

重要事項説明書

記入年月日	2024年 7月 1日
記入者	加藤 裕子
所属・職名	生活相談員

1. 設置者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしがいしや 株式会社タイヨウ	
主たる事務所の所在地	〒990-0025 山形市あこや町二丁目2-39	
連絡先	電話番号	023-631-7550
	FAX番号	023-631-8881
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	https://www.sole.ne.jp
代表者	氏名	安藤 政弘
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 14年 3月 6日	
主な実施事業	※別添1 (別を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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ そーれよしはら 介護付有料老人ホーム ソーレ吉原	
所在地	〒990-2453 山形市若宮二丁目8-3	
主な利用交通手段	最寄駅	山形駅
	交通手段と所要時間	例：①タクシーで20分 ②バス利用の場合 高松葉山行き(南山形経由)のバスに乗車し、 二ツ橋バス停下車、徒歩5分
連絡先	電話番号	023-646-5666
	FAX番号	023-646-5665

	メールアドレス	s.yosihara@sole.ne.jp
	ホームページアドレス	https://www.sole.ne.jp
管理者	氏名	山口 裕加
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 16年 9月 30日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 16年 10月 22日 介護予防（平成18年4月1日）

【類型】【表示事項】

1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 住宅型		
4 <input type="checkbox"/> 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	0670101781号
	指定した自治体名	山形市
	事業所の指定日	平成 16年 10月 21日 介護予防（平成18年4月1日）
	指定の更新日（直近）	令和 4年 10月 21日 介護予防（令和 4年 10月 21日）

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,906.70㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 <input type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地（ <input type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借）	
		抵当権の有無	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
		契約期間	1 <input type="checkbox"/> あり (2004年11月10日～2034年11月9日) 2 <input type="checkbox"/> なし
		契約の自動更新	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
建物	延床面積	全体	1,906.70㎡
		うち、老人ホーム部分	1,797.46㎡
	耐火構造	1 <input type="checkbox"/> 耐火建築物	
		2 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物	
		3 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		2 <input type="checkbox"/> 鉄骨造	
		3 <input type="checkbox"/> 木造	
		4 <input type="checkbox"/> 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（ <input type="checkbox"/> 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 (2004年11月10日～2034年11月9日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり	2 なし		
居室の 状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	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	有/無	有/無	16.02 m ²	30 室	介護居室個室
タイプ2	有/無	有/無	16.28 m ²	14 室	介護居室個室	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		4ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		4ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室		4ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		3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			
緊急通 報装置 等	居室	便所	浴室	その他 ()		
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり		
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり		
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし		
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"> ・要介護状態または要支援状態にある者に対し、適正な特定施設入居者生活介護を提供することを目的とし、入居者が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・排泄・食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練等を行います。 ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたってサービス提供するよう努めます。 ・明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村・居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者他の居宅サービス事業者・介護保険施設・保険医療サービス・福祉サービスの提供者との密接な連携に努めます。 		
サービスの提供内容に関する特色	全室個室、個浴、個別介護サービスを重視しており、家庭的な雰囲気の下で生活して頂けるよう心掛けております。		
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	1 自ら実施	2 委託	3 なし
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の 加算の対象となるサービスの提供体制の有無	入居継続支援加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	テクノロジーの導入 (入居継続支援加算関係)		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
	個別機能訓練加算		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
	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
	科学的介護推進体制加算		1 あり	2 なし
	看取り介護加算		1 あり	2 なし
	協力医療機関連携加算		1 あり	2 なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし

	(Ⅱ)	1 あり	2 なし
高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ)		1 あり	2 なし
高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)		1 あり	2 なし
生産性向上推進	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
体制加算	(Ⅱ)	1 あり	2 なし
サービス提供体制	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
強化加算	(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	(Ⅲ)	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
新興感染症等施設療養費		1 あり	2 なし
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)		1 あり	2 なし
職員の欠員による減算		1 あり	2 なし
身体拘束廃止取組の有無		1 減算型	2 基準型
高齢者虐待防止措置実施の有無		1 減算型	2 基準型
業務継続計画策定の有無		1 減算型	2 基準型
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) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	村田内科医院
		住所	山形市十日町4丁目7-23 メディカルプラザ十日町3F
		診療科目	内科・消化器科
		協力科目	内科・消化器科
		協力内容	<p>目 的：有料老人ホーム利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合に連絡を取り合い必要な措置を協力して講じるものである。</p> <p>連携内容：</p> <p>①利用者に病状の急変が生じた場合、適切な助言及び指示をする。</p> <p>② 利用者の健康関連情報を定期的にDrに提供し、指導助言を仰ぐ。とくに主治医の希望がない場合、健康診断や相談に応じる。</p>

	2	名称	小松胃腸科内科クリニック
		住所	山形市吉原 2－4－1 9
		診療科目	内科・消化器内科
		協力科目	内科・消化器内科
		協力内容	目 的：有料老人ホーム利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合に連絡を取り合い必要な措置を協力して講じるものである。 連携内容： ①利用者に病状の急変が生じた場合、適切な助言及び指示をする。 ② 利用者の健康関連情報を定期的に D r に提供し、指導助言を仰ぐ。とくに主治医の希望がない場合、健康診断や相談に応じる。
協力歯科医療機関		名称	鈴木歯科クリニック
		住所	山形市南栄町 1－3－3 3
		協力内容	目 的：有料老人ホーム利用者に歯科・口腔領域における病変の急変が生じた場合、その他必要な場合に連絡を取り合い必要な措置を協力して講じるものである。 連携内容：①利用者の歯科・口腔領域における病変の急変が生じた場合、適切な助言及び指示をする。②利用者の健康関連情報を定期的に D r に提供し、指導・助言を仰ぐ。

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者は介護保険の要支援・要介護の認定を受けた方を対象 ・利用者は原則として60歳以上であること ・利用者は自炊ができない程度の身体機能の低下等が認められ、又は高齢者のため独立して生活するには不安が認められる者とする。 		
契約解除の内容	<p>(契約の終了)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約者がなくなられた時 ・要支援認定又は要介護認定により契約者の心身の状況が自立と判定された場合 ・入居契約が終了した場合 ・事業者が破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した時 ・施設の滅失や重大な毀損によりサービスの提供が不可能になった場合 ・施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合 		

	<p>(契約者からの中途解約)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約者は、本契約の有効期間中に本契約を解約することができる。この場合、契約者は契約終了を希望する日の 7 日前までに事業者へ通知するものとする。 ・契約者は、利用料が変更になる際に同意出来ない場合や契約者が入院した場合、本契約を即時に解約することが出来る。 <p>(契約者からの契約解除)</p> <p>事業者もしくはサービス従事者が以下の事項に該当する場合には、本契約を解除することができる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める特定施設サービスを実施しない場合 2、事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に反した場合 3、事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体、財産、信用等を傷付け、又は著しい不信行為その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合 4、他の利用者が契約者の身体、財産、信用等を傷付けた場合、もしくは傷付けられる恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>(事業者からの契約解除)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 ・契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命、身体、財産、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
	解約予告期間	ヶ月
入居者からの解約予告期間	7 日前	
体験入居の内容	<div>1</div> あり (内容：食費 1790 円 他サービス費 0 円/1 泊) <div>2</div> なし	
入居定員	4 4 人	
その他		

5. 職員体制（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数※ ¹
	合計	常勤	非常勤	※ ²
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	21			
介護職員	17	16	1	16.4
看護職員	4	3	1	3.3
機能訓練指導員	1	1		0.2
計画作成担当者	2	2		0.5
栄養士	1	1		1
調理員	5	5		5
事務員	1	1		1
その他職員	5		5	1.9
1週間のうち、常勤の従業員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。				
※ ² 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	12	12	
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	3	2	1
介護支援専門員	1	1	

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師	1		
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16 時～ 9 時 30 分)		
	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	2 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※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2. 1 : 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		1							
前年度 1 年間の退職者数			2	2					1		
業務に従事した経験年数に応じた職員人数	1年未満	1	1	1	1			1			
	1年以上 3年未満	1		1		1				1	
	3年以上 5年未満			2							
	5年以上 10 年未満									1	
	10 年以上	1		1 1	1						

従業者の健康診断の実施状況	1 あり	2 なし
---------------	------	------

6. 利用料金（利用料金の支払い方法）

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	1 減額あり 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	
	手続き	

（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	要介護1	要介護5
	年齢	85 歳	91 歳
居室の状況	床面積	16.02 m ²	16.28 m ²
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	200,000 円	200,000 円
月額費用の合計		173,840 円	181,910 円
サービス費用	家賃	65,000 円	65,000 円
	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	16,140 円 (1割負担の場合)	24,210 円 (1割負担の場合)
	介護保険外※ ² の食費	53,700 円	53,700 円
	管理費	39,000 円	39,000 円
	介護費用	円	円
	光熱水費	円	円
	その他	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	近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として 65,000 と設定。
敷金	200,000 円
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	近傍同種の管理費相当額と比較して妥当な額として 39,000 円と設定。
食費	1 日 1,790 円×30 日で計算
光熱水費	—
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2、4
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	11人
	女性	33人
年齢別	65 歳未満	0人
	65 歳以上 75 歳未満	1人
	75 歳以上 85 歳未満	2人
	85 歳以上	41人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	3人
	要支援 2	6人
	要介護 1	7人
	要介護 2	13人
	要介護 3	5人
	要介護 4	6人
	要介護 5	4人
入居期間別	6 ヶ月未満	2人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4人
	1 年以上 5 年未満	23人
	5 年以上 10 年未満	12人
	10 年以上 15 年未満	2人
	15 年以上	1人

(入居者の属性)

平均年齢	92.6歳
入居者数の合計	44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	2人
	医療機関	2人
	死亡者	3人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	7人
		(解約事由の例) 長期入院、他介護保険施設への入所、看取り

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		ソーレ吉原 苦情受付窓口
電話番号		023-646-5666
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		無し

窓口の名称		山形市役所介護保険課
電話番号		023-641-1212
対応している時間	平日	8:30~17:15
定休日		土曜・日曜・祝日 12/29~1/3

窓口の名称		山形県国民健康保険団体連合会 介護保険課
電話番号		0237-87-8006
対応している時間	平日	9:00~16:00
定休日		土曜・日曜・祝日

(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) ・基本保障(純粋経済損失、身体障害、財物損壊合計) ・人格権侵害 ・管理受託物に関する損害賠償金(内現金、貴重品) ・初期対応費用
	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) サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。ただし、施設の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではない。
	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	令和4年12月
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

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

10. その他

運営懇談会	1 <input type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 2回
	2 <input type="checkbox"/> なし	
	1 <input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	2 <input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 <input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名:)	2 <input type="checkbox"/> なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし	3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 <input type="checkbox"/> あり	2 <input type="checkbox"/> なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 <input type="checkbox"/> あり	2 <input type="checkbox"/> なし
合致しない事項がある場合の内容		
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 <input type="checkbox"/> 適合している (代替措置)	
	2 <input type="checkbox"/> 適合している (将来の改善計画)	
	3 <input type="checkbox"/> 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添2 (個別選択による介護サービス一覧表)

別添3 (介護保険に係る利用料)

別添4 (ソーレ吉原 料金表)

様

説明年月日

年

月

日

説明者署名

私は本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意し、これを受領しました。

【利用者】

【家族代表者兼身元引受人】

氏名

印

氏名

印

(代筆者

(続柄：

別添1 事業主体が山形市内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	ソーレホーム前田 ソーレホーム江俣 ソーレホーム寒河江 ソーレホーム吉原 ソーレホーム城南 ソーレヒルズ花楸	山形市前田14-8 山形市嶋南1-1-2 寒河江市越井坂町142-1 山形市若宮2-9-12 山形市城南3-3-26 山形市花楸2-18-78-101号
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	ソーレ江俣 ソーレホーム天童	山形市江俣1-9-15 山形市天童桜町1-7
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者介護	あり	なし	ソーレ前田 ソーレ寒河江 ソーレ中桜田 ソーレ天童	山形市前田町14-5 寒河江市大字寒河江字月越1-2 山形市中桜田2-12-7 天童市田鶴町3-5-11
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		
地域密着型通所介護	あり	なし	ソーレホーム天童 ソーレ江俣	山形市天童桜町1-7 山形市江俣1-9-15
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	ソーレホーム中桜田 ソーレホーム西田	山形市中桜田2-9-18 山形市西田3-15-45
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		
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	ソーレケアセンター花楸	山形市花楸2-18-78-101号
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		

介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	ソーレ江俣 ソーレホーム天童	山形市江俣 1-9-15 山形市天童桜町 1-7
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	ソーレ前田 ソーレ寒河江 ソーレ中桜田 ソーレ天童	山形市前田町 14-5 寒河江市大字寒河江字月越 1-2 山形市中桜田 2-12-7 天童市田鶴町 3-5-11
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	ソーレホーム天童 ソーレ江俣	山形市天童桜町 1-7 山形市江俣 1-9-15
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ソーレホーム中桜田 ソーレホーム西田	山形市中桜田 2-9-18 山形市西田 3-15-45
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		
<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		
通所型サービス	あり	なし		
その他の生活支援サービス	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									
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）			個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2		都度※2	備考
								料金※3	
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		○		近隣市町村所在の医療機関
生活サービス									
居室清掃	なし		あり	なし	あり				
リネン交換	なし		あり	なし	あり		○		2,000 円/月（税別）
日常の洗濯	なし		あり	なし	あり		○		4,500 円/月（税別）
居室配膳・下膳	なし		あり	なし	あり				

ご契約者の皆様へ

契約締結の前に
＜ご入居に際してのお願い＞

この度は、介護付有料老人ホーム ソーレ吉原へのご入居をご検討・お申しいただきありがとうございます。

ソーレ吉原では、運営の円滑な推進のために、ご入居に際しまして次の事項についてご理解とご協力をお願いしております。

① 事故等の責任について

ソーレ吉原では、ご入居者の皆様に安全にお過ごしいただくためにスタッフ一同、日々最善の注意をもって対応しておりますが、時として通常の予測を超える、思いがけない出来事が発生する場合があります。例えば、

「歩行困難があるにも拘らず、自力で移動しようとした結果の転倒による骨折」

「肺炎等の罹患による緊急入院」

「入居者同士のトラブルによる負傷」等。

そこで通常の介護対応を超えて発生した事故等については、責任を追いかねる場合もあることを、予めご理解いただきたくよろしくお願いします。

ただし、指定特定施設入居者生活介護利用契約書・指定介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書 第12条※1に基づきソーレ吉原の責めに帰すべき事由（職員の不適切な介護方法等）により発生した事故の責任は、言うまでもなく当施設にあり、賠償を含めた対応をさせていただきます。なお、そうした事態に疑義が生じた場合は、相互に協議し誠意をもって事態の処理にあたります。

※1 H28年1月1日以前に特定施設入居者生活介護の利用契約を結ばれた方については、第13条となります。

② 貴重品等の取扱いについて

高価な金品等、貴重品のお持込はご遠慮下さい。ご自身での管理が困難な場合、破損や紛失の責任を追いかねますのでご理解をお願いします。

③ 館内設備の破損・汚損の弁償について

ご入居者の行動に起因して、館内の設備・備品等に破損汚損があった際、実費を負担していただく場合があります。

④ ご家庭の問題、ご親族の問題に関わることについて

ご家庭やご親族の事情による問題等は、施設として対応できかねますので、ご家族間、ご親族間で調整・解決して下さいますようお願いいたします。

例えば、ご家族間の合意が無いままにご入居に至った場合、「誰々には面会させないで欲しい」「電話で様子を教えて欲しい」といった、対応に苦慮する状況の事です。入居者様の生活のご様子や施設からのご連絡等につきましては、原則ご契約者様または身元引受人様に説明させていただきます。

別添 3 介護保険に係る利用料

要介護認定の 結果	特定施設入居者生活介護費		利用者自己負担					
			1割		2割		3割	
	1日	30日	1日	30日	1日	30日	1日	30日
要支援1	1,830円	54,900円	183円	5,490円	366円	10,980円	549円	16,470円
要支援2	3,130円	93,900円	313円	9,390円	626円	18,780円	939円	28,170円
要介護1	5,420円	162,600円	542円	16,260円	1,084円	32,520円	1,626円	48,780円
要介護2	6,090円	182,700円	609円	18,270円	1,218円	36,540円	1,827円	54,810円
要介護3	6,790円	203,700円	679円	20,370円	1,358円	40,740円	2,037円	61,110円
要介護4	7,440円	223,200円	744円	22,320円	1,488円	44,640円	2,232円	66,960円
要介護5	8,130円	243,900円	813円	24,390円	1,626円	48,780円	2,439円	73,170円

※各利用者の自己負担割合は、介護保険負担割合証に記載された負担割合が適用されます

※上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本料も自動的に改訂されます

各種加算	特定施設入居者生活介護費		利用者自己負担					
			1割		2割		3割	
	1日	30日	1日	30日	1日	30日	1日	30日
夜間看護体制加算(Ⅱ)	90円	2,700円	9円	270円	18円	540円	27円	810円
・看護職員が24時間連絡できる体制を確保し、夜間緊急時には医療機関と連携して対応している場合に算定 ・要介護1～5の方のみ算定								
協力医療機関連携加算	1,000円/月		100円/月		200円/月		300円/月	
・看護職員が利用者の健康状態を継続的に記録し、協力医療機関又は主治医に月1回以上情報提供をした場合に算定 ・情報提供日前30日以内において利用日数が14日未満である場合には算定しない								
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220円	6,600円	22円	660円	44円	1,320円	66円	1,980円
・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上の場合算定								
退院・退所時連携加算	300円	9,000円	30円	900円	60円	1,800円	90円	2,700円
・医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れた場合に算定(入居から30日以内に限り) ・要介護1～5の方のみ算定								
退居時情報提供加算	2,500円/回		250円/回		500円/回		750円/回	
・入居者等が医療機関へ退居した場合に算定 ・退居後の医療機関に対して入居者を紹介する際、入居者の同意を得て、心身の状況・生活歴等を示す情報を提供した場合に算定(1人につき1回に限り)								
若年性認知症入居者受入加算	1,200円	36,000円	120円	3,600円	240円	7,200円	360円	10,800円
・受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定めている場合算定								
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	加算率 12.8%							
・介護職員の賃金改善を図るため、職員の待遇改善に取り組んだ場合に算定 ・所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定								

看取り介護加算	死亡日以前31～45日			
	720円	72円	144円	216円
	死亡日以前4～30日			
	1,440円	144円	288円	432円
	死亡日前日及び前々日			
	6,800円	680円	1,360円	2,040円
	死亡日			
	12,800円	1,280円	2,560円	3,840円
<ul style="list-style-type: none"> ・医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した者であること ・医師・生活相談員・看護職員・介護職員・介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む）であること ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む）であること ・施設サービス計画の作成にあたり、本人（その家族等が説明を受けた上で、同意しているものを含む）の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めていること ・夜間看護体制加算を算定していること ・その他施設基準に準じる ・要介護1～5の方のみ算定 				

※要支援の方は夜間看護体制加算、退院・退所時連携加算、看取り介護加算は非該当となります

※介護保険法令等の変更があった場合には、上記の当該利用料・加算が変更になることがあります

※月額負担の上限があります

別添 4 料金表

項目	料金	備考
月額家賃（非課税）	65,000円 /月	近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として設定
管理費	39,000円 /月	共通施設等の維持管理、事務費、生活サービス等に係わる人件費等
食 費	53,700円 /月 ※1日1,790円×30日で計算	治療食は通常食と同じ料金。但し通常食とは別の食材を使用した場合や特別食は実費
敷 金	200,000円	入居契約から生じる債務の担保
退去時定額精算	32,000円	居室清掃・消毒等の費用 （その他修繕必要な場合は別途負担） ※6ヶ月未満で退居された際は実費精算
洗濯代（税別） リネン費（税別） ベッド代	4,500円 /月 2,000円 /月 3,000円 /月	入居日数により日割りする場合あり 洗濯物のうち、大型の物や水洗いできない物、アイソンのりづけが必要なものは別途クリーニング代として請求（別紙参照）
訪問理美容代	カット 実費 カラー 実費 顔剃り 実費	月1回実施
レクリエーション・お茶代	実費（平均1,000円/月）	お茶代・レクリエーション材料代等
おむつ代	実費	持ち込み可。施設で購入した場合別途請求（別紙参照）
通院介助・同行買物付添い介助（税別）	2,780円 /時 + 交通費実費 夜間割増料金 6:00-9:00、18:00-23:00 3,614円/時 23:00-6:00 4,170円/時	提携医療機関以外へ通院した場合
買物代行（税別）	1,530円 /時	
健康診断	実費	年1回実施。提携医療機関または希望の医療機関にて実施
有料サービス	トレットペーパー（12ロール） 420円 ティッシュペーパー（5箱） 420円 トイレ用洗剤（本体） 240円 （詰替） 130円 シャンプー（本体） 600円 （詰替） 400円 コンディショナー（本体） 600円 （詰替） 400円 ボディソープ（本体） 700円 （詰替） 500円 洗濯用洗剤（本体） 500円 （詰替） 400円 複写物の交付（1枚） 10円 FAX代（1回） 50円	利用者希望により提供