

## 重要事項説明書

Ver 1.3

|           |                |
|-----------|----------------|
| 記入年月日     | 2025 年 7 月 1 日 |
| 記入者名      | 戸高 照仁          |
| 所属・職名     | 有限会社ひだまりの家 社長  |
| 取込種別      | 1 追加           |
| 被災確認事業所番号 |                |

### 1 事業主体概要

|            |                                      |     |       |               |    |             |             |
|------------|--------------------------------------|-----|-------|---------------|----|-------------|-------------|
| 種類         | 2 法人                                 |     |       |               |    |             |             |
|            | ※法人の場合、その種類                          |     |       | 5 営利法人        |    |             |             |
| 名称         | (ふりがな) ゆうげんがいしゃひだまりのいえ<br>有限会社ひだまりの家 |     |       |               |    |             |             |
| 法人番号       | 法人番号有無                               |     |       | 1 有           |    |             |             |
|            | 法人番号                                 |     |       | 5350002013472 |    |             |             |
| 主たる事務所の所在地 | 〒                                    | 882 | -     | 0033          |    |             |             |
|            | 宮崎県延岡市川原崎町 8 4 番地 1                  |     |       |               |    |             |             |
| 連絡先        | 電話番号                                 |     | 0982  | -             | 23 | -           | 9077        |
|            | FAX番号                                |     | 0982  | -             | 23 | -           | 9078        |
|            | メールアドレス                              |     |       |               |    | hidajin5940 | @ gmail.com |
|            | ホームページ有無                             |     | 2 無   |               |    |             |             |
|            | ホームページアドレス                           |     |       |               |    |             |             |
| 代表者        | 氏名                                   |     | 戸高 照仁 |               |    |             |             |
|            | 職名                                   |     | 代表取締役 |               |    |             |             |
| 設立年月日      | 2003                                 | 年   | 9     | 月             | 1  | 日           |             |
| 主な実施事業     | ※別添1（別の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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ こもれびのさと |
|----|------------------------------------|

|               |                   |     |                                                   |            |    |   |           |
|---------------|-------------------|-----|---------------------------------------------------|------------|----|---|-----------|
| 名称            | 住宅型有料老人ホーム こもればの里 |     |                                                   |            |    |   |           |
| 所在地           | 〒                 | 882 | -                                                 | 0033       |    |   |           |
|               | 宮崎県延岡市川原崎町9-7番地   |     |                                                   |            |    |   |           |
| 所在地（建物名等）     |                   |     |                                                   |            |    |   |           |
| 市区町村コード       | 都道府県              | 宮崎県 | 市区町村                                              | 452033 延岡市 |    |   |           |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅               |     | 延岡                                                |            | 駅  |   |           |
|               | 交通手段と所要時間         |     | 延岡駅より車で5分、国道10号線沿い昭和町交番より入り、100m先を左折、熊野神社を右折し2軒目。 |            |    |   |           |
| 連絡先           | 電話番号              |     | 0982                                              | -          | 26 | - | 7201      |
|               | FAX番号             |     | 0982                                              | -          | 26 | - | 7202      |
|               | メールアドレス           |     | hidajin5940                                       |            |    | @ | gmail.com |
|               | ホームページ有無          |     | 2 無                                               |            |    |   |           |
|               | ホームページアドレス        |     |                                                   |            |    |   |           |
| 管理者           | 氏名                |     | 戸高 和子                                             |            |    |   |           |
|               | 職名                |     | 施設長                                               |            |    |   |           |
| 建物の竣工日        |                   |     | 2006                                              | 年          | 1  | 月 | 31 日      |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                   |     | 2019                                              | 年          | 6  | 月 | 1 日       |

（類型）【表示事項】

|             |            |  |  |   |  |   |   |
|-------------|------------|--|--|---|--|---|---|
| 類型          | 3 住宅型      |  |  |   |  |   |   |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号  |  |  |   |  |   |   |
|             | 指定した自治体名   |  |  |   |  |   |   |
|             | 事業所の指定日    |  |  | 年 |  | 月 | 日 |
|             | 指定の更新日（直近） |  |  | 年 |  | 月 | 日 |

3 建物概要

|  |      |        |                |
|--|------|--------|----------------|
|  | 敷地面積 | 797.46 | m <sup>2</sup> |
|--|------|--------|----------------|

|         |                |                 |                     |                     |          |                |   |   |   |
|---------|----------------|-----------------|---------------------|---------------------|----------|----------------|---|---|---|
| 土地      | 所有関係           | 2 事業者が賃借する土地    |                     |                     |          |                |   |   |   |
|         |                | 2 事業者が賃借する土地の場合 |                     |                     |          |                |   |   |   |
|         |                | 賃貸の種別           |                     | 1 普通貸借              |          |                |   |   |   |
|         |                | 抵当権の有無          |                     | 1 あり                |          |                |   |   |   |
|         |                | 契約期間            |                     | 1 あり                |          |                |   |   |   |
|         |                |                 |                     | 開始                  |          |                |   |   |   |
|         |                |                 |                     | 2019                | 年        | 5              | 月 | 1 | 日 |
|         |                |                 |                     | 終了                  |          |                |   |   |   |
|         |                | 2048            | 年                   | 4                   | 月        | 30             | 日 |   |   |
|         |                | 契約の自動更新         |                     | 1 あり                |          |                |   |   |   |
| 建物      | 延床面積           |                 | 全体                  |                     | 229.74   | m <sup>2</sup> |   |   |   |
|         |                |                 | うち、老人ホーム部分          |                     | 204.21   | m <sup>2</sup> |   |   |   |
|         | 耐火構造           |                 | 3 その他               |                     |          |                |   |   |   |
|         |                |                 | 3 その他の場合            |                     |          |                |   |   |   |
|         | 構造             |                 | 3 木造                |                     |          |                |   |   |   |
|         |                |                 | 4 その他の場合            |                     |          |                |   |   |   |
|         | 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の場合     |                     |          |                |   |   |   |
|         |                |                 | 賃貸の種別               |                     |          |                |   |   |   |
|         |                |                 | 抵当権の有無              |                     |          |                |   |   |   |
| 契約期間    |                |                 |                     |                     |          |                |   |   |   |
|         |                |                 | 開始                  |                     |          |                |   |   |   |
|         |                |                 |                     | 年                   |          | 月              |   | 日 |   |
|         |                |                 | 終了                  |                     |          |                |   |   |   |
|         | 年              |                 | 月                   |                     | 日        |                |   |   |   |
| 契約の自動更新 |                |                 |                     |                     |          |                |   |   |   |
| 居室の状況   | 居室区分<br>【表示事項】 |                 | 2 相部屋あり             |                     |          |                |   |   |   |
|         |                |                 | 2 相部屋ありの場合          |                     |          |                |   |   |   |
|         |                |                 | 最少                  |                     | 1        | 人部屋            |   |   |   |
|         | 最大             |                 | 2                   | 人部屋                 |          |                |   |   |   |
|         |                | トイレ             | 浴室                  | 面積                  | 戸数・室数    | 区分             |   |   |   |
|         | タイプ1           | 2 無             | 2 無                 | 9.48 m <sup>2</sup> | 1        | 1 一般居室個室       |   |   |   |
|         | タイプ2           | 2 無             | 2 無                 | 9.5 m <sup>2</sup>  | 1        | 1 一般居室個室       |   |   |   |
|         | タイプ3           | 2 無             | 2 無                 | 6.63 m <sup>2</sup> | 2        | 1 一般居室個室       |   |   |   |
| タイプ4    | 2 無            | 2 無             | 5.32 m <sup>2</sup> | 1                   | 1 一般居室個室 |                |   |   |   |

|             |                      |           |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
|-------------|----------------------|-----------|----|-----------------|---|-------|----------------|---|----|---|---------|
|             | タイプ5                 | 2         | 無  | 2               | 無 | 11.3  | m <sup>2</sup> | 1 |    | 2 | 一般居室相部屋 |
|             | タイプ6                 | 2         | 無  | 2               | 無 | 10.93 | m <sup>2</sup> | 1 |    | 2 | 一般居室相部屋 |
|             | タイプ7                 |           |    |                 |   |       | m <sup>2</sup> |   |    |   |         |
|             | タイプ8                 |           |    |                 |   |       | m <sup>2</sup> |   |    |   |         |
|             | タイプ9                 |           |    |                 |   |       | m <sup>2</sup> |   |    |   |         |
|             | タイプ10                |           |    |                 |   |       | m <sup>2</sup> |   |    |   |         |
| 共用施設        | 共用便所における<br>便房       | 2         | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房  |   |       |                | 2 | ヶ所 |   |         |
|             |                      |           |    | うち車椅子等の対応が可能な便房 |   |       |                | 2 | ヶ所 |   |         |
|             | 共用浴室                 | 1         | ヶ所 | 個室              |   |       |                | 1 | ヶ所 |   |         |
|             |                      |           |    | 大浴場             |   |       |                | 0 | ヶ所 |   |         |
|             | 共用浴室における<br>介護浴槽     | 0         | ヶ所 | チェアー浴           |   |       |                |   | ヶ所 |   |         |
|             |                      |           |    | リフト浴            |   |       |                |   | ヶ所 |   |         |
|             |                      |           |    | ストレッチャー浴        |   |       |                |   | ヶ所 |   |         |
|             |                      |           |    | その他             |   |       |                |   | ヶ所 |   |         |
|             | 食堂                   | 1 あり      |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
|             | 入居者や家族が利用<br>できる調理設備 | 2 なし      |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
| エレベーター      | 4 なし                 |           |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
| 消防用設備<br>等  | 消火器                  | 1 あり      |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
|             | 自動火災報知設備             | 1 あり      |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
|             | 火災通報設備               | 1 あり      |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
|             | スプリンクラー              | 1 あり      |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
|             | 防火管理者                | 1 あり      |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
|             | 防災計画                 | 1 あり      |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
| 緊急通報装<br>置等 | 居室                   | 1 全ての居室あり |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
|             | 便所                   | 1 全ての便所あり |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
|             | 浴室                   | 1 全ての浴室あり |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
|             | その他                  |           |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
|             |                      |           |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |
| その他         |                      |           |    |                 |   |       |                |   |    |   |         |

#### 4 サービスの内容 (全体の方針)

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | <p>① 入居者の居住スペースの安全性確保や見守りサービスを通して、安心して日常生活が送れるようにサービスの提供を行うものとします。</p> <p>② 自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。</p> <p>③ サービス提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、入居者又はその家族に対し、サービス提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。</p> <p>④ 常に入居者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入居者又はその家族に対し、適切な相談援助及び助言を行います。</p> <p>⑤ 入居者が日常生活において介護が必要になった場合は、介護サービス一覧表に示すサービスの提供により日常生活の援助及び支援を行います。その他、介護保険サービスが必要な場合は、外部からの介護サービス事業者にサービスの提供を依頼するものとします。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>① 私達は、その人の潜在する能力や可能性を見出し、その人らしく生活していけるように支援します。</p> <p>② 私達は、その人を知り、その人の気持ちになって、その人らしくゆったりと生活が送れる介護をします。</p> <p>③ 私達は、安全安楽に過ごしていただくために、なじみの場所で事故が起こらないように良い環境づくりを目指します。</p>                                                                                                                                                                                                                                  |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 食事の提供           | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 洗濯・掃除等の家事の供与    | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 健康管理の供与         | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 安否確認又は状況把握サービス  | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 生活相談サービス        | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

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

|                                                         |               |  |
|---------------------------------------------------------|---------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無                          | 入居継続支援加算（Ⅰ）   |  |
|                                                         | 入居継続支援加算（Ⅱ）   |  |
|                                                         | 生活機能向上連携加算（Ⅰ） |  |
|                                                         | 生活機能向上連携加算（Ⅱ） |  |
| ※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 | 個別機能訓練加算（Ⅰ）   |  |
|                                                         | 個別機能訓練加算（Ⅱ）   |  |
|                                                         | ADL維持等加算（Ⅰ）   |  |

と受け入れている体制と連携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。

※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。

|                       |        |  |
|-----------------------|--------|--|
| ADL維持等加算（Ⅱ）           |        |  |
| 夜間看護体制加算（Ⅰ）           |        |  |
| 夜間看護体制加算（Ⅱ）           |        |  |
| 若年性認知症入居者受入加算         |        |  |
| 協力医療機関連携加算（Ⅰ）<br>（※１） |        |  |
| 協力医療機関連携加算（Ⅱ）<br>（※１） |        |  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算        |        |  |
| 口腔衛生管理体制加算（※２）        |        |  |
| 科学的介護推進体制加算           |        |  |
| 退院・退所時連携加算            |        |  |
| 退居時情報提供加算             |        |  |
| 看取り介護加算（Ⅰ）            |        |  |
| 看取り介護加算（Ⅱ）            |        |  |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ）          |        |  |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ）          |        |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）     |        |  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）     |        |  |
| 新興感染症等施設療養費           |        |  |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）        |        |  |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）        |        |  |
| サービス提供体制強化加算          | （Ⅰ）    |  |
|                       | （Ⅱ）    |  |
|                       | （Ⅲ）    |  |
|                       | （Ⅰ）    |  |
|                       | （Ⅱ）    |  |
|                       | （Ⅲ）    |  |
|                       | （Ⅳ）    |  |
|                       | （Ⅴ）（１） |  |
|                       | （Ⅴ）（２） |  |
|                       | （Ⅴ）（３） |  |
|                       | （Ⅴ）（４） |  |

|                      |             |               |     |
|----------------------|-------------|---------------|-----|
|                      | 介護職員等処遇改善加算 | (V)(5)        |     |
|                      |             | (V)(6)        |     |
|                      |             | (V)(7)        |     |
|                      |             | (V)(8)        |     |
|                      |             | (V)(9)        |     |
|                      |             | (V)(10)       |     |
|                      |             | (V)(11)       |     |
|                      |             | (V)(12)       |     |
|                      |             | (V)(13)       |     |
|                      |             | (V)(14)       |     |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 |             |               |     |
|                      |             | 1 ありの場合       |     |
|                      |             | (介護・看護職員の配置率) | : 1 |

(医療連携の内容)

|                |                       |                    |          |
|----------------|-----------------------|--------------------|----------|
| 医療支援<br>※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配             |          |
|                | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い           |          |
|                | <input type="radio"/> | 通院介助               |          |
|                | <input type="radio"/> | その他                | 訪問診療医の確保 |
| 1              | 名称                    | 大貫診療所              |          |
|                | 住所                    | 宮崎県延岡市大貫町3丁目754番地1 |          |
|                | 診療科目                  | 内科・外科              |          |
|                | 協力科目                  | 内科・外科              |          |

|        |   |      |                               |   |    |  |
|--------|---|------|-------------------------------|---|----|--|
| 協力医療機関 |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | 1 | あり |  |
|        |   |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   | 1 | あり |  |
|        | 2 | 名称   |                               |   |    |  |
|        |   | 住所   |                               |   |    |  |
|        |   | 診療科目 |                               |   |    |  |
|        |   | 協力科目 |                               |   |    |  |
|        |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |   |    |  |
|        |   |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   |   |    |  |
|        | 3 | 名称   |                               |   |    |  |
|        |   | 住所   |                               |   |    |  |
|        |   | 診療科目 |                               |   |    |  |
|        |   | 協力科目 |                               |   |    |  |
|        |   | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |   |    |  |
|        |   |      | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   |   |    |  |
|        |   | 名称   |                               |   |    |  |

|  |                             |                   |                               |       |  |
|--|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|-------|--|
|  | 4                           | 住所                |                               |       |  |
|  |                             | 診療科目              |                               |       |  |
|  |                             | 協力科目              |                               |       |  |
|  |                             | 協力内容              | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |       |  |
|  | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 |                   |                               |       |  |
|  | 5                           | 名称                |                               |       |  |
|  |                             | 住所                |                               |       |  |
|  |                             | 診療科目              |                               |       |  |
|  |                             | 協力科目              |                               |       |  |
|  | 協力内容                        |                   | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |       |  |
|  |                             | 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 2                             | なし    |  |
|  | 1                           |                   |                               | ありの場合 |  |
|  |                             |                   | 医療機関の名称                       |       |  |
|  |                             |                   | 医療機関の住所                       |       |  |

|          |   |      |                           |
|----------|---|------|---------------------------|
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称   | みらいデンタルクリニック              |
|          |   | 住所   | 宮崎県延岡市出北四丁目 2 4 3 2 - 1   |
|          |   | 協力内容 | 入居者の緊急医療及び外来受診、訪問診療での治療協力 |
|          | 2 | 名称   |                           |
|          |   | 住所   |                           |
|          |   | 協力内容 |                           |

（入居後に居室を住み替える場合） ※住み替えを行っていない場合は省略可能

|                          |  |            |  |
|--------------------------|--|------------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 |  | 一時介護室へ移る場合 |  |
|                          |  | 介護居室へ移る場合  |  |
|                          |  | その他        |  |
| 判断基準の内容                  |  |            |  |
| 手続きの内容                   |  |            |  |
| 追加的費用の有無                 |  |            |  |
| 居室利用権の取扱い                |  |            |  |
| 前払金償却の調整の有無              |  |            |  |

|                      |        |                                                                                                                               |
|----------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 従前の居室<br>との仕様の<br>変更 | 面積の増減  |                                                                                                                               |
|                      | 便所の変更  |                                                                                                                               |
|                      | 浴室の変更  |                                                                                                                               |
|                      | 洗面所の変更 |                                                                                                                               |
|                      | 台所の変更  |                                                                                                                               |
|                      | その他の変更 | 1 ありの場合 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 5px auto; text-align: center;">(変更内容)</div> |

(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                                  | 2 なし                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                    | 要支援の者                                    | 2 なし                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                    | 要介護の者                                    | 1 あり                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 留意事項               | 原則として年齢60歳以上の高齢者とする。                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 契約解除の内容            | ・入居者が死亡した場合<br>・入居者が解約した場合（契約書24条、25条参照） |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 事業主体から解約を求め<br>る場合 | 解約条項                                     | ・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>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。<br>・入居契約書第20条の規定に違反したとき。<br>・入居者の行動が、他の入居者又は従業者の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法ではこれを防止することができないとき。<br>・甲が連続して1ヶ月を超えて病院等に入院（長期不在）すると見込まれる場合、もしくは入院（長期不在）したとき。<br>・その他は別紙入居契約書を参照。 |
|                    | 解約予告期間                                   | 2 ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 入居者からの解約予告期間       | 1                                        | 1 ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                    | 1 あり                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|         |   |       |                          |
|---------|---|-------|--------------------------|
| 体験入居の内容 | 1 | ありの場合 |                          |
|         |   | (内容)  | 施設生活の体験 (3,000円／1泊 食事代別) |
| 入居定員    | 9 |       | 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  |     |                 |
| 生活相談員                                                                                                                             |           |    |     |                 |
| 直接処遇職員                                                                                                                            | 4         | 2  | 2   |                 |
| 介護職員                                                                                                                              | 3         | 2  | 1   |                 |
| 看護職員                                                                                                                              | 1         |    | 1   |                 |
| 機能訓練指導員                                                                                                                           |           |    |     |                 |
| 計画作成担当者                                                                                                                           |           |    |     |                 |
| 栄養士                                                                                                                               |           |    |     |                 |
| 調理員                                                                                                                               |           |    |     |                 |
| 事務員                                                                                                                               | 1         |    | 1   |                 |
| その他職員                                                                                                                             |           |    |     |                 |
| 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。<br>※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 |     |
|-----------|----|----|-----|-----|-----|
|           |    | 常勤 | 非常勤 | 常勤  | 非常勤 |
| 社会福祉士     |    |    |     |     |     |
| 介護福祉士     | 2  | 1  |     | 1   |     |
| 実務者研修の修了者 |    |    |     |     |     |
| 初任者研修の修了者 | 1  | 1  |     |     |     |
| 介護支援専門員   |    |    |     |     |     |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|-------------|----|----|-----|-----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 | 常勤  | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   |    |    |     |     |     |
| 理学療法士       |    |    |     |     |     |
| 作業療法士       |    |    |     |     |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |     |     |
| 柔道整復士       |    |    |     |     |     |
| 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 | ( 17 時 0 分 ~ 9 時 0 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     | 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<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】            |  |     |
|                                                             | 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                                              | ホームの職員数                          |  | 人   |
|                                                             | 訪問介護事業所の名称                       |  |     |

|                                                      |            |  |
|------------------------------------------------------|------------|--|
| ある有料老人ホームの介護サービス提供体制<br>(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) | 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     |            |        |     | 2    なし |     |         |     |         |     |  |
|                                                                  |                 | 業務に係る<br>資格等 | 1    あり    |        |     |         |     |         |     |         |     |  |
|                                                                  |                 |              | 1    ありの場合 | 資格等の名称 |     |         |     |         |     | 看護師     |     |  |
|                                                                  |                 |              |            |        |     |         |     |         |     |         |     |  |
|                                                                  |                 | 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                                                      |                 |              |            |        | 2   |         |     |         |     |         |     |  |
| 応業<br>じ務<br>たに<br>職従<br>員事<br>のし<br>人た<br>数経<br>験<br>年<br>数<br>に | 1 年未満           |              |            |        |     |         |     |         |     |         |     |  |
|                                                                  | 1 年以上<br>3 年未満  |              |            |        |     |         |     |         |     |         |     |  |
|                                                                  | 3 年以上<br>5 年未満  |              |            |        |     |         |     |         |     |         |     |  |
|                                                                  | 5 年以上<br>10 年未満 |              |            | 2      |     |         |     |         |     |         |     |  |
|                                                                  | 10 年以上          |              | 1          |        | 1   |         |     |         |     |         |     |  |
| 従業者の健康診断の実施状況                                                    |                 |              | 1    あり    |        |     |         |     |         |     |         |     |  |

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               |               |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】 | 3 月払い方式               |               |  |
|                      | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択 |               |  |
|                      |                       | 全額前払い方式       |  |
|                      |                       | 一部前払い・一部月払い方式 |  |
| 年齢に応じた金額設定           | 2                     |               |  |
|                      |                       | なし            |  |

|                            |     |                                                                                                                      |
|----------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 要介護状態に応じた金額設定              |     | 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 |     | 2 日割り計算で減額                                                                                                           |
|                            |     | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合<br>不在期間が 日以上                                                                           |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 施設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して料金改定を行う。                                                                              |
|                            | 手続き | 運営懇談会を開催して、料金改定について説明を行う。その際、出席者の意見を聴いて、料金の承諾をする場合は、新たな料金に基づく重要事項説明書を作成し、お互いに取り交わす。また、料金改定を承諾しない場合は、この契約を解約することができる。 |

（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             |      |  | 要介護 2  |                | 要介護 1  |                |   |
|            | 年齢               |      |  | 80     | 歳              | 78     | 歳              |   |
| 居室の状況      | 床面積              |      |  | 6.63   | m <sup>2</sup> | 11.3   | m <sup>2</sup> |   |
|            | 便所               |      |  | 2      | 無              | 2      | 無              |   |
|            | 浴室               |      |  | 2      | 無              | 2      | 無              |   |
|            | 台所               |      |  | 2      | 無              | 2      | 無              |   |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金              |      |  | 0      | 円              | 0      | 円              |   |
|            | 敷金               |      |  | 0      | 円              | 0      | 円              |   |
| 月額費用の合計    |                  |      |  | 76,000 | 円              | 71,000 | 円              |   |
| 家賃         |                  |      |  | 12,000 | 円              | 7,000  | 円              |   |
| サービス費用     | 特定施設入居者生活介護※1の費用 |      |  |        | 円              |        | 円              |   |
|            | 介護保険外※2          | 食費   |  |        | 42,000         | 円      | 42,000         | 円 |
|            |                  | 管理費  |  |        | 15,000         | 円      | 15,000         | 円 |
|            |                  | 介護費用 |  |        | 0              | 円      | 0              | 円 |
|            |                  | 光熱水費 |  |        | 7,000          | 円      | 7,000          | 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)

| 費目                            | 算定根拠                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃                            | <p>地代、修繕費、借り入れ利息等を含む総費用を、近隣の賃料との比較も含め勘案して、一人当たりとして、月当たりの費用を算出。<br/> 月額：個室A 12,000円、個室B 16,000円、個室C 22,000円、個室D 7,000円、2人部屋 7,000円（1名分）<br/> ※ 月の途中で入居、退去した場合のみ下記の日額計算とする。<br/> 個室A 400円／日、個室B 540円／日、個室C 740円／日<br/> 個室D 240円／日、2人部屋 240円／日（1名分）</p>                                                                                        |
| 敷金                            | 家賃の 0 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。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 管理費                           | <p>共用施設の維持管理費、夜間見守り等における人件費、事務費等。<br/> 月額：15,000円<br/> ※ 月の途中で入居、退去した場合のみ日額計算とする。500円／日</p>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 食費                            | <p>人件費、食材費に基づく費用。<br/> 1日当たり：1,400円（朝食350円、昼食500円、夕食500円、おやつ代50円）<br/> 1月当たり：42,000円（30日で計算）</p>                                                                                                                                                                                                                                            |
| 光熱水費                          | <p>一人当たりの平均的な使用料で算出。月額：7,000円<br/> ※ 月の途中で入居、退去及び医療機関等へ入院した場合のみ日額計算とする。240円／日<br/> ※ 個別に家電製品を持ち込む場合は別途負担あり。50円／日<br/> ※ 居室にテレビを設置する場合は、入居者によるNHKへの手続きが必要となります。下記の「NHK受信料の窓口」等より手続きをお願いします。ホームページアドレス：<a href="https://www.nhk-nhk-cs.jp/jushinryo/">https://www.nhk-nhk-cs.jp/jushinryo/</a><br/> NHKふれあいセンター（ナビダイヤル） 0570-077-077 9：00</p> |
| 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 | 別紙「その他の費用一覧表」に記載。 |
|-------------|-------------------|

（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※に対する自己負担額                      |      |
| 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） |      |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |      |

（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

|                                     |                    |    |
|-------------------------------------|--------------------|----|
| 算定根拠                                |                    |    |
| 想定居住期間（償却年月数）                       |                    | ヶ月 |
| 償却の開始日                              | 入居日                |    |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） |                    | 円  |
| 初期償却率                               |                    | %  |
| 返還金の算定方法                            | 入居後 3 月以内の契約終了     |    |
|                                     | 入居後 3 月を超えた契約終了    |    |
| 前払金の保                               |                    |    |
|                                     | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 |    |

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 全先 |  | 名称 |  |
|----|--|----|--|

## 7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

### （入居者の人数）

|       |            |   |   |
|-------|------------|---|---|
| 性別    | 男性         | 3 | 人 |
|       | 女性         | 6 | 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      | 6 | 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      | 2 | 人 |
|       | 要介護 2      | 3 | 人 |
|       | 要介護 3      | 4 | 人 |
|       | 要介護 4      | 0 | 人 |
|       | 要介護 5      | 0 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 2 | 人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 2 | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 4 | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 1 | 人 |
|       | 10年以上15年未満 | 0 | 人 |
|       | 15年以上      | 0 | 人 |

### （入居者の属性）

|                                                 |      |   |
|-------------------------------------------------|------|---|
| 平均年齢                                            | 87.4 | 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 9    | 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）

|         |        |   |   |
|---------|--------|---|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等    | 0 | 人 |
|         | 社会福祉施設 | 3 | 人 |
|         | 医療機関   | 0 | 人 |
|         | 死亡     | 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 | 3                                         | 人 |
|         |          | (解約事由の例)<br>・ 特別養護老人ホームや他の有料老人ホームへ転出するため。 |   |

## 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)

窓口1

|          |       |                   |   |   |    |   |    |      |   |   |  |
|----------|-------|-------------------|---|---|----|---|----|------|---|---|--|
| 窓口の名称    |       | 住宅型有料老人ホーム　こもれびの里 |   |   |    |   |    |      |   |   |  |
| 電話番号     |       | 0982              | - |   | 26 | - |    | 7201 |   |   |  |
| 対応している時間 | 平日    | 9                 | 時 | 0 | 分  | ～ | 17 | 時    | 0 | 分 |  |
|          | 土曜    | 9                 | 時 | 0 | 分  | ～ | 17 | 時    | 0 | 分 |  |
|          | 日曜・祝日 | 9                 | 時 | 0 | 分  | ～ | 17 | 時    | 0 | 分 |  |
| 定休日      |       | なし                |   |   |    |   |    |      |   |   |  |

窓口2

|          |       |           |   |    |    |   |    |      |    |   |  |
|----------|-------|-----------|---|----|----|---|----|------|----|---|--|
| 窓口の名称    |       | 宮崎県長寿介護課  |   |    |    |   |    |      |    |   |  |
| 電話番号     |       | 0985      | - |    | 26 | - |    | 7058 |    |   |  |
| 対応している時間 | 平日    | 8         | 時 | 30 | 分  | ～ | 17 | 時    | 15 | 分 |  |
|          | 土曜    |           | 時 |    | 分  | ～ |    | 時    |    | 分 |  |
|          | 日曜・祝日 |           | 時 |    | 分  | ～ |    | 時    |    | 分 |  |
| 定休日      |       | 土日祝日年末年始等 |   |    |    |   |    |      |    |   |  |

窓口3

|          |       |                       |   |    |   |      |    |   |    |   |
|----------|-------|-----------------------|---|----|---|------|----|---|----|---|
| 窓口の名称    |       | 宮崎県国民健康保険団体連合会　苦情相談窓口 |   |    |   |      |    |   |    |   |
| 電話番号     |       | 0985                  | － | 25 | － | 4901 |    |   |    |   |
| 対応している時間 | 平日    | 8                     | 時 | 30 | 分 | ～    | 17 | 時 | 15 | 分 |
|          | 土曜    |                       | 時 |    | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
|          | 日曜・祝日 |                       | 時 |    | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
| 定休日      |       | 土日祝日年末年始等             |   |    |   |      |    |   |    |   |

#### 窓口4

|          |       |   |   |   |   |   |  |   |
|----------|-------|---|---|---|---|---|--|---|
| 窓口の名称    |       |   |   |   |   |   |  |   |
| 電話番号     |       |   | - |   | - |   |  |   |
| 対応している時間 | 平日    | 時 |   | 分 | ～ | 時 |  | 分 |
|          | 土曜    | 時 |   | 分 | ～ | 時 |  | 分 |
|          | 日曜・祝日 | 時 |   | 分 | ～ | 時 |  | 分 |
| 定休日      |       |   |   |   |   |   |  |   |

#### 窓口5

|          |       |   |   |   |   |   |   |   |
|----------|-------|---|---|---|---|---|---|---|
| 窓口の名称    |       |   |   |   |   |   |   |   |
| 電話番号     |       |   | - |   |   | - |   |   |
| 対応している時間 | 平日    | 時 |   | 分 | ～ |   | 時 | 分 |
|          | 土曜    | 時 |   | 分 | ～ |   | 時 | 分 |
|          | 日曜・祝日 | 時 |   | 分 | ～ |   | 時 | 分 |
| 定休日      |       |   |   |   |   |   |   |   |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

|               |         |                                                               |
|---------------|---------|---------------------------------------------------------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 あり    |                                                               |
|               | 1 ありの場合 |                                                               |
|               | その内容    | サービス提供上の事故により入居者の生命・身体、財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き保険適用内で賠償されます。 |
|               | 1 あり    |                                                               |
|               | 1 ありの場合 |                                                               |

|                               |      |      |                        |
|-------------------------------|------|------|------------------------|
| 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 |      | その内容 | 上記保険にて誠意を持って速やかに対応します。 |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 1 あり |      |                        |

(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    |           |  |
|                                  | 1    ありの場合 |           |  |
|                                  | 実施日        | 2025/3/31 |  |
|                                  | 結果の開示      | 2    なし   |  |
| 第三者による評価の実施状況                    | 2    なし    |           |  |
|                                  | 1    ありの場合 |           |  |
|                                  | 実施日        |           |  |
|                                  | 評価機関名称     |           |  |
|                                  | 結果の開示      |           |  |

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 |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書  | 3 公開していない  |
| 財務諸表の要旨  | 3 公開していない  |
| 財務諸表の原本  | 3 公開していない  |

10 その他

|       |             |            |   |
|-------|-------------|------------|---|
| 運営懇談会 | 1 あり        |            |   |
|       | 1 ありの場合     |            |   |
|       |             | (開催頻度) 年 1 | 回 |
|       | 2 なしの場合     |            |   |
|       | 1 代替措置ありの場合 |            |   |
|       |             | (内容)       |   |

|                         |                                                          |        |   |                                                                                                                                                                                                                                          |       |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|--------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 高齢者虐待防止のための<br>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                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                         | 指針の整備                                                    |        | 1 | あり                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                         | 研修の定期的な実施                                                |        | 1 | あり                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                         | 担当者の配置                                                   |        | 1 | あり                                                                                                                                                                                                                                       |       |
| 身体的拘束等の適正化の<br>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                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                         | 指針の整備                                                    |        | 1 | あり                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                         | 研修の実施                                                    |        | 1 | あり                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                         | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束<br>その他の入居者の行動を制限する行為<br>（身体的拘束等）を行うこと |        | 2 | なし                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                         |                                                          |        | 1 | ありの場合<br><div>             身体的拘束<br/>             等を行う場<br/>             合の態様及<br/>             び時間、入<br/>             居者の状況<br/>             並びに緊急<br/>             やむを得な<br/>             い場合の理<br/>             由の記録           </div> |       |
| 業務継続計画の策定状況<br>等        | 感染症に関する業務継続計画（BCP）                                       |        | 1 | あり                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                         | 災害に関する業務継続計画（BCP）                                        |        | 1 | あり                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                         | 職員に対する周知の実施                                              |        | 1 | あり                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                         | 定期的な研修の実施                                                |        | 1 | あり                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                         | 定期的な訓練の実施                                                |        | 1 | あり                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|                         | 定期的な業務継続計画の見直し                                           |        | 1 | あり                                                                                                                                                                                                                                       |       |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】     | 2                                                        |        |   |                                                                                                                                                                                                                                          | なし    |
|                         | 1                                                        |        |   |                                                                                                                                                                                                                                          | ありの場合 |
|                         |                                                          | 提携ホーム名 |   |                                                                                                                                                                                                                                          |       |

|                                                          |                   |                                              |                       |
|----------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------|-----------------------|
| 有料老人ホーム設置時の<br>老人福祉法第29条第1項<br>に規定する届出                   |                   | 1 あり                                         |                       |
| 高齢者の居住の安定確保<br>に関する法律第5条第1<br>項に規定するサービス付<br>き高齢者向け住宅の登録 |                   | 2 なし                                         |                       |
| 有料老人ホーム設置運営<br>指導指針「5. 規模及び<br>構造設備」に合致しない<br>事項         |                   | 1 あり                                         |                       |
|                                                          |                   | 1 ありの場合                                      |                       |
|                                                          |                   | 合致しない事項が<br>ある場合の内容                          | 一般居室の床面積が10.65㎡以下である。 |
|                                                          |                   | 「6. 既存建築物<br>等の活用の場合等<br>の特例」への適合<br>性       | 1 適合している（代替措置）        |
| 有料老人ホーム設置運営<br>指導指針の不適合事項                                |                   | ○居室が個室でない（居室の一部）<br>○一般居室の面積が10.65㎡未満（居室の一部） |                       |
|                                                          | 不適合事項がある<br>場合の内容 |                                              |                       |

備考



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等

| 介護サービスの種類        | 有無  | 主な事業所の名称   | 所在地             | 併設 | 隣接 |
|------------------|-----|------------|-----------------|----|----|
| <居宅サービス>         |     |            |                 |    |    |
| 訪問介護             | 2 無 |            |                 |    |    |
| 訪問入浴介護           | 2 無 |            |                 |    |    |
| 訪問看護             | 2 無 |            |                 |    |    |
| 訪問リハビリテーション      | 2 無 |            |                 |    |    |
| 居宅療養管理指導         | 2 無 |            |                 |    |    |
| 通所介護             | 1 有 | 有限会社ひだまりの家 | 宮崎県延岡市川原崎町84番地1 |    |    |
| 通所リハビリテーション      | 2 無 |            |                 |    |    |
| 短期入所生活介護         | 2 無 |            |                 |    |    |
| 短期入所療養介護         | 2 無 |            |                 |    |    |
| 特定施設入居者生活介護      | 2 無 |            |                 |    |    |
| 福祉用具貸与           | 2 無 |            |                 |    |    |
| 特定福祉用具販売         | 2 無 |            |                 |    |    |
| <地域密着型サービス>      |     |            |                 |    |    |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2 無 |            |                 |    |    |
| 夜間対応型訪問介護        | 2 無 |            |                 |    |    |
| 地域密着型通所介護        | 2 無 |            |                 |    |    |
| 認知症対応型通所介護       | 2 無 |            |                 |    |    |
| 小規模多機能型居宅介護      | 2 無 |            |                 |    |    |

|                      |     |            |                 |  |  |
|----------------------|-----|------------|-----------------|--|--|
| 認知症対応型共同生活介護         | 2 無 |            |                 |  |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | 2 無 |            |                 |  |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 無 |            |                 |  |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | 2 無 |            |                 |  |  |
| 居宅介護支援               | 1 有 | 有限会社ひだまりの家 | 宮崎県延岡市川原崎町98番地1 |  |  |
| <居宅介護予防サービス>         |     |            |                 |  |  |
| 介護予防訪問入浴介護           | 2 無 |            |                 |  |  |
| 介護予防訪問看護             | 2 無 |            |                 |  |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | 2 無 |            |                 |  |  |
| 介護予防居宅療養管理指導         | 2 無 |            |                 |  |  |
| 介護予防通所リハビリテーション      | 2 無 |            |                 |  |  |
| 介護予防短期入所生活介護         | 2 無 |            |                 |  |  |
| 介護予防短期入所療養介護         | 2 無 |            |                 |  |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | 2 無 |            |                 |  |  |
| 介護予防福祉用具貸与           | 2 無 |            |                 |  |  |
| 特定介護予防福祉用具販売         | 2 無 |            |                 |  |  |
| <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       | 2 無 |            |                 |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | 2 無 |            |                 |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | 2 無 |            |                 |  |  |

|                   |     |            |                 |  |  |
|-------------------|-----|------------|-----------------|--|--|
| 介護予防支援            | 2 無 |            |                 |  |  |
| <介護保険施設>          |     |            |                 |  |  |
| 介護老人福祉施設          | 2 無 |            |                 |  |  |
| 介護老人保健施設          | 2 無 |            |                 |  |  |
| 介護医療院             | 2 無 |            |                 |  |  |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> |     |            |                 |  |  |
| 訪問型サービス           | 2 無 |            |                 |  |  |
| 通所型サービス           | 1 有 | 有限会社ひだまりの家 | 宮崎県延岡市川原崎町84番地1 |  |  |
| その他生活支援サービス       | 2 無 |            |                 |  |  |

## 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 |                                   |                                 |      |      |               | 2 なし                                                      |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------|------|---------------|-----------------------------------------------------------|
|                                  | 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) | 個別の利用料金で、実施するサービス<br>(利用者が全額負担) |      |      |               | 備 考                                                       |
|                                  |                                   | 包含※2                            | 都度※2 | 料金※3 |               |                                                           |
| 介護サービス                           |                                   |                                 |      |      |               |                                                           |
| 食事介助                             |                                   | 1 あり                            | ○    |      |               | 見守り声かけ等を実施。直接介助が必要な場合は原則、介護保険サービスを利用。ただし、入居者の個別の状況等       |
| 排泄介助・おむつ交換                       |                                   | 1 あり                            | ○    |      |               | ただし、6：00～9：59、17：00～21：59までの時間は、施設での対応は実施しない。介護保険サービスを利用。 |
| おむつ代                             |                                   | 1 あり                            |      | ○    | 実費相当額         | 使用した分は、一月分まとめて請求。                                         |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     |                                   | 2 なし                            |      |      |               | 実施しない。介護保険サービスを利用。                                        |
| 特浴介助                             |                                   | 2 なし                            |      |      |               | 実施しない。介護保険サービスを利用。                                        |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    |                                   | 1 あり                            | ○    |      |               | ただし、6：00～9：59、17：00～21：59までの時間は、施設での対応は実施しない。介護保険サービスを利用。 |
| 機能訓練                             |                                   | 2 なし                            |      |      |               | 実施しない。介護保険サービスを利用。                                        |
| 通院介助                             |                                   | 1 あり                            |      | ○    | 1時間<br>1,000円 | 原則として、ご家族による対応とするが、緊急時やご家族の都合に応じて対応有。緊急時以外は事前予約が必要        |
| 口腔衛生管理                           |                                   | 2 なし                            |      |      |               | 実施しない。介護保険サービスを利用。                                        |
| 生活サービス                           |                                   |                                 |      |      |               |                                                           |
| 居室清掃                             |                                   | 1 あり                            | ○    |      |               | 毎日実施。                                                     |
| リネン交換                            |                                   | 1 あり                            | ○    |      |               | 週1回実施。その他、汚染時等に適宜実施                                       |
| 日常の洗濯                            |                                   | 1 あり                            |      | ○    | 3,850/月       | 開始日に関係なく月の定額。                                             |
| 居室配膳・下膳                          |                                   | 1 あり                            | ○    |      |               | 原則として食堂で食事をしていただくが、個別の状況により対応有。                           |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   | 1 あり                            | ○    |      |               | アレルギーや嚥下状態による食事形態の変更等のみ実施。                                |
| おやつ                              |                                   | 1 あり                            |      | ○    | 50/日          | 毎日15：00に提供。                                               |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   | 2 なし                            |      |      |               | 業者に委託（実費負担）。業者への予約連絡の対応有。                                 |
| 買い物代行                            |                                   | 1 あり                            |      | ○    | 1時間<br>1,000円 | 事前予約が必要。利用地域は延岡市内。1時間を超えるごとに1,000円を加算する。                  |
| 役所手続き代行                          |                                   | 1 あり                            |      | ○    | 1時間<br>1,000円 | 事前予約が必要。1時間を超えるごとに1,000円を加算する。                            |
| 金銭・貯金管理                          |                                   | 1 あり                            |      | ○    | 1,000/月       | 施設内等で使用する小口現金の管理のみ実施。その他は成年後見人制度等を利用。開始日に関係なく月の定額。        |
| 健康管理サービス                         |                                   |                                 |      |      |               |                                                           |
| 定期健康診断                           |                                   | 1 あり                            |      | ○    | 実費相当額         | 年に1回以上主治医による健康診断の協力対応有。                                   |
| 健康相談                             |                                   | 1 あり                            | ○    |      |               | 必要に応じて適宜実施。                                               |
| 生活指導・栄養指導                        |                                   | 1 あり                            | ○    |      |               | 必要に応じて適宜実施。                                               |
| 服薬支援                             |                                   | 1 あり                            | ○    |      |               | 必要に応じて適宜実施。                                               |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)                 |                                   | 1 あり                            | ○    |      |               | 必要に応じて適宜実施。                                               |
| 入退院時・入院中のサービス                    |                                   |                                 |      |      |               |                                                           |
| 入退院時の同行                          |                                   | 1 あり                            |      | ○    | 1時間<br>1,000円 | 原則としてご家族による対応とするが、ご家族の都合に応じて対応有。事前予約が必要（協力医療機関以外も同        |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    |                                   | 2 なし                            |      |      |               | 実施しない。病院等の提携先等を利用。又はご家族等が対応。                              |
| 入院中の見舞い訪問                        |                                   | 1 あり                            | ○    |      |               | 適宜実施。                                                     |

※1: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割～3割の利用者負担)。

※2: 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用サービス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。