

介護付有料老人ホーム「海の丘」重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 平成 年 月 日 |
| 記入者名 | |
| 所属・職名 | |

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) かぶしがいしゃ うえる 株式会社 ウェル | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒053-0832 北海道苫小牧市桜木町3丁目22番1号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0144-67-0278 |
| | FAX番号 | 0144-67-0278 |
| | ホームページアドレス | http:// www.well-well.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 佐藤 知恵美 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 15年11月26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) かいごつきゆうりようろうじんほむ 「うみのおか」 介護付有料老人ホーム 「海の丘」 | |
| 所在地 | 〒059-1275 北海道苫小牧市錦岡495-1243 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR室蘭本線 錦岡 駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ① JR室蘭本線錦岡駅より車で約5分 (約2.4km) ② 道央自動車道苫小牧西インターより車で約10分 (約4.6km) |
| 連絡先 | 電話番号 | 0144-61-6122 |
| | FAX番号 | 0144-61-6133 |
| | ホームページアドレス | http:// www.well-well.co.jp |
| 責任者 | 氏名 | 愛澤 達哉 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | 昭和・平成 18年11月1日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成 18年11月1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 | 特定施設入居者生活介護 | 北海道 0173601097 号 |
| | | 介護予防特定施設入居者生活介護 | 北海道 0173601097 号 |
| | 指定した自治体名 | 北海道 | |
| | 事業所の指定日 | 平成 18 年 11 月 1 日 | |
| | 指定の更新日（直近） | 平成 24 年 11 月 1 日 | |

3. 建物概要

| | | | |
|---------|----------------|------------------------------|-------------------------------|
| 土 地 | 敷地面積 | 7 8 3 2 . 0 0 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（年 月 日～年 月 日） 2 なし |
| 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | |
| 建 物 | 延床面積 | 全 体 | 4, 3 9 5 . 5 4 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 4, 3 9 5 . 5 4 m ² |
| | 耐火構造 | ① 耐火建築物 | |
| | | 2 準耐火建築物 | |
| | | 3 その他（ ） | |
| | | 4 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 | ① 全室個室（C・D・E・Fタイプは2名対応可能） | |
| | | 2 相部屋あり | |
| | 【表示事項】 | 最少 | 人部屋 |
| | | 最大 | 人部屋 |

| | | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
|----------------------|--|--|-----------------|------|----------------------|----------------------|--------|
| | 居室の状況 | Aタイプ | | 有/無 | 有/無 | 23.12 m ² | 40 |
| Bタイプ | | | 有/無 | 有/無 | 33.66 m ² | 9 | 介護居室個室 |
| Cタイプ | | | 有/無 | 有/無 | 42.52 m ² | 6 | 介護居室個室 |
| Dタイプ | | | 有/無 | 有/無 | 49.32 m ² | 1 | 介護居室個室 |
| Eタイプ | | | 有/無 | 有/無 | 51.78 m ² | 2 | 介護居室個室 |
| Fタイプ | | | 有/無 | 有/無 | 56.44 m ² | 2 | 介護居室個室 |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 7ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 1ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 1ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個 室 | | 20ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | | 2ヶ所 | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 2ヶ所 | チェアー浴 | | 1ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | | ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | | 1ヶ所 | | |
| その他 () | | | ヶ所 | | | | |
| 食 堂 | | ① あり | 2 なし | | | | |
| 入居者や家族が利 用できる調理設備 | | 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 | <p>1 F : ロビー、エレベーター(2基)、レストラン(104.37 m²)、サークル室、健康管理室、観察室、温泉大浴場(2箇所)、露天風呂、トレーニングルーム(51.68 m²)、応接室、ランドリー室、<u>美容室</u>、カラオケルーム、麻雀ルーム、ゴルフ練習場、和室、<u>トランクルーム</u></p> <p>2 F : ラウンジ、サンデッキ</p> <p>3 F : ラウンジ、サンデッキ</p> <p>4 F : ラウンジ (リラクゼーションコーナー)、ゲストルーム (1室)</p> <p>5 F : レストラン (43.68 m²)、バーコーナー</p> <p>屋上 : テラス</p> <p>屋外 : ウッドテラス、日本庭園、東屋、バーベキューコーナー、<u>駐車場(54台収容)</u>、<u>駐輪場</u>、温室、菜園場(約108坪)、</p> <p>※下線部の施設については、使用料が必要となります。(美容室は外部サービス利用料) ランドリー室においては、乾燥機の使用は有料となります。</p> | | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|----------------|---|
| 運営に関する方針 | <ul style="list-style-type: none"> ・個人の意志と人権と人格とプライバシーを尊重した、利用者本位の質の高い福祉サービスを提供したいと考えます。 ・健康にして文化的な生活の確保を考え、スポーツ、趣味、娯楽、文化活動を積極的に取り入れていきます。 ・入居されている方々の日々の生活が、健やかで安心を実感することができるためのサービスを提供し、明るく家庭的な雰囲気をもった環境作りに努めます。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食 事 の 提 供 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容)

| | | | |
|--------------------------------|--------------|----------------------|-----------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 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 | |
| | 医療機関連携加算 | 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 | (Ⅰ) | 1 あり ② なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり ② なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ | 1 あり ② なし |
| | | (Ⅰ)ロ | 1 あり ② なし |
| (Ⅱ) | | 1 あり ② なし | |
| (Ⅲ) | | 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) : 1 | |
| | ② なし | | |

(医療連携の内容)

| | | |
|----------|---|---|
| 医療支援 | 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（健康相談、定期健康診断、服薬支援） | |
| 協力医療機関 | 名 称 | 医療法人社団玄洋会 道央佐藤病院 |
| | 住 所 | 北海道苫小牧市字樽前 234 番地 |
| | 診療科目 | 精神科、老年精神科、心療内科、児童・思春期精神科、内科 |
| | 協力内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 年 2 回の健康診断の対応 ・ 緊急入院、通院治療時の支援・協力及び退院時の支援 ・ 診察の為の内科医師派遣、日常の健康相談・看護指導、他の医療機関に入院を要する場合の紹介等 |
| 協力歯科医療機関 | 名 称 | くまざわ歯科医院 |
| | 住 所 | 北海道苫小牧市美原町 1 丁目 20 番 25 号 |
| | 協力内容 | 歯科全般に関する相談、助言及び指導等 |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|--|--------------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | ① あり 2 なし |
| | 要 支 援 の 者 | ① あり 2 なし |
| | 要 介 護 の 者 | ① あり 2 なし |
| 留意事項 | <p>・ 原則として、満60歳以上の方を対象としており、入居契約の際に親族や弁護士など、身元引受人を定めて頂きます。</p> <p>身元引受人は、ご入居されている方の権利を擁護するとともに、利用料等の支払いについてご入居されている方と連帯して責任を負うこととなります。入居契約が解除された時には、ご入居されている方をお引き受けいただくこととなります。</p> <p>また、やむを得ず身元引受人を定めることができない場合はご相談に応じます。</p> <p>・ C～Fタイプの2名対応居室において入居される方は夫婦・親族に限ります。</p> <p>・ 一部前払い方式の場合、入居契約後8日以上経過し、前払い金の入金確認ができない場合については、契約は無効とさせていただきます。</p> | |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| <p>契約の解除の内容</p> | <p>【入居契約】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居されている方が死亡したとき (入居されている方が2名の場合は、両者とも死亡したとき) 2. 事業者が契約の解除を行ったとき 3. 入居者が契約の解約を行ったとき <p>【特定施設利用契約】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 特定施設等の利用契約者が死亡した場合。 2. 特定施設等の利用契約者が、自立に認定変更された場合。 3. 施設の入居契約が終了した場合。 4. 施設が介護保険法令等に基づく指定特定施設等の事業者指定を取り消された場合または指定を辞退した場合 5. 特定施設等の利用契約者が、施設の指定特定施設等に代えて、他の介護サービスの利用を選択した場合 6. 事業者から契約解除された場合 7. 利用者から契約の解約がされた場合 | |
| <p>事業主体から 解約を求める場合</p> | <p>解約条項</p> | <p>【入居契約】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居申込書等に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居されたとき。 2. 月払いの利用料その他の支払いを怠り、その滞納額が2ヶ月に達したとき。 3. 入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）違反したとき。 4. 共同生活の秩序を乱す行為があったとき。または、入居されている方の言動、行動が職員又は他の入居されている方の生命・健康・安全等に危害を及ぼす恐れ、若しくは精神的に被害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の方法等ではこれを防止することができないとき。 5. 建物、付属設備及び敷地を故意または過失により汚損、破損または滅失したとき。 6. 入居契約時における入居契約書追記事項に違反する行為があった場合。 <p>詳しくは入居契約書「第5章 契約の終了」の項をご覧ください。</p> <p>なお、事業者からの契約解除においては、「一定の観察期間をおく」「医師の意見を聴く」ことを行った上での契約解除となります。</p> |
| <p>解約予告 期間</p> | <p>【入居契約】</p> | <p>90日</p> |
| <p>入居者からの 解約予告期間</p> | <p>30日</p> | |
| <p>体験入居の内容</p> | <p>① あり（詳しくは、管理規定「月払い費用及び使用料一覧表」に記載） 2 なし</p> | |
| <p>入 居 定 員</p> | <p>71人</p> | |
| <p>そ の 他</p> | | |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

(平成28年7月1日現在)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1 |
|--|-----------|----|-----|--------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 32 | 12 | 18 | 20.8 |
| 看護職員 | 4 | 1 | 3 | 2.5 |
| 機能訓練指導員 | 4 | 1 | 3 | |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | |
| 栄養士 | 1 | 1 | | |
| 調理員 | 11 | 6 | 5 | |
| 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 | | | | 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。 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | 常勤 | 非常勤 |
|-----------|----|----|-----|
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 15 | 7 | 8 |
| 実務者研修の修了者 | 1 | | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 15 | 6 | 9 |
| 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 |
|-------------|----|----|-----|
| 看護師又は准看護師 | | | |
| 理学療法士 | 1 | | 1 |
| 作業療法士 | 2 | | 2 |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | 1 | 1 | |
| 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（18時～6時） | | |
| | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員 | 1人 | 1人 |
| 介護職員 | 2人 | 1人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|-------------------------------|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 | 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) | 1.59 : 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 | | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------------|--------|--------------|---------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | ① あり 2 なし | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | ① あり | | 介護支援専門員 | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | | | | | | | | |
| | 2 なし | | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 1 | | 3 | 1 | | | | 1 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 4 | 5 | | | | | | |
| 応じた職員の数 業務に従事した経験年数に | 1年未満 | | 1 | 1 | | | 1 | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | 2 | 2 | | | | 2 | | |
| | 3年以上 5年未満 | 2 | 1 | 1 | 5 | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | 2 | 8 | 12 | 1 | | | | 1 |
| | 10年以上 | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | ① あり 2 なし | | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | ① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 | |
| | 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | 3 月払い方式 | ① 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 ③ 月払い方式 |
| ④ 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | | |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり ② なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり ② なし | |
| 入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い | ① 減額なし（ただし、食費のみ31食を上限に材料費の返金あり） 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 利用料金の改定 | 条 件 | 物価の変動、及び人件費等社会情勢の変動を勘案し、運営懇談会の意見を聞いた上で改定 |
| | 手 続 き | 入居されている方及び身元引受人に通知 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

(1か月を30日とした場合の月額料金、税込)

| | | プラン1（前払い方式） | プラン2（月払い方式） | |
|------------|---------------|-------------------------------|----------------|----------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護3 | 要介護3 | |
| | 年 齢 | 60歳以上 | 60歳以上 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 23.12㎡ | 23.12㎡ | |
| | 便 所 | ① 有 2 無 | ① 有 2 無 | |
| | 浴 室 | 1 有 ② 無 | 1 有 ② 無 | |
| | 台 所 | ① 有 2 無 | ① 有 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前 払 金（Aタイプ居室） | 3,200,000円 | 0円 | |
| | 敷 金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 186,256円 | 239,256円 | |
| 家賃（Aタイプ居室） | | 0円 | 53,000円 | |
| サービス費用 | 介護保険外 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | (1割負担) 22,365円 | (1割負担) 22,365円 |
| | | 食 費 | 48,600円 | 48,600円 |
| | | 管 理 費 | 112,720円 | 112,720円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 上下水道料金 電気料金 | 2,571円 実費 | 2,571円 実費 |
| | | そ の 他 | 個別サービス利用料あり | 個別サービス利用料あり |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。また、自己負担額：1割負担者を示す。

(利用料金の算定根拠)

| 費 目 | 算 定 根 拠 |
|-------------|--|
| 家 賃 | 当該、介護付有料老人ホームの整備に要した費用、借地料、建設費、借入利息等を基礎として合理的に算定した額。 |
| 管 理 費 | 事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費。 |
| 食 費 | 食事部門にかかる人件費、食材料費及び設備・備品代(調理器具・食器等)に基づく費用。(喫食数による返金制度あり) |
| 光 熱 水 費 | ・上下水道料金 供給する事業体の料金規定により勘案した定額制 ・電気料金 各居室個別メーター数による外部契約による実費負担 |
| その他のサービス利用料 | 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 別添 3 参照 |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

| 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 | 基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分。 |
| 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) | なし |
| ※ 介護予防型の場合を含む。 | |

(前払金の受領)

| | |
|-------------------------------------|---|
| 算 定 根 拠 | (1ヶ月分の家賃) × (想定居住期間(60ヶ月) + (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) |
| 想定居住期間(償却年月数) | 60ヶ月 |
| 償 却 の 開 始 日 | 入居日の翌日 |
| 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) | 一人目入居者 Aタイプ 800,000円 Bタイプ 2,450,000円 Cタイプ 2,950,000円 Dタイプ 3,450,000円 Eタイプ 3,700,000円 Fタイプ 3,950,000円 二人目入居者 C~Fタイプ 1,000,000円 |
| 初 期 償 却 率 | 25% |
| 返 還 金 の 算 定 方 法 | 入居後3月以内の契約終了 $\frac{\text{想定居住期間にかかる家賃相当額}}{\text{想定居住期間の日数}} \times (\text{想定居住期間の日数} - \text{現に経過した日数})$ |
| | 入居後3月を超えた契約終了 $(\text{家賃相当額等の前払い金の額}) - (1\text{ヶ月分の家賃相当額}) \div 30 \times (\text{入居の日から起算して契約の解除等がされた日までの日数})$ |
| 前払金の 保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 |
| | ④ 全国有料老人ホーム協会 |
| | 5 その他(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 | 11 人 | 女 性 | 37 人 |
| 年 齢 別 | 65歳未満 | 1 人 | 75歳以上85歳未満 | 13 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2 人 | 85歳以上 | 32 人 |
| 要介護度別 | 自 立 | 5 人 | 要介護1 | 9 人 |
| | 要支援1 | 4 人 | 要介護2 | 8 人 |
| | 要支援2 | 4 人 | 要介護3 | 1 人 |
| | | | 要介護4 | 7 人 |
| | | | 要介護5 | 10 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 2 人 | 5年以上10年未満 | 28 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 0 人 | 10年以上15年未満 | 0 人 |
| | 1年以上5年未満 | 18 人 | 15年以上 | 0 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|--------|
| 平均年齢 | 86.0 歳 |
| 入居者数の合計 | 48 人 |
| 入 居 率※ | 75.0 % |

※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 | 1 人 |
| | 社会福祉施設 | 2 人 |
| | 医 療 機 関 | 10 人 |
| | 死 亡 者 | 1 人 |
| | そ の 他 | 0 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0 人 |
| | 入居者側の申し出 | 13 人 |

(解約事由の例) 長期入院のため等

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)

| | | |
|----------|-----------------|-------------------------|
| 窓口の名称 | 苦情処理窓口担当者 愛澤 達哉 | |
| 電話番号 | 0144-61-6122 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9:00～午後6:00 |
| | 土曜 | 午前9:00～午後6:00 (ホームにて対応) |
| | 日曜・祝日 | 午前9:00～午後6:00 (ホームにて対応) |
| 定休日 | なし | |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|------|---|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | ① あり | (その内容) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会の賠償責任保険制度に加入しております。 賠償責任保険制度とは、事業者が対象サービスの業務遂行または遂行後、その業務に起因した事故によってホーム入居者など第三者に対して生命または身体の障害や財物に損害を与えた場合、事業者が負担する法律上の損害賠償責任を補償対象としており、損害賠償金・訴訟費用等を保険金として支払う制度です。 |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり | (その内容) |
| | ② なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | ① あり | 2 なし |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | | |
|----------------------------------|------|--------|-------------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | ① あり | 実施日 | 平成20年12月19日 |
| | | 結果の開示 | ① あり 2 なし |
| | 2 なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | ② なし | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |

9. 入居希望者への事前の情報開示

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

10. その他

| | | |
|--|---|--------------|
| 運営懇談会 | ① 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 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 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 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 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 | 1 あり ② なし | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

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（特定施設入居者生活介護保険サービス料の自己負担額）

別添3（個別選択による介護サービス一覧表）

説明を受けた方の署名

入居者氏名

_____様

（自署）

_____様

（自署）

入居者以外で説明を受けた場合

氏名

_____様（入居者との続柄：_____）

（自署）

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____

（自署）

※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

| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | ㈱ウエル福祉用具貸与販売事業所 | 白老郡白老町東町2-4-12 |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | ㈱ウエル福祉用具貸与販売事業所 | 白老郡白老町東町2-4-12 |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 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 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 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 | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | ㈱ウエル福祉用具貸与販売事業所 | 白老郡白老町東町2-4-12 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | ㈱ウエル福祉用具貸与販売事業所 | 白老郡白老町東町2-4-12 |
| <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 | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

別添2 特定施設入居者生活介護保険サービス料の自己負担額 (平成27年4月1日現在)

①特定施設入居者生活介護利用料 1日料金(円)

| 介護度 | 10割負担額 | 1割負担額 | 2割負担額 |
|------|--------|-------|-------|
| 要支援1 | 1,790 | 179 | 358 |
| 要支援2 | 3,080 | 308 | 616 |
| 要介護1 | 5,330 | 533 | 1,066 |
| 要介護2 | 5,970 | 597 | 1,194 |
| 要介護3 | 6,660 | 666 | 1,332 |
| 要介護4 | 7,300 | 730 | 1,460 |
| 要介護5 | 7,980 | 798 | 1,596 |

※ 上記の要介護度に変更があった場合は、それに合わせてご契約者様のご負担額が変更されます。

※ 金額は国が定めた介護保険料の自己負担(1割)を表しており、1ヶ月30日で計算されています。

(自己負担額が2割の方は、1割負担の倍額となります。)

②個別機能訓練加算 1日料金(円)

| | 10割負担額 | 1割負担額 | 2割負担額 |
|----------|--------|-------|-------|
| 個別機能訓練加算 | 120 | 12 | 24 |

③夜間看護体制加算(要介護の方のみ) 1日料金(円)

| | 10割負担額 | 1割負担額 | 2割負担額 |
|----------|--------|-------|-------|
| 夜間看護体制加算 | 120 | 10 | 20 |

④認知症専門ケア加算 1日料金(円)

| | 10割負担額 | 1割負担額 | 2割負担額 |
|------------|--------|-------|-------|
| 認知症専門ケア加算Ⅰ | 30 | 3 | 6 |
| 〃Ⅱ | 40 | 4 | 8 |

⑤サービス提供体制強化加算 1日料金(円)

| | 10割負担額 | 1割負担額 | 2割負担額 |
|----------------|--------|-------|-------|
| サービス提供体制強化加算Ⅰイ | 180 | 18 | 36 |
| 〃Ⅰロ | 120 | 12 | 24 |
| 〃Ⅱ | 60 | 6 | 12 |
| 〃Ⅲ | 60 | 6 | 12 |

⑥医療機関連携加算 月額料金(円)

| 月額 | 10割負担額 | 1割負担額 | 2割負担額 |
|----|--------|-------|-------|
| | 800 | 80 | 160 |

⑦看取り介護加算 1日料金(円)

| | 1割負担額 | 1割負担額 | 2割負担額 |
|----------------|--------|-------|-------|
| 死亡日 | 12,800 | 1,280 | 2,560 |
| 死亡日前日、前々日 | 6,800 | 680 | 1,360 |
| 死亡日以前4日以上30日以下 | 1,440 | 144 | 288 |

※ 医師が終末期にあると判断したご入居者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、ご本人又はご家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合に、死亡前30日を限度として、死亡月に所定の料金をご負担いただきます。(入居者が退去等する際、退去等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があります。)

⑧介護職員処遇改善加算Ⅰ

上記料金に6.1%を乗じた金額をご負担いただきます。

※ 上記金額は国の基準に基づいて改定される場合があります。

別添 3

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 | | | | | | | なし | あり |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|----|----|----------------|------|--------------|--|
| | 特定施設入居者生活介護費で、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（利用者が全額負担） | | | 管理費等、月額の利用料に包含 | 都度払い | 料金（税込） | |
| | | | | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 864 円/回 | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 324 円/回 | |
| おむつ及びふき布代 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,160 円/回 | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,160 円/回 | |
| 身辺介助（着替え） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 324 円/回 | |
| 身辺介助（食事時の歩行介助） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 324 円/回 | |
| 身辺介助（その他の歩行介助） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 324 円/回 | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,080 円/回 | 1 回 30 分（施設内） |
| 通院介助（協力医療機関） | 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 | | ○ | 1,620 円/30 分 | （普通車両） |
| 通院時移送サービス | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,620 円/30 分 | （普通車両） |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,620 円/回 | 1 回 30 分。 指定特定施設入居者生活介護契約者は、週 2 回及び必要時実施。 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 864 円/回 | 指定特定施設入居者生活介護契約者は、週 1 回及び必要時実施。 |
| 日常の洗濯（下着等） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 972 円/回 | 指定特定施設入居者生活介護契約者は、週 2 回及び必要時実施。 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 216 円/回 | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 実費 | |
| おやつ | なし | あり | なし | あり | | | - | |
| 美容師による美容サービス | なし | あり | なし | あり | | ○ | 実費 | |
| 買い物代行（通常の利用区域） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 540 円/回 | 半径 5km 以内。 5 種 15kg まで。 週 1 回施設指定日。 |
| 買い物代行（上記以外の区域） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,160 円/回 | 苫小牧市内。 5 種 5kg まで。 週 1 回施設指定日。 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 3,240 円/回 | |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 102 円/回 | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | なし | あり | ○ | | - | 協力医療機関において入居時及び年 2 回（1 回目は管理費に包含。2 回目は実費）実施。 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | - | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | - | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 108 円/回 | 服薬支援のみの場合は 108 円/回、注射、褥症処置等複雑なものの場合 324 円/回 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | - | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 市内移送サービス①(往復) | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,080 円/回 | （普通車両） 1 回 5km まで（以降 5km につき+1,080 円） |
| 市内移送サービス②(往復) | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,160 円/回 | （車イス対応車） 1 回 5km まで（以降 5km につき+1,080 円） |
| 入退院時の同行（協力医療機関） | 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 | ○ | | - | |
| 入院中の買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,160 円/回 | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 週 1 回まで実施いたします。 |

※指定特定入居者生活介護契約者につきましては、特定施設サービス計画に含まれているサービスについては、料金はかかりません。
特定施設サービスを超えるサービスにつきましては、表記料金をお支払いいただきます。