

**指定特定施設 あおぞら八重垣
重要事項説明書**

記入年月日	令和5年11月30日
記入者名	遠藤 太郎
所属・職名	あおぞら八重垣・副園長

1. 事業主体概要

種類	個人 / 法人	
	法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ けあがいで 株式会社 ケアガイド	
主たる事務所の所在地	〒690-0035 松江市佐草町 194 番地 1	
連絡先	電話番号	0852-20-2611
	FAX番号	0852-20-7146
	ホームページアドレス	http://www.careguid.co.jp
代表者	氏名	原 啓子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ 平成 15年 8月 8日	
主な実施事業	別添 1 (事業者が運営する介護サービス事業一覧表)	

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) あおぞらやえがき あおぞら八重垣	
所在地	〒690-0035 松江市佐草町 194 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	松江駅
	交通手段と所要時間	松江市営バス「八重垣神社行」で生協りハピリス テーション病院前下車徒歩 1 分
連絡先	電話番号	0852-20-2611
	FAX番号	0852-20-7146
	ホームページアドレス	http:// www.careguid.co.jp
管理者	氏名	原 啓子
	職名	園長
建物の竣工日		昭和・ 平成 17年 3月 20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・ 平成 17年 3月 20日

【類型】【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
3 住宅型		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	3270101086
	指定した自治体名	松江市
	事業所の指定日	平成17年3月18日
	指定の更新日（直近）	令和5年3月20日

3. 建物概要

土地	敷地面積	4317 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
契約期間		1 あり 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	6659.64 m ²
		うち、老人ホーム部分	6659.64 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他（ ）	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		2 鉄骨造	
		3 木造	
		4 その他（ ）	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	
2 事業者が賃借する建物			
抵当権の設定		1 あり 2 なし	
契約期間		1 あり（年月日～年月日） 2 なし	
契約の自動更新		1 あり 2 なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室	
		2 相部屋あり	
		最少	人部屋
		最大	人部屋

		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分
	タイプ1	有/無	有/無	15.75 m ²	120	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	39ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		39ヶ所	
	共用浴室	8ヶ所	個室		8ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴		0ヶ所	
			リフト浴		2ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他()		0ヶ所	
食堂	1	あり	2	なし		
入居者や家族が利用 できる調理設備	1	あり	2	なし		
エレベーター	1	あり(車椅子対応)				
	2	あり(ストレッチャー対応)				
	3	あり(上記1・2に該当しない)				
	4	なし				
消防用設備 等	消火器	1	あり	2	なし	
	自動火災報知設備	1	あり	2	なし	
	火災通報設備	1	あり	2	なし	
	スプリンクラー	1	あり	2	なし	
	防火管理者	1	あり	2	なし	
	防災計画	1	あり	2	なし	
その他						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	「理解と受容、発達保障、情報公開」の基本理念と、「わがままを言ってください、きれいになってください、たのしんでください」との三つのお約束を掲げ、入園者の人格を尊重し、常に入園者の立場に立った、入園者が必要とする適切なサービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	

入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2	委託	3	なし
食事の提供	1	自ら実施	2	委託	3	なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	2	委託	3	なし
健康管理の供与	1	自ら実施	2	委託	3	なし
安否確認又は状況把握サービス	1	自ら実施	2	委託	3	なし
生活相談サービス	1	自ら実施	2	委託	3	なし

(介護サービスの内容) 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

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	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	1	あり	2	なし	
	個別機能訓練加算	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算	1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	()	1	あり	2	なし
		()	1	あり	2	なし
	サービス提供体制強化加算	()	1	あり	2	なし
()		1	あり	2	なし	
()		1	あり	2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率)			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援	複数選択可	1	救急車の手配			
		2	入退院の付き添い			
		3	通院介助			
		4	その他(定期健康診断、服薬管理、入院時見舞等)			
協力医療機関	1	名称	いんべ杉谷内科小児科醫院			
		住所	島根県松江市東忌部町 83-22			
		診療科目	内科			
		協力内容	嘱託医、保険診療、健康診断			

協力歯科医療機関	名称	吉川歯科クリニック
	住所	島根県松江市古志原 2 - 22 - 32
	協力内容	嘱託医、保険診療

(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 複数選択可	1 <input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 2 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	医務室での診療中に異変を生じた場合等医師が一時介護を必要と認め園長が判断し本人も同意した場合に限る。	
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
居室利用権の取扱い	一時介護室へ移った場合居室利用権は無条件で認められます。	
前払金償却の調整の有無	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	その他の変更	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (変更内容) 医療の為に短期滞在なので、居住条件が従前居室に劣る 2 <input type="checkbox"/> なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
留意事項	在園中に自立と認定の場合、退園を求められることはありません	
契約の解除の内容	死亡または施設変更等の場合で退園した場合、契約書第 28 条及び第 30 条に規定します。退園月の利用料金は家賃を除き日割り計算です。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第 29 条の通り
	解約予告期間	90 日
入居者からの解約予告期間	2 週間	
体験入居の内容	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 空室がある場合相談に応じて行います。内容・料金等は別に定めます。)	

入居定員	本館 60 人・新館 60 人
その他	特になし

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 1 2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1
生活相談員	2	1	1	1.86
直接処遇職員	56	38	18	50.41
介護職員	48	30	18	42.41
看護職員	8	8	0	8
機能訓練指導員	4	3	1	2.61
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	1	1	0	1
調理員	0	0	0	0
事務員	5	0	0	5
その他職員	0	0	0	0
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
<p>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。</p> <p>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。</p>				

(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	1	1	0
介護福祉士	20	14	6
実務者研修の修了者	5	4	1
初任者研修の修了者	14	10	4
介護支援専門員	1	1	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士	1	2	
作業療法士	2	1	1
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (21 時 ~ 6 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	5.7 人	5 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	1.83 : 1
広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし								
	業務に係る資格等		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり								
	資格等の名称		管理栄養士								
			2 なし								
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数	4	0	6	6	0	0	2	1	0	0	
前年度1年間の退職者数	4	0	11	8	0	0	2	1	0	0	
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	4	0	1	1	0	0	0	0
	3年未満										
	3年以上	0	0	6	1	0	0	1	0	0	0
	5年未満										
	5年以上	0	0	7	9	0	0	0	1	0	0
	10年未満										
10年以上	8	0	12	6	0	0	2	0	1	0	
従業者の健康診断の実施状況				1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式
	2 一部前払い・一部月払い方式
	3 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式
	4 選択方式 該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 2 日割り計算で減額 3 <input checked="" type="checkbox"/> 在園期間が14日未満の場合に限り、日割り計算で減額

利用料金	条件	運営懇談会の意見を聞いたうえで行う。
の改定	手続き	入園者及び身元引受人等へ事前に通知し実行する。

(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1	要介護3	
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	15.75 m ²	15.75 m ²	
	便所	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 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		220,352円	224,876円	
家賃		65,000円	65,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ¹ の費用	19,918円	24,442円	
	介護保険外 ²	食費	56,160円	56,160円
		管理費	55,000円	55,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	24,274円	24,274円
その他		実費	実費	
<p>1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	用地及び施設取得費借入金の元利、維持修繕費、管理事務費等（消費税非課税）
敷金	なし
介護費用	介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	管理事務費、同人件費、施設維持費、同償却費その他（消費税込み）
食費	朝 568円、昼 646円、夜 658円 1日あたり 1,872円 1ヶ月30日として 月額 56,160円（消費税込み） 入園契約書第24条2項に従い年度毎に事業所が定める額とします。
光熱水費	水道・電気・燃料などの光熱水費の、毎年度決算により確定した金額の80%を、次年度の入園者の負担すべき金額とします。この使用実績の金

	額を在園者数で除して算定した金額が光熱水費の実費となります。
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	

(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	要介護度に応じて介護費用の法定自己負担分を徴収する。
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)	無し
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
前払金を受領していないため省略

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	23人
	女性	69人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	11人
	85歳以上	79人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	8人
	要支援 2	5人
	要介護 1	12人
	要介護 2	8人
	要介護 3	9人
	要介護 4	29人
	要介護 5	18人
入居期間別	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	53人
	5年以上 10年未満	20人

	10年以上 15年未満	2人
	15年以上	4人

(入居者の属性)

平均年齢	90.47歳
入居者数の合計	92人
入居率	76.77%
入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	2人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	5人
	死亡者	16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	11人
		(解約事由の例) 自宅復帰、医療機関からの退院が困難になる等

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) 複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口1	窓口の名称		園長、介護支援専門員、生活相談員
	電話番号		0852-20-2611
	対応している時間	平日	8:30から17:30
		土曜	8:30から17:30
		日曜・祝日	8:30から17:30
定休日			
窓口2	窓口の名称		松江市介護保険課給付係
	電話番号		0852-55-5933
	対応している時間	平日	8:30から17:15
		土曜	
		日曜・祝日	
定休日		土日祝	

窓口 3	窓口の名称		島根県国民健康保険団体連合会
	電話番号		0852-21-2811
	対応している時間	平日	9:00 から 17:00
		土曜	
		日曜・祝日	
定休日		土日祝	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 介護事業者賠償責任補償 (東京海上日動火災保険(株))
	2	なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	2	なし	
事故対応及びその予防のための指針	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	随時
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
第三者による評価の実施状況	1	あり	実施日	
			評価機関名称	
			結果の開示	1 あり 2 なし
	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

財務諸表の要旨	1 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

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

添付書類：別添1（事業者が運営する介護サービス事業一覧表）
別添2（入居者の個別選択による介護サービス一覧表）

_____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

説明を受けた者の署名 _____

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。 （以上）