# 指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護
# 及び有料老人ホーム重要事項説明書

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 記入年月目 | |
| 記入者名 | | 所属・職名 | 昇陽館・ |

1．事業主体概要

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | | | |
| | 事業主体の名称 | 法人等の種類 | なし | (あり) | 社会福祉法人 |
| | | 名称 | (ふりがな) | さわやかかい<br>さわやか会 | |
| | 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒752-0989<br>下関市長府黒門南町6番54号 | | | |
| | 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 083－241－1500 | | |
| | | FAX番号 | 083－241－1501 | | |
| | | ホームページアドレス | なし | | |
| | | | (あり):http:// www.shinsetsu.net | | |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | | 氏名 | 村瀬　伸二 | | |
| | | 職名 | 理事長 | | |
| 事業主体の設立年月目 | | 2002年4月1日 | | | |

| 階 | 号室 | 定員 | 氏名 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 事業主体が当該都道府県内で実施する他の介護サービス | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所　在　地 |
| 〈居宅サービス〉 | | | | |
| 訪問介護 | (あり) | なし | 長府ケアハウスホームヘルプサービス | 下関市長府黒門南町6番53号 |
| 訪問入浴介護 | あり | (なし) | | |
| 訪問看護 | あり | (なし) | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | (なし) | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | (なし) | | |
| 通所介護 | (あり) | なし | 長府ケアハウスデイサービスセンター(他1ヵ所) | 下関市長府黒門南町6番54号 |
| 通所リハビリテーション | あり | (なし) | | |
| 短期入所生活介護 | あり | (なし) | | |
| 短期入所療養介護 | あり | (なし) | | |
| 特定施設入居者生活介護 | (あり) | なし | 有料老人ホーム昇陽館 | 下関市長府黒門南町6番54号 |
| 福祉用具貸与 | あり | (なし) | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | (なし) | | |
| 〈地域密着型サービス〉 | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | (なし) | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | (なし) | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | (なし) | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | (あり) | なし | グループホーム昇陽館 | 下関市長府黒門南町6番54号 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | (なし) | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | (なし) | | |
| 居宅介護支援 | (あり) | なし | 長府ケアハウス居宅介護支援センター | 下関市長府黒門南町6番55号 |
| 〈居宅介護予防サービス〉 | | | | |
| 介護予防訪問介護 | (あり) | なし | 長府ケアハウスホームヘルプサービス | 下関市長府黒門南町6番53号 |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | (なし) | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | (なし) | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | (なし) | | |
| 介護予防通所介護 | (あり) | なし | 長府ケアハウスデイサービスセンター(他1ヵ所) | 下関市長府黒門南町6番54号 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | (なし) | | |
| 短期入所生活介護 | あり | (なし) | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | (なし) | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | (あり) | なし | 有料老人ホーム昇陽館 | 下関市長府黒門南町6番54号 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | (なし) | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | (なし) | | |
| 〈地域密着型介護予防サービス〉 | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | (なし) | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | (なし) | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | (あり) | なし | グループホーム昇陽館 | 下関市長府黒門南町6番54号 |
| 介護予防支援 | あり | (なし) | | |
| 〈地域密着型介護予防サービス〉 | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | (なし) | | |
| 介護老人保健施設 | あり | (なし) | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | (なし) | | |

2. 施設概要

| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
|---|---|---|---|
| 施設の名称 | （ふりがな） | 有料老人ホーム昇陽館（ゆうりょうろうじん しょうようかん） | |
| 施設の所在地 | 〒752-0989 | | |
| | 山口県下関市長府黒門南町6番54号 | | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 083－241－1500 | |
| | FAX番号 | 083－241－1501 | |
| | | なし | |
| | | あり ： http://www.shinsetsu.net | |
| 施設の開設年月日 | | 平成14年4月1日 | |
| 施設の管理者の氏名及び職名 | 氏名 | 松岡　涼 | |
| | 職名 | 管理者 | |
| 施設までの主な利用交通手段 | | | |
| サンデン交通　黒門バス停徒歩3分　　中国自動車道下関ICより車で8分 | | | |
| 施設の類型及び表示事項 | 類型： 介護付有料老人ホーム(一般型特定施設入居者生活介護) | | |
| | 居住の権利形態： 利用権方式 | | |
| | 利用料の支払い方法： 月払い方式 | | |
| | 入居時の要件： 入居時要支援・要介護 | | |
| | 介護保険： 下関市指定介護保険特定施設（一般型特定施設）・介護予防特定施設 | | |
| | 介護居室区分： 個室、二人部屋、四人部屋 | | |
| | 介護にかかわる職員体制： 3:1以上 | | |
| 介護保険事業所番号 | 特定施設入居者生活介護事業所　下関市指定第3570101141号<br>介護予防特定施設入居者生活介護事業所　下関市指定第3570101141号 | | |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日)　（ )は介護予防特定施設 | | | |
| 事業の開始(予定)年月日 | 2002年4月1日　（2006年4月1日） | | |
| 指定の年月日 | 2002年4月1日　（2006年4月1日） | | |
| 指定の更新年月日 | 2020年4月1日　（2024年4月1日） | | |

3. 従業者に関する事項

| 職務内容 | |
|---|---|
| 管理者 | 所属職員を指揮監督し、施設の業務を総括するものとする。 |
| 生活相談員 | 利用者の生活向上に必要な生活指導・相談援助等に従事する。 |
| 看護職員 | 利用者の日常における健康管理・救急時の対応・医師との連携等の業務を行う。 |
| 機能訓練指導員 | 利用者の日常生活を営むのに、必要な機能の減退を防止する為の訓練を行う。 |
| 計画作成担当者 | 要支援者、要介護者の介護計画作成を業務とする。 |
| 介護職員 | 利用者の生活に係わる援助並びに清掃を行う。 |

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | |
| 管理者 | | 1 | | | 1 |
| 生活相談員 | 1 | | | | 1 |
| 看護職員 | 3 | | | | 3 |
| 介護職員 | 13 | 1 | 9 | 1 | 24 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | 1 |
| 計画作成担当者 | 1 | | | 1 | 2 |
| 栄養士 | 1 | | | | 1 |
| 調理員 | | | | | |
| 事務員 | 2 | | | | 2 |
| その他従業者 | | | 2 | | 2 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | 40 |

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | 1 | 1 | | |
| 介護福祉士 | 2 | | 3 | |
| 介護職員実務者研修 | 4 | | | |
| 介護職員初任者研修 | 10 | | 2 | |
| 認知症介護基礎研修 | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | 1 |

従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | | | |
| 作業療法士 | 1 | | | |
| 言語聴覚士 | | | | |
| 看護師及び准看護師 | | | | |
| 柔道整復士 | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | |

| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数 | | |
|---|---|---|
| | 最小時の人数（宿直の従事者を除いた人数） | 2名 （介護職員2名） |
| | 平均時の人数 | 2名 （16:00～9:00の時間帯） |

特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | |
| 生活相談員 | 1 | | | | 1 |
| 看護職員 | 3 | | | | 3 |
| 介護職員 | 13 | 1 | 9 | 1 | 23 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | 1 |
| 計画作成担当者 | 1 | | | 1 | 2 |
| その他従業者 | | | 2 | | 2 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | 40 |

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | 1 | 1 | | |
| 介護福祉士 | 2 | | 3 | |
| 介護職員実務者研修 | 4 | | | |
| 介護職員初任者研修 | 10 | | 2 | |
| 認知症介護基礎研修 | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | 1 |

従業者である機能訓練指導員が有している資格（看護職員が兼務）

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | | | |
| 作業療法士 | 1 | | | |
| 言語聴覚士 | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | |
| 柔道整復士 | | | | |
| | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 管理者の他の職務との兼務の有無 | | | (あり) |
| 管理者が有している当該業務に係る資格等 | なし | (あり) | 資格等の名称<br>介護福祉士 |

| | |
|---|---|
| 特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 | 2.48:1 |

※介護予防特定施設を併設する場合の人員算定ルール

・看護職員及び介護職員の合計数は、

①要介護者数が3又はその端数を増すごとに1以上

③要支援者の者の数が10又はその端数を増すごとに1以上、であること。

・具体的な換算の方法は次のとおりとする。

要介護者の入居者認定を受けている利用者の数に、要支援者として認定を受けている入居者1人を要介護者0.3人と換算して合計した入居者をもとに、3又はその端数を増すごとに1以上と算出するものとする。

要介護の入居者1＝「1」、要支援1の入居者1＝「0.3」

| 従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
| | 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 | 0 | 5 | 1 | 1 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | 1 | | 3 | 1 | 1 | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | | 3 | 5 | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | 3 | 1 | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 1 | 0 | 2 | 1 | | |
| 10年以上の者の人数 | 1 | 0 | 2 | 1 | | |

| | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
|---|---|---|---|---|
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 1 | | 1 | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | |
| 10年以上の者の人数 | | | | 1 |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | なし | あり |

4．.サービスの内容

| | | | |
|---|---|---|---|
| 施設の事業目的 | | | |
| 有料老人ホーム昇陽館は、業務の適切かつ円滑な執行と老人福祉法の理念及び介護保険関係法令基づき、利用者の処遇の充実並びに生活の安定を図り適正な（介護予防）指定特定施設入居者生活介護を提供することを目的とする。 | | | |
| 施設の運営に関する方針 | | | |
| 当施設の運営については、介護付「有料老人ホーム昇陽館」が居宅であることを踏まえつつ、高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供し、入居者が心豊かに、明るく生活できるよう配慮するものである。また、利用者の人格を尊重し、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え各個人に応じた適切なサービスに努める。 | | | |
| 介護サービスの内容、利用定員等 | | | |
| 個別機能訓練の実施(介護報酬の加算)の有無 | なし | (あり) | |
| 夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無 | (なし) | あり | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | (なし) | あり | |
| 医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | (あり) | |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（介護報酬の加算）の有無 | なし | (あり) | |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況 | 別紙 | | |
| 協力医療機関の名称 | 桃崎病院、はしもと内科医院、森山病院 | | |
| （協力の内容）<br>診療科目：内科、胃腸科<br>協力科目・内容：健康管理、緊急時の対応（投薬、注射などの医療行為は健康保険での実費） | | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | (あり) | その名称　むろまち歯科　足立の森歯科クリニック |
| （協力の内容）<br>月1回程度の訪問歯科検診を行う。<br>（医療費その他の費用は入居者の自己負担） | | | |
| 緊急時及び事故発生時の対応 | | | |
| 利用者の病状の急変等で利用者の安全確保が必要と認められる場合は、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を行う。 | | | |
| 要介護状態になった利用者を一時介護室において処遇する場合には、本人若しくは身元引受人等の意思を確認するとともに、主治医又は協力医療機関の意見を聴いて行うものとする。 | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | | | | | |
| | 要介護時に介護を行う場所 | | | | | | |
| | | 居室内・共有部分 | | | | | |
| | 入居後に居室を住み替える場合 | | | | | | |
| | | 一時介護室へ移る場合 | | | | | |
| | | | 判断基準・手続について | | | | |
| | | | | （その内容）<br>隔離して介護をした方が望ましい時に利用（2人部屋、4人部屋の入居者） | | | |
| | | | 追加的費用の有無 | | | なし | あり |
| | | | 居室利用権の取扱い | | | | |
| | | | | （その内容）<br>一時的に利用する共用施設であり、居室の利用権に変更はない。 | | | |
| | | | 入居一時金償却の調整の有無 | | | なし | あり |
| | | | 従前の居室からの面積の増減の有無 | | | なし | あり |
| | | | 従前居室との仕様の変更 | | | | |
| | | | | 便所の変更の有無 | | なし | あり |
| | | | | 浴室の変更の有無 | | なし | あり |
| | | | | 洗面所の変更の有無 | | なし | あり |
| | | | | 台所の有無 | | なし | あり |
| | | | | その他の変更の有無 | | なし | あり |
| | | | | | （その内容） | | |
| | | 介護居室へ移る場合 | | | | | |
| | | | 判断基準・手続について | | | | |
| | | | | （その内容）<br>全て介護居室のため移動は無し | | | |
| | | | 追加的費用の有無 | | | なし | あり |
| | | | 居室利用権の取扱い | | | | |
| | | | | （その内容） | | | |
| | | | 入居一時金償却の調整の有無 | | | なし | あり |
| | | | 従前の居室からの面積の増減の有無 | | | なし | あり |
| | | | 従前の居室との仕様の有無 | | | | |
| | | | | 便所の変更の有無 | | なし | あり |
| | | | | 浴室の変更の有無 | | なし | あり |
| | | | | 洗面所の変更の有無 | | なし | あり |
| | | | | 台所の有無 | | なし | あり |
| | | | | その他の変更の有無 | | なし | あり |
| | | | | | （その内容） | | |
| | | その他へ移る場合 | | | | なし | あり |
| | | | 判断基準・手続について | | | | |
| | | | | 親族で入居の2人部屋の利用者が、いずれか一方の死亡等により1人になったとき。利用者の身体機能低下、居室を変更することが適当と認められたとき。 | | | |
| | | | 追加的費用の有無 | | | なし | あり |
| | | | 居室利用権の取扱い | | | | |
| | | | | （その内容） | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 入居一時金償却の調整の有無 | | なし | (あり) |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | | なし | (あり) |
| 従前居室との仕様の変更 | | | |
| 便所の変更の有無 | | (なし) | あり |
| 浴室の変更の有無 | | (なし) | あり |
| 洗面所の変更の有無 | | (なし) | あり |
| 台所の有無 | | (なし) | あり |
| その他の変更の有無 | | (なし) | あり |
| (その内容) | | | |

施設の入居に関する要件

| | | |
|---|---|---|
| 自立している者を対象 | (なし) | あり |
| 要支援の者を対象 | なし | (あり) |
| 要介護の者を対象 | なし | (あり) |

留意事項

原則、介護保険法における要支援1、要支援2、要介護1から要介護5までの認定を受けた65歳以上の高齢者及び第2号被保険者。

施設利用にあたっての留意事項

入居者の心得

入居者は共同生活の施設であることを考慮し他の入居者に迷惑のかからないよう心がけなければならない。また、施設の諸行事、レクリエーション等に参加協力するよう努力することとする。

外出及び外泊

入居者は、外出又は外泊しようとするときは、外出届又は外泊届けに所要事項を記入し、届け出るものとする。

来訪者

入居者は、来訪者があったときは、その都度来訪者名簿に記入し届け出るものとする。
　来訪者が入居者の居室または外来宿泊室に宿泊しようとするときは、必ず管理者の承認を受けなければならない。

環境整備

入居者は、できるかぎり居室を清潔に整理、整頓して良好な環境と衛生の保持に努めなければならない。

身上変更の届出

入居者は、入居後の身上に関する重要な事項に変更が生じたときは、その旨を速やかに届

融和と信頼

入居者は、相互に親睦と信頼を深め、よき隣人として融和し、他人の人権を無視するような言動のないように努める。

居室内の造作

入居者は、管理者の承認を得ずに、居室の形状を変更するような造作を加えてはならない。

承認を必要とする事項

入居者は次の各号に掲げる行為をしようとするときは、あらかじめ管理者の承認を得なければならない。
(1)敷地内に造作等をしようとするとき。
(2)敷地内に自転車・自動車等を保有しようとするとき。

動物飼育の禁止

入居者は、居室または敷地内において動物を飼育してはならない。

損害賠償

入居者は、故意又は重大な過失によって、建物、設備、及び備品等に損害を与えたときは、その損害を弁償し、または原状に回復しなければならない。

| | | |
|---|---|---|
| | 身体拘束を行う際の手続き | |
| | 施設は緊急やむを得ない状況が発生し、利用者本人またはその他の利用者等の生命・身体を保護するため、一時的に身体拘束を行う | |
| | 身体拘束を行う際は以下の手続きにより行う。 | |
| | (1)第一に他の代替策を検討する。<br>(2)実施にあたっては、最小限の方法・時間・期間・実施方法の適正・安全性・経過確認の方法について検討を行う。<br>(3)事前もしくは事後速やかに管理者の判断を仰ぐ。<br>(4)事前もしくは事後速やかに家族等に連絡する。<br>(5)事前もしくは事後速やかに管理者・介護職員・看護職員・生活相談員・家族等の参加する緊急カンファレンスを開催し、身体拘束の理由・治療及び対応方針を確認し、ケアプランを作成する。<br>(6)実施にあたっては、検討事項の内容・カンファレンスの内容等の記録を作成する。 | |
| | 虐待の防止について | |
| | 利用者の尊厳保持・人格尊重、虐待の未然の防止・早期発見のため、次の対策を講じます。 | |
| | (1)虐待の防止に係る責任者を選定します。<br>責任者: 管理者　松岡　涼 | |
| | 契約の解除の内容 | ・以下のいずれかに該当する場合に、契約は終了するものとします。<br>1、特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書第16条の契約の終了事由に該当した場合<br>2、入居者からの契約解除に基づき解除をおこなった場合<br>3、事業者からの契約解除に基づき解除を通告し、予告期間が満了した場合 |
| | | ・入居者は以下に該当した時は30日以上前に規定様式の解約届を事業者に提出し、契約を解除することができます。<br>1、入居者及び身元引受人が退去を希望する場合。<br>2、事業者若しくはサービス従事者が正当な理由なく特定施設サービスを実施しない場合。<br>3、事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反したとき。<br>4、事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失により入居者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為その他重大な事情が認められる場合。<br>5、他の入居者が入居者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。 |
| | | ・事業者は以下に該当した時は、30日以上の予告期間をもって契約を解除することができます。<br>1、他の入居者の生活、又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき。<br>2、利用料等の支払いを3ヶ月以上滞納したとき。<br>3、入居時の提出書類で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>4、入院、外出等で3ヶ月以上居室を利用できなくなったとき。<br>5、その他、利用契約の条項に反したとき。 |
| | 体験入居の内容 | 1泊2日、2,000円、2食付 |
| | 入居定員 | ６９名 |
| | その他 | |

令和7年7月1日現在

| 入居者の状況 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 入居者の人数 | | | | | | |
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| 65歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 75歳以上85歳未満 | 4 | 2 | 2 | 1 | 0 | 9 |
| 85歳以上 | 10 | 8 | 17 | 7 | 0 | 42 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 65歳未満 | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 0 | 1 | | | 1 |
| 75歳以上85歳未満 | 0 | 3 | 0 | | | 3 |
| 85歳以上 | 0 | 2 | 5 | | | 7 |
| 入居者の平均年齢 | 88.7歳 | | | | | |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 14名 | | 女性 | 50名 | |
| 入居率(一時的に不在となっている者を含む。) | 92.7% | | | | | |
| 前年度の有料老人ホームを退居した者の人数 | | | | | | |
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| 自宅等 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 社会福祉施設 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 医療機関 | 0 | 3 | 3 | 2 | 1 | 15 |
| 死亡者 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| その他 | | | | | | |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 自宅等 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 社会福祉施設 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 医療機関 | 0 | 0 | 1 | | | 1 |
| 死亡者 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| その他 | | | | | | |
| 入居者の入居期間 | | | | | | |
| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満 | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上 |
| 入居者数 | 3 | 8 | 39 | 12 | 2 | 0 |

| 施設、設備等の状況 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | | | なし | (あり) |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | | (なし) | あり |
| 居室の状況 | 区分 | | | 客室 | 人数 | 1の居室の床面積 |
| | 一般居室個室 | あり | (なし) | | | ㎡ |
| | 一般居室相部屋 | あり | (なし) | | | ㎡ |
| | | | | | | ㎡ |
| | | | | | | ㎡ |
| | 介護居室個室 | (あり) | なし | 47 | | 13.08～19.18㎡ |
| | 介護居室相部屋 | (あり) | なし | 3 | 2 | 20.38～24.07㎡ |
| | | | | 4 | 4 | 36.53～38.46㎡ |
| | | | | | | ㎡ |
| | 一時介護室 | (あり) | なし | 1 | 1 | 20.96㎡ |
| | | | | | | ㎡ |
| | | | | | | ㎡ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 共用便所の設置数 | 9ヶ所 | うち男女別の対応が可能な数 | 3ヵ所 |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | 3ヵ所 |
| 個室の便所の設置数 | 54ヵ所 | 個室における便所の設置割合 | 100% |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | 54ヵ所 |

| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 3 | 1 | 1 | 0 |

その他、浴室の設備に関する事項　なし

| 食堂の設備状況 | 3階　4階　5階　各64.6㎡ | | |
|---|---|---|---|
| 入居者等が調理を行う設備状況 | | なし | (あり) |

機能訓練室　　2か所

| | | |
|---|---|---|
| 面積 | 185.60㎡ | 併設デイと兼用（デイ利用時以外の16:00以降、日曜日に使用） |
| 面積 | 25.03㎡ | 談話室と兼用 |

その他、共用施設の設備状況

| | | |
|---|---|---|
| なし | (あり) | （その内容）<br>コインランドリー、医務室、応接室、駐車場等。<br>＊コインランドリーは使用料、理美容は外部サービスの利用料が必要　。 |

バリアフリーの対応状況

| | | | |
|---|---|---|---|
| 緊急通報装置の設置状況 | なし | 一部あり | (各居室内にあり) |
| 外線電話回線の設置状況 | なし | 一部あり | (各居室内にあり) |
| テレビ回線の設置状況 | なし | 一部あり | (各居室内にあり) |

施設の敷地に関する事項

| | | | |
|---|---|---|---|
| 敷地の面積 | | | 5565.35㎡ |
| 事業所を運営する法人が所有 | なし | 一部あり | (あり) |
| 抵当権の設定 | | なし | (あり) |

貸借(借地)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (なし) | あり | 契約期間 | 始 | | 終 | |
| | | 契約の自動更新 | | | なし | あり |

施設の建物に関する事項

| | | | |
|---|---|---|---|
| 建物の延床面積 | | | 3892.52㎡ |
| 事業所を運営する法人が所有 | なし | 一部あり | (あり) |
| 抵当権の設定 | | (なし) | あり |

貸借(借家)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (なし) | あり | 契約期間 | 始 | | 終 | |
| | | 契約の自動更新 | | | なし | あり |

| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況 | | | |
|---|---|---|---|
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口 | | | |
| 窓口の名称 | 有料老人ホーム昇陽館 | | |
| 苦情解決責任者 | 管理者　　松岡　涼 | | |
| 苦情受付責任者 | 生活相談員　　木郡　寛朗 | | |
| 連絡先 | TEL　083－241－1500　　FAX　083－241－1501 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:30 | |
| | 土曜 | 8:30～17:30 | |
| | 日曜・祝日 | 8:30～17:30 | |
| 定休日等 | なし | | |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等 | | | |
| 窓口の名称 | 山口県国民健康保険団体連合会　国保会館1階　苦情相談室 | | |
| 住所 | 山口県山口市朝田1980−7 | | |
| 連絡先 | TEL　083－995－1010　　FAX　083－934－3665 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 | |
| | 土曜 | | |
| | 日曜・祝日 | | |
| 定休日等 | 土・日・祝日・年末年始 | | |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等 | | | |
| 窓口の名称 | 下関市福祉部介護保険課事業者係 | | |
| 住所 | 下関市南部町21－19　下関商工会館4階 | | |
| 連絡先 | TEL　083－231－1371　　FAX　083－231－2743 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:15 | |
| | 土曜 | | |
| | 日曜・祝日 | | |
| 定休日等 | 土・日・祝日・年末年始 | | |

| サービスの提供により事故が発生したときの対応 |
|---|
| 当事業所内で利用者に事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者の係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録いたします。 |

| 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 | | |
| なし | あり | (その内容)サービスの提供に伴って、当事業所の責任により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償致します。但し、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任が生じない場合があります。 |
| その他、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に関すること | | |
| なし | あり | (その内容) |

| サービスの提供内容に関する特色等 |
|---|
| (その内容)医療機関との連携を強固にし、入居者の安全を守ると同時に医療対応を必要とされる方の受入を可能にしている。 |

| 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 | | | | |
| なし | あり | 実施した年月日 | | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし | あり |
| 第三者による評価の実施状況 | | | | |
| なし | あり | 実施した年月日 | | |
| | | 実施した評価機関の名称 | | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし | あり |

| 非常災害時の対策 | |
|---|---|
| 防火管理者 | 立脇　健二郎 |
| 避難訓練 | 年2回以上、火災、地震等を想定した訓練を行います。 |
| 防災設備 | 自動火災報知機、煙感知器、誘導等、消火器、消火栓、スプリンクラー |

5．利用料金

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 年齢により一時金の料金が異なる場合 | | | | (なし) | あり |
| 一時金に関する費用 | | | | | |
| ①居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの) | | | | (なし) | あり |
| 名称 | | | | | |
| | | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | |
| | 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 | 戸 |
| | | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | |
| | 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 | 戸 |
| | | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 | |
| | 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 | 戸 |
| 一時金の償却に関する事項 | | | | | |
| | 償却開始 | 入居をした月 | | (なし) | あり |
| | | 上記以外 | | (その内容) | |
| | 初期償却率(%) | | | | |
| | 償却年月数 | | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | | | |
| 保全措置の実施状況 | | なし | あり | (その内容) | |
| ②利用者の選定による介護サービス利用料（人員配置が手厚い場合の介護サービス） | | | | (なし) | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | | | |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | | | | なし | あり |
| 名称 | | | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | | | |
| | 償却開始 | 入居をした月 | | なし | あり |
| | | サービス提供を開始した月 | | なし | あり |
| | | 上記以外 | | (その内容) | |
| | 初期償却率(%) | | | | |
| | 償却年月数 | | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | | | |
| 保全措置の実施状況 | | なし | あり | (その内容) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料<br>（人員配置が手厚い場合） | | | なし | あり |
| （「あり」の場合、その内容及び利用料） | | | | |
| 名称 | | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | | なし | あり |
| | サービス提供を開始した月 | | なし | あり |
| | 上記以外 | | （その内容） | |
| 初期償却（%） | | | | |
| 償却年月数 | | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | | |
| 保全措置の実施状況 | | | | |
| なし | あり | （「あり」の場合、その内容） | | |
| ④その他に要する一時金 | | | なし | あり |
| （「あり」の場合、その内容及び利用料）<br>退居時の居室清掃、居室・ベッドマット消毒及びクロスの貼り替えにかかる費用、また補修費としての預かり金 | | | | |
| 名称 | 預かり敷金　　円 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | 退居時の居室清掃、クロスの貼り替え及び消毒にかかる費用、また補修費を清算し残金を返還 | | | |
| 保全措置の実施状況 | | | | |
| なし | あり | （「あり」の場合、その内容） | | |
| 一時金に対する留意事項等 | | | | |
| なし | あり | （「あり」の場合、その内容） | | |

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月額の場合の利用料の額　円

| 管理費 | なし | (あり) | 円 |
|---|---|---|---|

(「あり」の場合、その使途)
借入金償還財源、施設内における管理業務費及び共用部分の水光熱費・消耗品費

| 食費 | なし | (あり) | 円 |
|---|---|---|---|

(「あり」の場合、その内容)　食費1日680円(朝食170円　昼食260円　夕食250円)残り給食管理費
一週間前迄に申し出があれば、欠食の食材費は翌月返金するものとする
緊急の入院の場合は翌日からの食材費を返還する
入院、外出、経管栄養の方でも給食管理費の支払いが必要。また、経管栄養の方は別途、衛生管理費(27,600円)の支払いが必要。

| 光熱水費 | なし | (あり) | 実費 |
|---|---|---|---|

利用者の個別的な選択による介護サービス利用料

| 人員配置が手厚い場合の介護サービス | (なし) | あり |
|---|---|---|

(「あり」の場合、その内容及び利用料)
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠　(なし)　あり

| 個別的な選択による介護サービス | なし | (あり) |
|---|---|---|

(「あり」の場合、その内容及び利用料)
個別の外出介助、通院介助(1,500円/時)

| 家賃相当額 | なし | (あり) | 円 |
|---|---|---|---|

| その他に必要な月額利用料 | なし | (あり) |
|---|---|---|

(「あり」の場合、その内容及び利用料)
※介護保険給付の自己負担額を支払う。
**※一定の所得者については、利用者負担が2割、または3割となっています。**
**2割負担の方は下記の金額の2倍、3割負担の方は3倍になります。**
1割負担の場合

| 区分 | 介護給付費の単位 | 30日の目安 | 代理受領時の自己負担分 |
|---|---|---|---|
| 要支援1 | 183単位/日 | 54，900円 | 5，490円／月 |
| 要支援2 | 313単位/日 | 93，900円 | 9，390円／月 |
| 要介護1 | 542単位/日 | 162，600円 | 16，260円／月 |
| 要介護2 | 609単位/日 | 182，700円 | 18，270円／月 |
| 要介護3 | 679単位/日 | 203，700円 | 20，370円／月 |
| 要介護4 | 744単位/日 | 223，200円 | 22，320円／月 |
| 要介護5 | 813単位/日 | 243，900円 | 24，390円／月 |
| | | | |

※協力医療機関連携加算100単位/月　1ヶ月当たり　1000円
1割負担の場合　100円/月
入居者の健康状況を継続的に記録するとともに、協力医療機関又は主治医に対し健康の状況について情報提供します。

※個別機能訓練加算 12単位/日　30日当たり3600円　1割負担の場合　360円/月
入居者に対し個別機能訓練計画に基づき計画的に機能訓練を行った場合に加算いたします。

※介護職員処遇改善加算(Ⅲ)1ヶ月の介護保険自己負担額(医療加算含む)×0．11/月
入居者に対し、(介護予防)指定特定施設入居者生活介護を行った場合には、単位数を所定単位数に加算いたします。

退居時に必要な費用

居室清掃及び消毒にかかる費用。また補修費については、実費負担とします。
以上については、預かり敷金より清算し残金を返還します。

| その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料 | なし | (あり) |
|---|---|---|

(「あり」の場合、その内容及び利用料)

・寝具リース料(70円(税別)/日)・コインランドリー(洗濯、乾燥各100円/回)・業者洗濯(3,500円/月)・預かり金手数料(1,050円/月)・電話料(実費)・複写物(10円/1枚)・理髪、美容(1,300円～)・個別の外出介助、通院介助(1,500円/時)・買い物代行(1,000円/時)・おむつ代。詳細は別添の介護サービス一覧表を参照。害虫駆除(1,000円(税別)/年1回)

| 月額利用料の支払い方法 | |
|---|---|
| | 利用料の支払いについては、毎月１５日までにご請求しますので、同月２５日までにお支払い下さい。支払い方法は原則、西中国信用金庫からの自動引き落としとさせて頂きます。請求の内訳としては前月分の介護負担金及び居室で利用した水光熱費、電話料金、寝具リース料等、そして当月分の居室料、管理費、食費とします。 |

添付資料:「介護サービス等の一覧表」

私は、本書面に基づいて上記重要事項の説明を受け同意し受領しました。

年　　月　　日

【利用者】

住所

氏名　　印

【署名代理人】

住所

氏名　　印

続柄

私は、本書面に基づいて上記重要事項の説明を行い利用者様の同意を受け交付しました。

年　　月　　日

【説明者署名】

役職

氏名　　印

別添

# 介護サービス等の一覧表

| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス | | 各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス | | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 介護サービス | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | (あり) | (なし) | あり | (なし) | あり | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | (あり) | (なし) | あり | (なし) | あり | |
| おむつ代 | (なし) | あり | (なし) | あり | なし | (あり) | 実費負担（業者注文可） |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | なし | (あり) | (なし) | あり | (なし) | あり | 入浴介助又は清拭（週2回以上）、介助、見守り必要な方は週3回まで |
| 特浴介助 | なし | (あり) | (なし) | あり | (なし) | あり | 特浴介助、週3回まで |
| 身辺介助(移動・着替え等) | なし | (あり) | (なし) | あり | (なし) | あり | |
| 機能訓練 | なし | (あり) | (なし) | あり | (なし) | あり | |
| 通院介助(協力医療機関) | (なし) | あり | なし | (あり) | (なし) | あり | |
| 通院介助(協力医療機関以外) | (なし) | あり | (なし) | あり | なし | (あり) | 1,500円/時間 |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | (なし) | あり | なし | (あり) | (なし) | あり | |
| リネン交換 | (なし) | あり | なし | (あり) | (なし) | あり | 寝具リース代70円/日 |
| 日常の洗濯 | (なし) | あり | (なし) | あり | なし | (あり) | コインランドリー(洗濯機・乾燥機各100円/回)、洗剤は実費負担。業者洗濯(3,500/月) |
| 居室配膳・下膳 | なし | (あり) | (なし) | あり | (なし) | あり | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | (なし) | あり | (なし) | あり | なし | (あり) | |
| おやつ | (なし) | あり | なし | (あり) | (なし) | あり | 火・木・日のみ |
| 理美容師による理美容サービス | (なし) | あり | (なし) | あり | なし | (あり) | 1,300円～ |
| 買い物代行(通常の利用区域) | (なし) | あり | (なし) | あり | なし | (あり) | 1,000円/時間（訪問販売　毎週金：パン屋 隔週水：菓子、果物等） |
| 買い物代行(上記以外の区域) | (なし) | あり | (　) | あり | なし | (あり) | 1,000円/時間 |
| 役所手続き代行 | (なし) | あり | (なし) | あり | なし | (あり) | 1,000円/時間　（介護保険利用に係る手続きは含まれない） |
| 金銭・貯金管理 | (なし) | あり | (なし) | あり | なし | (あり) | 預かり金手数料1,050円/月 |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | (なし) | あり | (なし) | あり | なし | (あり) | 医療費自己負担 |
| 健康相談 | なし | (あり) | (なし) | あり | (なし) | あり | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | (あり) | (なし) | あり | (なし) | あり | |
| 服薬支援 | なし | (あり) | (なし) | あり | (なし) | あり | |
| 生活のリズムの記録（睡眠・排便等） | なし | (あり) | (なし) | あり | (なし) | あり | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
| 移送サービス | (なし) | あり | (なし) | あり | (なし) | あり | |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | (なし) | あり | (なし) | あり | (なし) | あり | |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外) | (なし) | あり | (なし) | あり | なし | (あり) | 1,500円/時間 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | (なし) | あり | (なし) | あり | なし | (あり) | 1,000円/時間 |
| 入院中の見舞い訪問 | (なし) | あり | (なし) | あり | (なし) | あり | |

別添

# 要介護状態区分別　介護サービス等の一覧表

| | 自立 | | 要支援1～2<br>要介護1～2 | | 要介護3～5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 介護を行う場所 | 居室 | | 居室 | | 居室 | |
| | 月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険給付、及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | 介護保険給付、及び月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス |
| ＜介護サービス＞<br>○巡視<br>・夜間16～9時 | ３回 | － | ３回 | － | ３回 | － |
| ○食事介助 | － | － | 食事の都度一部介助 | － | 食事の都度一部介助及び全面介助 | － |
| ○排泄介助 | － | － | トイレでの排泄の都度一部介助 | － | 毎日５回及び随時全面介助 | － |
| ○おむつ交換 | － | － | 必要に応じて一部介助 | － | 毎日５回及び随時全面介助 | － |
| ○おむつ代 | － | － | － | 実費 | － | 実費 |
| ○入浴（一般浴）<br>・介助 | 週２回入浴時付添い | － | 週２回入浴時一部介助 | － | 週２回入浴及び清拭の機会の提供時、全面介助 | － |
| ・清拭 | － | － | | － | | － |
| ○入浴（特浴） | － | － | － | － | | － |
| ○身辺介助<br>・体位交換 | － | － | － | － | 毎日８回及び随時のおむつ交換時 | － |
| ・移動 | － | － | 杖又は歩行器で移動を介助 | － | 車椅子での移動を介助 | － |
| ・衣類の着脱 | － | － | 毎日朝・夜及び入浴時に一部介助 | － | 毎日朝・夜及び入浴時に全面介助 | － |
| ・整容介助 | － | － | 毎日朝・夜及び入浴時に一部介助 | － | 毎日朝・夜及び入浴時に全面介助 | － |
| ○機能訓練 | － | － | ケアプランによる | － | ケアプランによる | － |
| ○通院介助<br>（協力医療機関） | 必要に応じて随時 | － | 必要に応じて随時 | － | 必要に応じて随時 | － |
| ○緊急時対応<br>・ナースコール | ２４時間対応 | － | ２４時間対応 | － | ２４時間対応 | － |