

## 重要事項説明書

|           |                  |
|-----------|------------------|
| 記入年月日     | 2024 年 12 月 11 日 |
| 記入者名      | 郡家 浩二            |
| 所属・職名     | 生活相談員            |
| 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            | 3 医療法人                 |
| 名称         | けいせいかい<br>(ふりがな)       |                        |
|            | 啓正会                    |                        |
| 法人番号       | 法人番号有無                 | 1 有                    |
|            | 法人番号                   | 6310005001865          |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 851 - 2102           |                        |
|            | 長崎県西彼杵郡時津町浜田郷572       |                        |
| 連絡先        | 電話番号                   | 095 - 882 - 1225       |
|            | FAX番号                  | 095 - 882 - 1716       |
|            | メールアドレス                | @                      |
|            | ホームページ有無               | 1 有                    |
|            | ホームページアドレス             | http:// keiseikai.biz/ |
| 代表者        | 氏名                     | 清水啓宗                   |
|            | 職名                     | 理事長                    |
| 設立年月日      | 1977 年 10 月 15 日       |                        |
| 主な実施事業     | ※別紙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

|            |                                     |  |
|------------|-------------------------------------|--|
| 名称         | いりょうほうじん けいせいかい もん・さんながさき<br>(ふりがな) |  |
|            | 医療法人 啓正会 モン・サンながさき                  |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 851 - 2102                        |  |
|            | 長崎県西彼杵郡時津町浜田郷465                    |  |
|            |                                     |  |

|               |            |   |                |            |
|---------------|------------|---|----------------|------------|
| 所在地（建物名等）     |            |   |                |            |
| 市区町村コード       | 都道府県       | 長崎県   | 市区町村           | 423084 時津町 |
| 主たる事務所の所在地    | 最寄駅        | 浜田 駅  |                |            |
|               | 交通手段と所要時間  | ①バス利用の場合<br>・長崎バス（溝川行き）長崎駅前から40分、浜田停留所で下車、徒歩1分<br>②自動車の場合<br>・川平有料道路井手園インターチェンジより5分 |                |            |
| 連絡先           | 電話番号       | 095 -   | 865 -          | 8010       |
|               | FAX番号      | 095 -   | 865 -          | 7086       |
|               | メールアドレス    | monsannagasaki @ keiseikai.biz  |                |            |
|               | ホームページ有無   | 1 有   |                |            |
|               | ホームページアドレス | http://   | keiseikai.biz/ |            |
| 管理者           | 氏名         | 渡邊 勝平   |                |            |
|               | 職名         | 管理者   |                |            |
| 建物の竣工日        |            | 2012  | 年              | 3月 1日      |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 2012  | 年              | 4月 16日     |

（類型）【表示事項】

|            |                              |            |   |       |
|------------|------------------------------|------------|---|-------|
| 類型         | 1 介護付（一般型特設施設入居者生活介護を提供する場合） |            |   |       |
| 又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号                    | 4271102909 |   |       |
|            | 指定した自治体名                     | 長崎県        |   |       |
|            | 事業所の指定日                      | 2012       | 年 | 5月 1日 |
|            | 指定の更新日（直近）                   | 2024       | 年 | 5月 1日 |

|         |             |                 |                |  |
|---------|-------------|-----------------|----------------|--|
| 土地      | 敷地面積        | 1823.1          | m <sup>2</sup> |  |
|         | 所有関係        | 1 事業者が自ら所有する土地  |                |  |
|         |             | 2 事業者が貸借する土地の場合 |                |  |
|         |             | 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   |             |                 |                |  |
| 契約の自由更新 |             |                 |                |  |
| 延床面積    | 全体          | 3639.16         | m <sup>2</sup> |  |
|         | うち、老人ホーム部分  |                 | m <sup>2</sup> |  |
| 耐火構造    | 耐火建築物       |                 |                |  |
|         | 3 その他の場合    |                 |                |  |
| 構造      | 1 鉄筋コンクリート造 |                 |                |  |
|         | 4 その他の場合    |                 |                |  |

|                  |                |   |                 |                |                     |       |          |    |  |  |
|------------------|----------------|---|-----------------|----------------|---------------------|-------|----------|----|--|--|
| 建物               |                |   |                 |                |                     |       |          |    |  |  |
|                  | 所有関係           |   | 1 事業者が自ら所有する土地  |                |                     |       |          |    |  |  |
|                  |                |   | 2 事業者が貸借する土地の場合 |                |                     |       |          |    |  |  |
|                  |                |   | 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            |                |   |                 |                |                     |       |          |    |  |  |
| 契約の自由更新          |                |   |                 |                |                     |       |          |    |  |  |
| 居室の状況            | 居室区分<br>【表示事項】 |   | 1 全室個室（縁故者個室含む） |                |                     |       |          |    |  |  |
|                  |                |   | 2 相部屋ありの場合      |                |                     |       |          |    |  |  |
|                  |                |   | 最小              |                |                     |       | 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             | 2 無            | 18.9 m <sup>2</sup> | 92    | 1 一般居室個室 |    |  |  |
|                  | タイプ2           |   | 1 有             | 1 有            | 37.8 m <sup>2</sup> | 4     | 1 一般居室個室 |    |  |  |
|                  | タイプ3           |   |                 |                | m <sup>2</sup>      |       |          |    |  |  |
|                  | タイプ4           |   |                 |                | m <sup>2</sup>      |       |          |    |  |  |
|                  | タイプ5           |   |                 |                | m <sup>2</sup>      |       |          |    |  |  |
|                  | タイプ6           |   |                 |                | m <sup>2</sup>      |       |          |    |  |  |
|                  | 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             | 共用便所における便房     |   | 9               | ヶ所             | うち男女別の対応が可能な便房      |       | 8        | ヶ所 |  |  |
|                  |                |   |                 |                | うち車椅子等の対応が可能な便房     |       | 2        | ヶ所 |  |  |
|                  | 共用浴室           |   | 7               | ヶ所             | 個室                  |       | 6        | ヶ所 |  |  |
|                  |                |   |                 |                | 大浴場                 |       | 1        | ヶ所 |  |  |
|                  | 共用浴室における介護浴槽   |   | 1               | ヶ所             | チェアー浴               |       | 1        | 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できる調理設備 |                | 1 | あり              |                |                     |       |          |    |  |  |
| エレベーター           |                | 2 | あり（ストレッチャー対応）   |                |                     |       |          |    |  |  |
| 消防用設備等           | 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             |                     |       |          |    |  |  |
| 緊急通報装置等          | 居室区分<br>【表示事項】 |   | 1               | 全ての居室あり        |                     |       |          |    |  |  |
|                  | 便所             |   | 1               | 全ての便所あり        |                     |       |          |    |  |  |
|                  | 浴室             |   | 2               | 一部浴室あり         |                     |       |          |    |  |  |
|                  | 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        | 介護保険法令を遵守し、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、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うことにより、その利用者が有する能力に応じ、自立した生活を営むとができるよう支援することを目的としてサービスを提供します。また、サービス付き高齢者向け住宅として終の棲家としての役割を果たせるよう、ご利用者の立場に立って誠心誠意支援してゆけるよう努めてまいります。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 介護保険の認定を受けていない「自立」の方から要介護5までの方の受け入れを行っていません。施設内の介護支援専門員によりケアプランを作成させていただき、その計画に沿って介護サービスを提供します。ご自身でできることは継続して行っていただき、できないことを支援することで、「できていること」ができなくならないよう支援します。                                       |
| 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)                                       | 2 なし |
|                                | 入居継続支援加算 (II)                                      | 2 なし |
|                                | 生活機能向上連携加算 (I)                                     | 2 なし |
|                                | 生活機能向上連携加算 (II)                                    | 1 あり |
|                                | 個別機能訓練加算 (I)                                       | 1 あり |
|                                | 個別機能訓練加算 (II)                                      | 2 なし |
|                                | ADL維持等加算 (I)                                       | 2 なし |
|                                | ADL維持等加算 (II)                                      | 2 なし |
|                                | 夜間看護体制加算 (I)                                       | 2 なし |
|                                | 夜間看護体制加算 (II)                                      | 1 あり |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算                                      | 1 あり |
|                                | 協力医療機関連携加算<br>(相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合) | 1 あり |
| 協力医療機関連携加算                     |  |      |

|                      |                                       |               |     |    |
|----------------------|---------------------------------------|---------------|-----|----|
|                      | 協力の医療機関連携加算<br>(上記以外の協力医療機関と連携している場合) | 2             | なし  |    |
|                      | 口腔・栄養スクリーニング加算                        | 2             | なし  |    |
|                      | 科学的介護推進体制加算                           | 2             | なし  |    |
|                      | 退院・退所時連携加算                            | 1             | あり  |    |
|                      | 退去時情報提供加算                             | 1             | あり  |    |
|                      | 看取り介護加算 (I)                           | 2             | なし  |    |
|                      | 看取り介護加算 (II)                          | 2             | なし  |    |
|                      | 認知症専門ケア加算 (I)                         | 2             | なし  |    |
|                      | 認知症専門ケア加算 (II)                        | 2             | なし  |    |
|                      | 高齢者施設等感染対策向上加算 (I)                    | 1             | あり  |    |
|                      | 高齢者施設等感染対策向上加算 (II)                   | 2             | なし  |    |
|                      | 新興感染症等施設療養費                           | 1             | あり  |    |
|                      | 生産性向上推進体制加算 (I)                       | 2             | なし  |    |
|                      | 生産性向上推進体制加算 (II)                      | 2             | なし  |    |
|                      | サービス提供体制強化加算                          | (I)           | 2   | なし |
|                      |                                       | (II)          | 2   | なし |
|                      |                                       | (III)         | 1   | あり |
|                      | 介護職員等処遇改善加算                           | (I)           | 2   | なし |
|                      |                                       | (II)          | 2   | なし |
|                      |                                       | (III)         | 1   | あり |
|                      |                                       | (IV)          | 2   | なし |
|                      |                                       | (V) (1)       | 2   | なし |
|                      |                                       | (V) (2)       | 2   | なし |
|                      |                                       | (V) (3)       | 2   | なし |
|                      |                                       | (V) (4)       | 2   | なし |
| (V) (5)              |                                       | 2             | なし  |    |
| (V) (6)              |                                       | 2             | なし  |    |
| (V) (7)              |                                       | 2             | なし  |    |
| (V) (8)              |                                       | 2             | なし  |    |
| (V) (9)              |                                       | 2             | なし  |    |
| (V) (10)             |                                       | 2             | なし  |    |
| (V) (11)             | 2                                     | なし            |     |    |
| (V) (12)             | 2                                     | なし            |     |    |
| (V) (13)             | 2                                     | なし            |     |    |
| (V) (14)             | 2                                     | なし            |     |    |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 2                                     | なし            |     |    |
|                      | 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="checkbox"/> | 救急車の手配  |
|                | <input type="checkbox"/> | 入退院の付き添い  |
|                | <input type="checkbox"/> | 通院介助  |
|                |                          | その他   |
|                | 名称                       | 清水病院  |
|                | 住所                       | 長崎県西彼杵郡時津町浜田郷572                                  |
|                | 診療科目                     | 内科・外科・循環器科・整形外科・呼吸器科・胃腸科・放射線科・糖尿外来専門外来・リハビリテーション科 |

|            |      |                               |   |   |    |
|------------|------|-------------------------------|---|---|----|
| 協力医療<br>機関 | 1    | 診療科目                          |   |   |    |
|            |      | 協力科目                          | 内科・外科・循環器科・整形外科・呼吸器科・<br>胃腸科・放射線科・糖尿外来専門外来・リハビリ<br>テーション科 |   |    |
|            |      | 協力科目                          | 入所者の症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                          |   |   |    |
|            | 協力科目 | 入所者の症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       |      |                               |   |   |    |
|            |      | 入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |   |   |    |

|         |                             |      |                               |  |  |
|---------|-----------------------------|------|-------------------------------|--|--|
|         |                             | 協力内容 |                               |  |  |
|         |                             |      | 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   |  |  |
|         | 4                           | 名称   |                               |  |  |
|         |                             | 住所   |                               |  |  |
|         |                             | 診療科目 |                               |  |  |
|         |                             | 協力科目 |                               |  |  |
|         |                             | 協力内容 | 入所者の症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 | 入所者の症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 |      |                               |  |  |
|         | 新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携      | 1 あり |                               |  |  |
| 1 ありの場合 |                             |      |                               |  |  |
| 医療機関の名称 |                             | 清水病院 |                               |  |  |
| 医療機関の   | 尾崎町西佐佐木郡陸奥町新田郷579           |      |                               |  |  |

|              |   | 住所   |                      |
|--------------|---|------|----------------------|
| 協力歯科<br>医療機関 | 1 | 名称   | はつみ歯科                |
|              |   | 住所   | 長崎県西彼杵郡時津町西時津郷64-33  |
|              |   | 協力内容 | 加療が必要とされる場合、加療を行います。 |
|              | 2 | 住所   |                      |
|              |   | 名称   |                      |
|              |   | 協力内容 |                      |

(入居後に居室に住み替える場※住み替えを行っていない場合は省略可能)

|                      |  |   |  |
|----------------------|--|---|--|
| 入居後に居室に住み替える場合※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  | ・他入居者とのトラブル等による居室移動<br>・夫婦部屋利用中どちらか片方が退居となった場合に一人部屋への移動 |  |
| 判断基準の内容              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・他者とのトラブルがあり、今後その関係に改善する見込みがない場合。</li> <li>・他者とのトラブルにより、暴力行為等に繋がると施設が判断した場合。</li> </ul> |   |  |
| 手続きの内容               | 居室変更届へ、本人・身元引受人（保証人含む）の署名。   |   |  |
| 追加的費用の有無             | 1 あり   |   |  |
| 居室利用権の取扱い            |  |   |  |
| 前払金償却の調整の有無          | 2 なし   |   |  |
| 従前の居室との仕様の変更         | 面積の増減  | 1 あり  |  |
|                      | 便所の変更  | 1 あり  |  |
|                      | 浴室の変更  | 1 あり  |  |
|                      | 洗面所の変更   | 1 あり  |  |
|                      | 台所の変更  | 1 あり  |  |
|                      | その他の変更   | 2 なし  |  |
|                      |  | 1 ありの場合   |  |
|                      | (変更内容)   |   |  |

(入居に関する要件)

|                    |                               |   |    |
|--------------------|-------------------------------|---|----|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者                       | 1                                       | あり |
|                    | 要支援の者                         | 1                                       | あり |
|                    | 要介護の者                         | 1                                       | あり |
| 留意事項               | 65歳以上（特定疾病者は除く）               |   |    |
| 契約解除の内容            | 指定（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書の第5章へ記載 |   |    |
| 事業主体から解約を求める場合     | 協力科目                          | 指定（介護予防）特定施設入居者生活介護契約書の5章第2条へ記載         |    |
|                    | 解約予告期間                        | 3                                       | ヵ月 |
| 入居者からの解約予告期間       | 1                             | ヵ月                                      |    |
| 体験入居の内容            | 1 あり                          |   |    |
|                    | 1 ありの場合                       |   |    |
|                    | (内容)                          | 事前にご相談ください。<br>入居状況によっては、対応できない場合もあります。 |    |
| 入居定員               | 100                           | 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  |     | 1               |
| 生活相談    | 1        | 1  |     | 1               |
| 直接処遇職員  | 44       | 25 | 19  | 35.5            |
| 介護職員    | 39       | 20 | 19  | 30.5            |
| 看護職員    | 5        | 5  | 0   | 5               |
| 機能訓練指導員 | 6        | 6  | 0   | 6               |
| 計画作成担当者 | 2        | 2  |     | 2               |
| 栄養士     | 2        | 1  | 1   | 1.5             |
| 調理師     | 7        | 6  | 1   | 6.5             |
| 事務員     | 3        | 2  | 1   | 2.8             |
| 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 |   |
| 社会福祉士     | 0  | 0   | 0 |
| 介護福祉士     | 10 | 10  | 0 |
| 実務者研修の修了者 | 5  | 3   | 2 |
| 初任者研修の修了者 | 6  | 3   | 3 |
| 介護支援専門員   | 0  | 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   | 5  | 5   | 0 |
| 理学療法士       | 1  | 1   | 0 |
| 作業療法士       | 0  | 0   | 0 |
| 言語聴覚士       | 0  | 0   | 0 |
| 柔道整復師       | 0  | 0   | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0  | 0   | 0 |
| はり師         | 0  | 0   | 0 |
| きゅう師        | 0  | 0   | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

|          |                          |                 |   |
|----------|--------------------------|-----------------|---|
| 夜勤帯の設定時間 | ( 15 時 30 分 ~ 9 時 30 分 ) |                 |   |
|          | 平均人数                     | 最小時人数 (休憩者等を除く) |   |
| 看護職員     | 0 人                      | 0               | 人 |
| 介護職員     | 3 人                      | 3               | 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                                      | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】            | 一般型特定施設 |
|  | 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<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) | 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)

|          |      |
|----------|------|
| 他の職種との兼務 | 2 なし |
|----------|------|

|                |          |         |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
|----------------|----------|---------|-----|------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者            | 業務に係る資格等 | 1 ありの場合 |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
|                |          | 資格等の名称  |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
|                |          | 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    |          |         |     | 2    | 4   |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数    |          |         |     | 1    | 3   |       |     |         |     |         |     |
| に年業務に就いた職員の経験数 | 1年未満     |         |     | 2    | 1   |       |     |         |     |         |     |
|                | 1年以上     |         |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
|                | 3年未満     |         |     | 2    | 6   |       |     |         |     |         |     |
|                | 3年以上     |         |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
|                | 5年未満     |         |     | 4    | 5   | 1     |     | 1       |     | 1       |     |
|                | 5年以上     |         |     |      |     |       |     |         |     |         |     |
| 10年未満          |          |         | 9   | 8    |     |       |     |         | 1   |         |     |
| 10年以上          | 5        |         | 2   |      |     |       | 5   |         |     |         |     |
| 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【表示事項】              | 2 建物賃借方式                                   |                                |
| 利用料金の支払い方式【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                      |                                |
|                            | <input type="checkbox"/>                   | 全額前払い方式                        |
|                            | <input type="checkbox"/>                   | 一部前払い・一部月払い方式                  |
|                            | <input type="checkbox"/>                   | 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 | 1 減額なし                                     |                                |
|                            | 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   | 運営懇談会等にて入居者やその家族へ説明、または、書面で通知。 |
|                            | 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 | 要支援1 | 要介護2 |
|        | 年齢   | 82 歳 | 88 歳 |

|  |                |       |                |        |                |   |
|--|----------------|-------|----------------|--------|----------------|---|
| 居室の状況  | 床面積            | 18.9  | m <sup>2</sup> | 18.9   | m <sup>2</sup> |   |
|  | 便所             | 1     | 有              | 1      | 有              |   |
|  | 浴室             | 2     | 無              | 2      | 無              |   |
|  | 台所             | 1     | 有              | 1      | 有              |   |
| 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  |                | 87292 | 円              | 101548 | 円              |   |
| 家賃   |                | 38000 | 円              | 38000  | 円              |   |
| サービス費用   | 特定施設入居者生活介護※1の | 6292  | 円              | 20548  | 円              |   |
|  | 外介※2           | 食費    | 36000          | 円      | 36000          | 円 |
|  | 管理費            | 5000  | 円              | 5000   | 円              |   |
|  | 介護費用           |       | 円              |        | 円              |   |
|  | 光熱水費           | 2000  | 円              | 2000   | 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する介護費用は、同一法人によって提供されている介護サービスであっても、本欄には記入しない） |                |       |                |        |                |   |

(利用料金の算定根拠)

| 費目                            | 算定根拠                                       |
|-------------------------------|--|
| 家賃                            | 近辺の有料老人ホーム及び、賃貸住宅の家賃相当額を参照。                |
| 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。 | 介護サービス利用料金表に基づき、実費を徴収。                     |
| 管理費                           | リネン費、共用施設の維持管理費、事務費                        |
| 食費                            | 1日：1200円<br>1月：36000円                      |
| 光熱水費                          | 電気代：個別メーターにより使用量を確認し、実費を徴収。<br>水道代：2000円/月 |

|                      |  |
|----------------------|--|
|                      |  |
| 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          | おむつ代、理美容代、レクリエーションに関わる費用、その他個人的な支出費用<br>入居者本人が居室で使用されるテレビのNHK受診料及びテレビ電波等共同受診施設（CATV）利用については、各種業者と直接契約をおこなっていただきます。 |

（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                      | 要介護度に応じて介護費用の1～3割を徴 |
| 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） | 該当なし。               |
| ※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）                       |                    | ヵ月 |
| 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      |    |
| 前払金の保金先                             | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 |    |
|                                     | 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         | 33 | 人 |
|       | 女性         | 58 | 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0  | 人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 16 | 人 |
|       | 75歳以上85歳未満 | 25 | 人 |
|       | 85歳以上      | 50 | 人 |
| 要介護度別 | 自立         | 0  | 人 |
|       | 要支援 1      | 13 | 人 |
|       | 要支援 2      | 19 | 人 |
|       | 要介護 1      | 27 | 人 |
|       | 要介護 2      | 11 | 人 |
|       | 要介護 3      | 9  | 人 |
|       | 要介護 4      | 9  | 人 |
|       | 要介護 5      | 3  | 人 |
| 入居期間別 | 6カ月未満      | 14 | 人 |
|       | 6カ月以上1年未満  | 14 | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 30 | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 33 | 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   | 83.8 | 歳 |
| 入居者数の合計  | 91   | 人 |
| 入居率※   | 91   | % |
| ※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)

|  |          |    |   |
|--|----------|----|---|
| 退去先の人数   | 自宅等      | 1  | 人 |
|  | 社会福祉施設   | 2  | 人 |
|  | 医療機関     | 5  | 人 |
|  | 死亡       | 15 | 人 |
|  | その他      |    | 人 |
| 生前解約の状況  | 施設側の申し出  | 2  | 人 |
|  | 入居者側の申し出 | 1  | 人 |
| <p>(解約事由の例)</p> <p>ADL低下にて施設での入浴ができなくなった。<br/>認知症が進行し他入居者への迷惑行為が増え、他入居者からの苦情が頻発した。</p> |          |    |   |
| <p>(解約事由の例)</p> <p>家族と同居するために申し出あり。</p>  |          |    |   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

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    |       | 当施設苦情相談窓口         |             |
| 電話番号     |       | 095 - 865 - 8010  |             |
| 対応している時間 | 平日    | 9 時 0 分           | ～ 17 時 0 分  |
|          | 土曜    | 9 時 0 分           | ～ 12 時 30 分 |
|          | 日曜・祝日 | 時 分               | ～ 時 分       |
| 定休日      |       | 日・祝日、12/30～1/3    |             |
| 窓口 2     |       |                   |             |
| 窓口の名称    |       | 時津町高齢者支援課         |             |
| 電話番号     |       | 095 - 882 - 2211  |             |
| 対応している時間 | 平日    | 8 時 45 分          | ～ 17 時 30 分 |
|          | 土曜    | 時 分               | ～ 時 分       |
|          | 日曜・祝日 | 時 分               | ～ 時 分       |
| 定休日      |       | 土・日・祝日、12/29～1/3  |             |
| 窓口 3     |       |                   |             |
| 窓口の名称    |       | 長崎県国民健康保険団体連合会    |             |
| 電話番号     |       | 095 - 826 - 1599  |             |
| 対応している時間 | 平日    | 9 時 0 分           | ～ 17 時 0 分  |
|          | 土曜    | 時 分               | ～ 時 分       |
|          | 日曜・祝日 | 時 分               | ～ 時 分       |
| 定休日      |       | 土・日・祝日            |             |
| 窓口 4     |       |                   |             |
| 窓口の名称    |       | 苦情相談第三者委員 (櫻庭 健一) |             |
| 電話番号     |       | 095 - 882 - 9193  |             |
| 対応している時間 | 平日    | 8 時 30 分          | ～ 17 時 0 分  |
|          | 土曜    | 8 時 30 分          | ～ 12 時 30 分 |
|          | 日曜・祝日 | 時 分               | ～ 時 分       |
| 定休日      |       | 日・祝日、12/30～1/3    |             |
| 窓口 5     |       |                   |             |
| 窓口の名称    |       |                   |             |

|          |       |   |   |
|----------|-------|---|---|
| 電話番号     |       | - | - |
| 対応している時間 | 平日    | 時 | 分 |
|          | 土曜    | 時 | 分 |
|          | 日曜・祝日 | 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 | あいおいニッセイ同和損保<br>「施設事業者プラン」に加入 |
| 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                            |
|                               | 1    | ありの場合                         |
|                               | その内容 | あいおいニッセイ同和損保<br>「施設事業者プラン」に加入 |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価実施状況等)

|                                      |       |                     |
|--------------------------------------|-------|---------------------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者<br>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   | 令和6年9月26日～令和6年9月27日 |
|                                      | 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   |                     |
|                                      | 実施日   |                     |
|                                      | 結果の開示 |                     |

入居希望者への事前の情報開示

|          |   |          |
|----------|---|----------|
| 入居契約書の雛形 | 2 | 入居希望者に交付 |
| 管理規程     | 2 | 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書  | 2 | 入居希望者に交付 |
| 財務諸表の要旨  | 2 | 入居希望者に交付 |
| 財務諸表の原本  | 2 | 入居希望者に交付 |

その他

|                   |  |   |
|-------------------|--|---|
| 運営懇親会             | 1  | あり  |
|                   | 1  | ありの場合   |
|                   |  | (開催頻度) 年 1  |
|                   | 2  | なしの場合   |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況  | 1  | 代替措置ありの場合<br>(内容)   |
|                   | 高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開                                       | 1 あり  |
|                   | 指針の整備  | 1 あり  |
|                   | 研修の定期的な実施  | 1 あり  |
| 身体的拘束等廃止のための取組の状況 | 担当者の配置   | 1 あり  |
|                   | 身体拘束適正化委員会の  | 1 あり  |
|                   | 指針の整備  | 1 あり  |
|                   | 研修の実施  | 1 あり  |
| 業務継続計画の策定状況等      | 2  | なし  |
|                   | 1  | ありの場合   |
|                   | 緊急やむを得ない場合<br>に行う身体拘束<br>その他の入居者の行動<br>を制限する行為<br>(身体的拘束等) | 身体的拘束等<br>を行う場合の<br>態様、及び時<br>間、入居者の<br>状況並びに緊<br>急やむを得な<br>い場合の理由<br>の記録 |
|                   | 感染症に関する業務継<br>続契約 (BCP)                                    | 1 あり  |
|                   | 災害に関する業務継続<br>計画 (BCP)                                     | 1 あり  |
| 従業員に対する周知の<br>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老人福祉法第29条第1項に規定する届出               | 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要 |      |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり   |      |
| 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         | 2 なし   |      |
|  | 1 ありの場合  |      |
|  | 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                                   |      |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                        |  |      |
| 不適合事項のある場合の内容                                |  |      |

|  |
|--|
|  |
|--|

- 体験入居について
- ・希望時には相談に応じます。（入居状況や感染症等によりご希望に添えない場合もあります）

添付書類 : 別添1（別の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。