
- ※ 高齢者施設等感染対策向上加算 II は、感染症対策向上加算に係る届出を行った医療機関から 3 年に 1 回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御などに関わる実地指導を受けている場合に算定します。

- ※ 退居時情報提供加算は、医療機関に退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入居者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身状況、生活歴などを示す情報を提供した場合に算定します。
- ※ 退院・退所時連携加算は、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から当施設に入居した場合に、入居した日から 30 日以内の期間について算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所が、利用者に対して地域密着型特定施設入居者生活介護を行った場合に算定します。
- ※ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等(介護現場で働く多くの職種)の確保に向けて、処遇改善のための措置が出来るだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から算定する加算です。

介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。(利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。