

有料老人ホーム重要事項説明書

| | | | | | | | | |
|------|--------|-------|--------------|---|---|---|---|---|
| | | 記入年月日 | 2023 | 年 | 7 | 月 | 1 | 日 |
| 記入者名 | 佐々木 利幸 | 所属・職名 | ラ・ナシカていね 施設長 | | | | | |

1. 事業主体概要

| | | |
|-----------------|---------------------------|--------------------------|
| 種類 | 1 個人 (2) 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 しだー | |
| | 株式会社 シダー | |
| 法人番号 | 法人番号の有無 | (1) あり 2 なし |
| | 法人番号 | 3290801004110 |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒 802-0042 | |
| | 福岡県北九州市小倉北区足立二丁目1番1号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 093-932-7005 |
| | FAX番号 | 093-932-7015 |
| | メールアドレス | honsya@cedar-web.com |
| | ホームページアドレス | http://www.cedar-web.com |
| 代表者 | 氏名 | 座小田 孝安 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 1981 年 4 月 25 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添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

(住まいの概要)

| | | | | |
|---------------|------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----|
| 名称 | (ふりがな) ら・なしか ていね | | | |
| | ラ・ナシカ ていね | | | |
| 所在地 | 〒 006-0022 | | | |
| | 北海道札幌市手稲区手稲本町二条三丁目3番5号 | | | |
| 建物名等 | | | | |
| 市区町村コード | 都道府県 | 北海道 | 市区町村 | 札幌市 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | | 函館本線 JR手稲 駅 | |
| | 交通手段と所要時間 | | 函館本線 JR手稲駅から国道5号線 へ向かって徒歩8分程度 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 011-699-7013 | | |
| | FAX番号 | 011-691-4192 | | |
| | メールアドレス | rh-teine@cedar-web.com | | |
| | ホームページアドレス | http://www.cedar-web.com | | |
| 管理者 | 氏名 | 佐々木 利幸 | | |
| | 職名 | 施設長 | | |
| 建物の竣工日 | | 2006年 | 5月 | 30日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2006年 | 6月 | 15日 |

(類型) 【表示事項】

| | | | | |
|-------------|-------------------------------------|-----------|----|-----|
| 類型 | 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 | 170401913 | | |
| | 指定した自治体名 | 札幌市 | | |
| | 事業所の指定日 | 2006年 | 6月 | 13日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 2018年 | 6月 | 13日 |

3. 建物概要

| | | | | |
|---------|----------------|----------------------------------|------------------------|-----------------|
| 土地 | 敷地面積 | 1875.91 m ² | | |
| | 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 | | |
| | | 2 事業者が貸借する土地の場合 | | |
| | | 貸借の種別 | 1 普通貸借 2 定期貸借 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり 2 なし | |
| | | 契約期間 | 1 あり 2 なし | |
| | | | 開始 | 年 月 日 |
| | | | 終了 | 年 月 日 |
| 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 2370.21 m ² | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2370.21 m ² | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | |
| | 構造 | 3 その他 | | |
| | | 3 その他の場合 | | |
| | | 1 鉄筋コンクリート造 | | |
| | | 2 鉄骨造 | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 2 事業者が貸借する建物 | | |
| | | 2 事業者が貸借する建物の場合 | | |
| 貸借の種別 | | 1 普通貸借 2 定期貸借 | | |
| 抵当権の有無 | | 1 あり 2 なし | | |
| 契約期間 | | 1 あり 2 なし | | |
| | | 開始 | 年 月 日 | |
| | | 終了 | 年 月 日 | |
| 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（縁故者個室含む） 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 | 18 m ² | 52 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有 無 | 有 無 | 18.6 m ² | 8 | 介護居室個室 |
| | タイプ3 | 有 無 | 有 無 | m ² | | |
| | タイプ4 | 有 無 | 有 無 | m ² | | |
| | タイプ5 | 有 無 | 有 無 | m ² | | |
| | タイプ6 | 有 無 | 有 無 | m ² | | |
| | タイプ7 | 有 無 | 有 無 | m ² | | |
| タイプ8 | 有 無 | 有 無 | m ² | | | |
| タイプ9 | 有 無 | 有 無 | m ² | | | |
| タイプ10 | 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 | 4 箇所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 1 箇所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 4 箇所 | |
| | 共用浴室 | 1 箇所 | 個室 | | 1 箇所 | |
| | | | 大浴場 | | 1 箇所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 1 箇所 | チェアー浴 | | 1 箇所 | |
| | | | リフト浴 | | 1 箇所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | 1 箇所 | |
| | | その他 | | 1 箇所 | | |
| 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 | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | ① | 全居室あり | 2 | 一部居室あり | 3 | なし |
| | 便所 | ① | 全便所あり | 2 | 一部便所あり | 3 | なし |
| | 浴室 | ① | 全浴室あり | 2 | 一部浴室あり | 3 | なし |
| | その他 | | | | | | |
| | | 1 | あり | 2 | 一部あり | 3 | なし |
| その他 | 食堂（2階77.20㎡、3階72.27㎡、4階72.27㎡） 機能訓練室（2階60.00㎡） シアタールーム カラオケルーム | | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | <p>1:その人らしい生活が維持できることを目指します。 *価値観や生活リズムを変えることなく、その人らしい生活が維持できるよう援助します。</p> <p>2:入居者様一人一人を尊重し合える人間関係を構築します。 *入居者様は、人生の大先輩であるということを忘れない姿勢で援助します。</p> <p>3:健康管理並びに機能維持を図り、積極的に社会参加する事を推進します。 *目的を持ってはつらつとした生活を目指します。</p> <p>4:入居者様の人権・プライバシーを保護し、安心できる生活環境を整えます。 *個人情報保護に努め、安心できる生活環境を提供します。</p> <p>5:身体拘束を廃止、入居者様の自由を制限しない事に努めます。 *どのような状況でも（生命に危険がない限り）、入居者様の意思と行動の自由に配慮します。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | 機能訓練指導員、介護職員が共同して入居者の心身状況に合わせた個別の運動プログラムを作り、元気にその人らしく生活できるよう支援します。 |
| 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 | |
| | 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 | (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) | (1) | あり | 2 | なし |
| | | (II) | 1 | あり | (2) | なし |
| | | (III) | 1 | あり | (2) | なし |
| | 介護職員処遇改善加算 | (I) | (1) | あり | 2 | なし |
| | | (II) | 1 | あり | (2) | なし |
| | | (III) | 1 | あり | (2) | なし |
| | | (IV) | 1 | あり | (2) | なし |
| | | (V) | 1 | あり | (2) | なし |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | (I) | (1) | あり | 2 | なし | |
| | (II) | 1 | あり | (2) | なし | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | (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 | (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 ※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 | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 富丘まごころ内科クリニック |
| | | 住所 | 北海道札幌市手稲区富丘1条4丁目1-1 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 定期診察 緊急時の外来対応及び入院協力 健康相談 健康診断（医療費その他の費用は入居者様の自己負担） 看護職員への看護指導への協力 |
| | 2 | 名称 | 手稲病院 |
| | | 住所 | 北海道札幌市手稲区前田6条13丁目8-15 |
| | | 診療科目 | 精神科 |
| | | 協力科目 | 精神科 |
| | | 協力内容 | 定期診察（医療費その他の費用は入居者様の自己負担） |
| | 3 | 名称 | ていね整形外科リハビリクリニック |
| | | 住所 | 北海道札幌市手稲区手稲本町3条3丁目7-30 |
| | | 診療科目 | 整形外科 |
| | | 協力科目 | 整形外科 |
| | | 協力内容 | 定期診察（医療費その他の費用は入居者様の自己負担） |
| | 4 | 名称 | 小笠原眼科 |
| 住所 | | 北海道札幌市手稲区前田5条12丁目13-33 | |
| 診療科目 | | 眼科 | |
| 協力科目 | | 眼科 | |
| 協力内容 | | 定期診察（医療費その他の費用は入居者様の自己負担） | |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | はっとりファミリー歯科 |
| | | 住所 | 北海道札幌市手稲区明日風1丁目6-18 |
| | | 協力内容 | 往診 治療 歯科相談等（医療費その他の費用は入居者様の自己負担） |
| | 2 | 名称 | もみの木歯科 |
| | | 住所 | 北海道札幌市手稲区手稲本町3条3丁目1-2 |
| | | 協力内容 | 治療 歯科相談等（医療費その他の費用は入居者様の自己負担） |

(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 | | 一時介護室へ移る場合 | | |
| | | 介護居室へ移る場合 | | |
| | ○ | その他 | 介護居室から別の介護居室へ移る場合 | |
| 判断基準の内容 | 事業者は、入居者様に対してより適切な介護を提供する為に必要と判断する場合には、本契約に基づくサービスの提供の場所を入居施設内において変更する場合があります。 | | | |
| 手続きの内容 | <p>変更の判断に際しては、次に掲げる手続きをとるものとします。</p> <p>一 入居者の意思を確認する</p> <p>二 入居者の身元引受人等の意見を聴く</p> <p>三 事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>四 一定の観察期間をおく</p> <p>事業者の判断により介護居室を変更した場合、前居室の原状回復費は請求しません。ただし、入居者様の希望により介護居室を変更した場合、前居室の原状回復費を請求します。</p> | | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり | 2 なし | | |
| 居室利用権の取扱い | 居室の利用権が移行します。 | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり | 2 なし | | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり | 2 なし | |
| | 便所の変更 | 1 あり | 2 なし | |
| | 浴室の変更 | 1 あり | 2 なし | |
| | 洗面所の変更 | 1 あり | 2 なし | |
| | 台所の変更 | 1 あり | 2 なし | |
| | その他の変更 | 1 ありの場合 | 2 なし | |
| | | (変更内容) | | |

(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 | 介護認定にて「自立」と判断された場合は、退居になります。 | | |
| 契約解除の内容 | <p>【入居契約書第33条】事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持する事が社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解約することがあります。</p> <p>一 家賃又は管理費その他の費用の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上遅滞するとき</p> <p>二 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>三 禁止または制限される行為の規定に違反したとき</p> <p>四 身体に著しい変化があり、医療依存度が施設対応不可能と判断したとき</p> <p>五 入居者の行動が、集団生活を営むことが困難な状態であり、かつ、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止あるいは調節する事ができないとき</p> <p>六 入居者が自分自身を傷つけたり他人に危害を加えたりする行為がみられたとき</p> <p>七 身元引受人が不在もしくは連絡が取れなくなったとき</p> <p>八 入居者が長期の外出(60日以上)をするとき</p> <p>九 入居者及びその関係者が当社の運営を著しく妨害する行為がみられたとき</p> <p>十 入居者が「指定暴力団等」の構成員およびその周辺のものであることが明らかになったとき、または指定暴力団等および反社会的勢力との取引が明らかになったとき</p> <p>2 前項第一号から第七号による契約の解除の場合、事業者は以下の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の通告については、緊急性がある場合を除き60日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 本条第1項第四号から第六号によって契約を解除する場合には、事業者は次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>【入居契約書第34条】入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができます。解除の申し入れは、事業者の定める「退居届(解約届)」を事業者に届け出るものとし、「退居届(解約届)」に契約解除日を明示します。</p> <p>2 入居者が前項の「退居届(解約届)」を提出しないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって本契約は解除されたものとし、ます。</p> | | |

| | | |
|----------------|--------------------------------|---|
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書 第33条 |
| | 解約予告期間 | 60 日 |
| 入居者から解約予告期間 | 30 日 | |
| 体験入居の内容 | ① あり 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (内容) | 空室がある場合に体験入居ができます。 利用料金 2泊3日 11,000円 5食食事つき、消費税込み。電気代等は含みます。 |
| 入居定員 | 60 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 ※1※2 |
|---|----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 0.8 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1 |
| 直接処遇職員 | 23 | 22 | 1 | 20.9 |
| 介護職員 | 19 | 18 | 1 | 16.9 |
| 看護職員 | 4 | 4 | 0 | 4 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 1 | 0.8 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 1 |
| 栄養士 | 0 | | | 外部委託 |
| 調理員 | 0 | | | 外部委託 |
| 事務員 | 1 | 1 | | 1 |
| その他職員 | 0 | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2 | | | | 37.5 時間 |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の数に換算した人数をいう。 | | | | |
| ※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 | 1 | 1 | |
| 介護福祉士 | 16 | 15 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 5 | 4 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 9 | 8 | 1 |
| 介護支援専門員 | 2 | 2 | |

(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 | 0 | | |
| 理学療法士 | 1 | | 1 |
| 作業療法士 | 0 | | |
| 言語聴覚士 | 0 | | |
| 柔道整復士 | 0 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | | |
| はり師 | 0 | | |
| きゅう師 | 0 | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 | (21 時 0 分 ~ 9 時 0 分) | |
|----------|------------------------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 3 人 | 2 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 (一般形特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上職員配置比率※ 【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) | | 2.4 : 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 なし | | | | | |
| | 業務にかか る資格等 | ① あり 2 なし | | | | | | |
| | | 1 ありの場合 | | 資格等の名称 介護支援専門員、社会 福祉士 | | | | |
| | 看護職員 | 介護職員 | | 生活相談員 | 機能訓練指導人 | 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 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | 0 | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 2 | | | | | |
| 業 に 務 に 応 じ 従 事 し た 事 員 の 経 験 人 数 年 数 | 1年未満 | | 1 | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | 2 | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | 2 | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | 2 | 1 | 1 | | | | |
| | 10年以上 | 2 | 12 | | 1 | | 1 | 1 |
| 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法 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・月払い方式 ③ 月払い方式 4 選択方式 | |
| | 4 選択方式の場合、該当する方式をすべて選択 | |
| | | 全額前払い方式 |
| | | 一部前払い・一部月払い方式 月払い方式 |
| 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）の取り扱い | ① 減額なし 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 | 介護保険法の改定又は公租公課および物価並びに経済情勢の変動があった場合。 |
| | 手続き | 【入居契約書第31条】事業者は月額利用料および食費の費用並びに入居者が支払うべきその他の費用の額を改定することがあります。費用の改定にあたっては、介護保険法の改定又は公租公課及び物価並びに経済情勢の変動等もしくは、事業者が雇用する従業員の人件費の増加等を勘案し、運営懇談会において入居者に説明した上で行うものとします。改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等に事前に通知します。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|------------|---------|-------------------|-------------------|----------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護2 | 要介護5 | |
| | 年齢 | 87歳 | 88歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18 m ² | 18 m ² | |
| | 便所 | ① あり 2 なし | ① あり 2 なし | |
| | 浴室 | 1 あり ② なし | 1 あり ② なし | |
| | 台所 | 1 あり ② なし | 1 あり ② なし | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0円 | 0円 | |
| | 敷金 | 100,000円 | 100,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 197,499/199,699円 | 203,674/205,874円 | |
| サービス費用 | 家賃 | 61,000円 | 61,000円 | |
| | 介護保険外※2 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 19,429 (1割負担)円 | 25,604 (1割負担)円 |
| | | 食費 | 48,870円 | 48,870円 |
| | | 管理費 | 49,500円 | 49,500円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 18,700/20,900円 | 18,700/20,900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係る介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|---------------------------|--|
| 家賃 | 土地・建物の減価償却負担及び建物の維持修繕にかかる費用をふまえ、近隣の家賃相場を勘案したうえで算定しております。 |
| 敷金 | 家賃の 1.6 ヶ月分 |
| 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 | 共用部分の照明・空調・車両費・保険料等 日常業務に係る事務員費、消耗品費 事務用品費 通信費 共用部分の清掃費、ゴミ収集費 植栽管理、環境美化等 の実費費用を見込んでおり、利用者に対し応分の費用負担を加味しております。 |
| 食費 | 給食業者との給食委託契約に基づき、満室時の入居者数に対しての実費費用を見込んでおり、利用者に対し、応分の費用負担を加味して算定しております。 朝食453円、昼食561円、夕食615円（税込） 一ヶ月30日計算。 ※食費は全て軽減税率（8%）対象。 |
| 光熱水費 | 居室 水道代（トイレ・洗面所）、電気代（家電品・エアコン）等の実費費用を見込んでおり、利用者に対し応分の費用負担を加味し算定しております。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービスの利用料 | 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※に対する自己負担額 | <p>※要介護度に応じて介護費用の負担金割合に応じた額を徴収する。</p> <p>介護保険サービスの1割負担分(1ヶ月30日の場合)</p> <p>要支援1 6,287円 要支援2 10,211円 要介護1 17,421円 要介護2 19,429円 要介護3 21,558円 要介護4 23,505円 要介護5 25,604円</p> <p>介護保険サービスの2割負担分(1ヶ月30日の場合)</p> <p>要支援1 12,574円 要支援2 20,422円 要介護1 34,841円 要介護2 38,857円 要介護3 43,116円 要介護4 47,009円 要介護5 51,207円</p> <p>介護保険サービスの3割負担分(1ヶ月30日の場合)</p> <p>要支援1 18,861円 要支援2 30,633円 要介護1 52,262円 要介護2 58,285円 要介護3 64,673円 要介護4 70,514円 要介護5 76,811円</p> <p>金額については、1ヶ月を30日として、地域区分(7級地 1単位=10.14円)で計算しています。</p> <p>※自己負担額には「医療機関連携加算」「夜間看護体制加算」(要支援1・2を除く)及び「サービス提供体制強化加算Ⅰ」を含みます。</p> <p>※別に介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(所定単位数の82/1000)及び介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)(所定単位数の18/1000)及び介護職員等ベースアップ等支援加算(所定単位数の15/1000)の自己負担分も徴収させていただきます。</p> |
| 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・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------------------|--------------------|-----|
| 算定根拠 | | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | | ヶ月 |
| 償却の開始日 | | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額) | | 円 |
| 初期償却率 | | % |
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | |
| 前払金の保全先 | 1 全国有料老人ホーム協会 | |
| | 2 連帯保証を行う銀行等 | |
| | 3 信託契約を行う信託会社等 | |
| | 4 保証保険を行う保険会社 | |
| | 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 | 16 人 |
| | 女性 | 44 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 3 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 10 人 |
| | 85歳以上 | 47 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 人 |
| | 要支援 1 | 1 人 |
| | 要支援 2 | 1 人 |
| | 要介護 1 | 17 人 |
| | 要介護 2 | 23 人 |
| | 要介護 3 | 8 人 |
| | 要介護 4 | 8 人 |
| | 要介護 5 | 2 人 |
| 入居期間別 | 6 か月未満 | 9 人 |
| | 6 か月以上 1 年未満 | 9 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 28 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 12 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 1 人 |
| | 15 年以上 | 1 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|-------|
| 平均年齢 | 90 歳 |
| 入居者数の合計 | 60 人 |
| 入居率※ | 100 % |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|----------------------------------|----------|----------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0 人 |
| | 社会福祉施設 | 2 人 |
| | 医療機関 | 11 人 |
| | 死亡 | 2 人 |
| | その他 | 4 人 |
| 生前解約の状況 | | 0 人 |
| | 施設側の申し出 | (解約事由の例) |
| | | |
| | 入居者側の申し出 | 19 人 |
| (解約事由の例) 入院継続、永眠、特養入所、GH等への転居 | | |

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 | ラ・ナシカ ていね 担当：管理者 佐々木 利幸 | |
| 電話番号 | 011-699-7013 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8：30～17：00 |
| | 土曜 | 8：30～17：00 |
| | 日曜・祝日 | 8：30～17：00 |
| 定休日 | なし | |
| 窓口 2 | | |
| 窓口の名称 | 株式会社シダー 本社総務部 | |
| 電話番号 | 093-932-7005 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8：30～17：00 |
| | 土曜 | 8：30～17：00 |
| | 日曜・祝日 | 8：30～17：00(祝日のみ) |
| 定休日 | 日曜日 | |
| 窓口 3 | | |
| 窓口の名称 | 手稲区役所保健福祉課 | |
| 電話番号 | 011-681-2400 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8：45～17：15 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | 土日祝日及び年末年始 | |
| 窓口 4 | | |
| 窓口の名称 | 北海道国民健康保険団体連合会 | |
| 電話番号 | 011-231-5175 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9：00～17：00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | 土日祝日及び年末年始 | |

(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="radio"/> あり 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 損害保険ジャパン株式会社 |
| 介護サービス提供により賠償すべき事故が発生した時の対応 | 1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | その内容 | 事故対応マニュアル |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> あり 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | 随時実施。意見は運営懇談会で報告。 |
| | 結果の開示 | あり |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 実施日 | |
| | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|--|
| 入居契約書の雛型 | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない |
| 管理規定 | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--|--|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | (開催頻度) 年 | 6 回 |
| | 2 なしの場合 | |
| | 1 代替措置あり 2 代替措置なし | |
| | 1 代替措置ありの場合 | |
| | (内容) | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | <input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> 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「第6 規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり ② なし | |
| | 1 ありの場合 | |
| | 合致しない事項がある場合の内容 | |
| | 「第7 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 | | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

備考

| |
|---|
| 6. 利用料金 (利用料金の支払い方法) 1. 減額なし(家賃・管理費) 2. 日割り計算で減額(水光熱費) |
|---|

添付書類： 別添1（別に実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1

事業主体が札幌市内で実施する他の介護サービス等

| 介護サービスの種類 | 有無 | 事業所の名称 | 所在地 | 併設 | 隣接 |
|------------------|--|--------|-----|----|----|
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
| 訪問介護 | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 訪問入浴介護 | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 訪問看護 | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 訪問リハビリテーション | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 居宅療養管理指導 | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 通所介護 | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 通所リハビリテーション | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 短期入所生活介護 | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 短期入所療養介護 | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 福祉用具貸与 | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 特定福祉用具販売 | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| ＜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 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 地域密着型通所介護 | あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------|----|----|--|--|--|--|
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 介護医療院 | あり | なし | | | | |

<介護予防・日常生活支援総合事業>

| | | | | | | |
|-------------|----|----|--|--|--|--|
| 訪問型サービス | あり | なし | | | | |
| 通所型サービス | あり | なし | | | | |
| その他生活支援サービス | あり | なし | | | | |

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | あり | なし | | |
|----------------------------------|---|----|----------------------------|----|------|------|--------|--|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | 備考 |
| | | | | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | あり | なし | あり | なし | | | | 必要に応じ適宜実施。 |
| 排泄介助・おむつ交換 | あり | なし | あり | なし | | | | 必要に応じ適宜実施。 |
| おむつ代 | | | あり | なし | | ○ | | 希望者に対し実施。 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | あり | なし | あり | なし | | | | 週3回実施。 |
| 特浴介助 | あり | なし | あり | なし | | | | 実施いたしません。 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | あり | なし | あり | なし | | | | 必要に応じ適宜実施。 |
| 機能訓練 | あり | なし | あり | なし | | | | 週3回以上実施。 |
| 通院介助 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 2,200円 | （協力医療機関）必要に応じ適宜実施 （協力医療機関以外）1回1時間2,200円+タクシー代 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | あり | なし | あり | なし | ○ | | | 週1回を標準とします。必要に応じ適宜実施。 |
| リネン交換 | あり | なし | あり | なし | ○ | | | 週1回を標準とします。必要に応じ適宜実施。 |
| 日常の洗濯 | あり | なし | あり | なし | | | | 必要に応じ適宜実施。 |
| 居室配膳・下膳 | あり | なし | あり | なし | ○ | | | 必要に応じ適宜実施。 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | あり | なし | ○ | | 実費 | 治療食の提供について実費負担。 |
| おやつ | | | あり | なし | ○ | | | 食費に含まれます。 |
| 理美容師による理美容サービス | | | あり | なし | ○ | | 実費 | 実費負担。 |
| 買い物代行（通常の利用区域） | あり | なし | あり | なし | ○ | | | 週1回指定日のみ。 |
| 買い物代行（上記以外の区域） | あり | なし | あり | なし | ○ | | 2,200円 | 1回1時間2,200円+タクシー代。 |
| 役所手続き代行 | あり | なし | あり | なし | ○ | | | 月1回指定日のみ。 |
| 金銭・貯金管理 | | | あり | なし | | | | 相談に応じます。 |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | あり | なし | | ○ | 実費 | 年2回希望者に対して実施。費用は全額自己負担。 |
| 健康相談 | あり | なし | あり | なし | | | | 必要に応じ適宜実施。 |
| 生活指導・栄養指導 | あり | なし | あり | なし | | | | 必要に応じ適宜実施。 |
| 服薬支援 | あり | なし | あり | なし | | | | 必要に応じ適宜実施。 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり | なし | あり | なし | | | | 必要に応じ適宜実施。 |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | あり | なし | あり | なし | | | | 実施しません。 |
| 入退院時の同行 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 2,200円 | （協力医療機関）必要に応じ適宜実施 （協力医療機関以外）1回1時間2,200円+タクシー代 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | なし | あり | なし | | | | 実施しません。 |
| 入院中の見舞い訪問 | あり | なし | あり | なし | ○ | | | 必要に応じ適宜実施。 |
| その他のサービス | | | | | | | | |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供記録等の複写物に係る費用：1ページ20円 ・食事については前日17：00までキャンセル可能 ・ベッドレンタル料 2,200円/月 ・在宅酸素電気代 4,950円/月（使用者のみ） | | | | | | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割又は3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。