

有料老人ホーム重要事項説明書

|      |       |       |          |
|------|-------|-------|----------|
|      |       | 記入年月日 | 令和3年7月1日 |
| 記入者名 | 中野 俊治 | 所属・職名 | 施設長      |

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)<br>かぶしきがいしゃ けあさぽーとあびたしおん<br>株式会社 ケアサポートアビタシオン |   |
| 事業主体の主たる<br>事務所の所在地 | 〒005-0004  |   |
|                     | 北海道札幌市南区澄川4条3丁目5番3号                                  |   |
| 事業主体の連絡先            | 電話番号   | 011-252-9931  |
|                     | FAX番号  | 011-522-9119  |
|                     | ホームページアドレス   | なし<br>あり： <a href="http://www.fdh.co.jp">http://www.fdh.co.jp</a> |
| 事業主体の代表者の<br>氏名及び職名 | 氏名   | 中原 亨  |
|                     | 職名   | 代表取締役   |
| 事業主体の設立年月日          | 昭和55年8月18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. 施設概要

### (住まいの概要)

|               |  |  |
|---------------|--|--|
| 名称            | (ふりがな)<br>ふぁみりーどくたーずほーむ みその<br>ファミリードクターズホーム美園 |  |
| 所在地           | 〒062-0007                                      |  |
|               | 北海道札幌市豊平区美園7条3丁目4番21号                          |  |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅  | 地下鉄東豊線 美園駅   |
|               | 交通手段と所用時間                                      | 美園駅徒歩6分  |
| 連絡先           | 電話番号   | 011-817-3770   |
|               | FAX番号  | 011-822-3002   |
|               | ホームページアドレス                                     | なし   |
|               |  | あり：<br><a href="http://green-plaza.biz/familydr/misono/">http://green-plaza.biz/familydr/misono/</a> |
| 管理者           | 氏名   | 中野 俊治  |
|               | 職名   | 施設長  |
| 建物の竣工日        |  | 平成21年6月15日   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |  | 平成28年5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 <b>住宅型</b>                       |              |         |
| 4 健康型                              |              |         |
| 1 又は<br>2 に該<br>当する<br>場合          | 介護保険事業所番号    |         |
|                                    | 指定した自治体名     | 北海道/札幌市 |
|                                    | 事業所の指定日      | 年 月 日   |
|                                    | 指定の更新年月日（直近） | 年 月 日   |

### 3. 建物概要

|  |                |                          |           |                         |        |        |
|--|----------------|--------------------------|-----------|-------------------------|--------|--------|
| 土地   | 敷地面積           | 673.25㎡                  |           |                         |        |        |
|  | 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        | (2019年1月31日～2039年1月30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                       | 1,423.76㎡ |                         |        |        |
|  |                | うち、老人ホーム部分               | 1,423.76㎡ |                         |        |        |
|  | 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(壁式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        | (2019年1月31日～2039年1月30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<br>【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A           | 有/無                      | 有/無       | 18.13㎡                  | 17     | 介護居室個室 |
|  | タイプB           | 有/無                      | 有/無       | 18.20㎡                  | 9      | 介護居室個室 |
|  | タイプC           | 有/無                      | 有/無       | 18.13㎡                  | 7      | 介護居室個室 |
|  | タイプD           | 有/無                      | 有/無       | 18.20㎡                  | 7      | 介護居室個室 |
|  | タイプE           | 有/無                      | 有/無       | 19.00㎡                  | 2      | 介護居室個室 |
| タイプF   | 有/無            | 有/無                      | 22.08㎡    | 2                       | 介護居室個室 |        |
| ※ 「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     | 1ヶ所                      |           | うち男女別の対応が可能な便房          | ヶ所     |        |
|  |                |                          |           | うち車椅子等の対応が可能な便房         | 1ヶ所    |        |
|  | 廊下幅            | 片廊下<br>中廊下               |           | - m                     |        |        |
|  |                |                          |           | 2.04m                   |        |        |
| 共用浴室   | 2ヶ所            |                          | 個室        | 2ヶ所                     |        |        |
|  |                |                          | 大浴場       | ヶ所                      |        |        |

|                  |              |    |               |          |    |
|------------------|--------------|----|---------------|----------|----|
|                  | 共用浴室における介護浴槽 |    | ヶ所            | チェアー浴    | ヶ所 |
|                  |              |    | ヶ所            | リフト浴     | ヶ所 |
|                  |              |    | ヶ所            | ストレッチャー浴 | ヶ所 |
|                  |              |    | 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 |
|                  | 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        | ① 自分らしく生きていくために、視る・触る・聴く・味わう・香るの五感のすべてが快適に満たされる環境を目指します。<br>② 入居されるご本人はもとより、ご家庭や訪れる方々に楽しみを持っていただけるよう環境を整えます。 |      |      |  |
| 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 |      |  |
|                                | 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 ) 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 )<br>: 1 |      |      |  |
|                                | 2 なし          | 1 あり                   | 2 なし |      |  |

(医療連携の内容)

|                |   |   |
|----------------|---|---|
| 医療支援<br>※複数選択可 | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input type="checkbox"/> 3 通院介助<br><input type="checkbox"/> 4 その他 ( ) |   |
| 協力医療機関         | 1   | 名称：医療法人大地 札幌真駒内病院<br>住所：札幌市南区真駒内緑町1丁目2番1号<br>診療科目：内科・外科・消化器内科・消化器外科・循環器内科・心臓血管外科・呼吸器外科・泌尿器科・形成外科・肛門外科・リハビリテーション科<br>協力内容：外来受診、人工透析・定期健康診断の実施等・必要な医療サービスを提供・入院を要する場合の受入れ（医療費その他の費用は入居者の自己負担） |
|                | 2   | 名称：医療法人大空 札幌ススキノ病院<br>住所：札幌市中央区南6条西8丁目5番地<br>診療科目：内科・人工透析内科・呼吸器内科・消化器内科・外科・消化器外科・循環器内科・リハビリテーション科、訪問診療<br>協力内容：外来受診、訪問診療、人工透析、リハビリ等の必要な医療サービスを提供・入院を要する場合の受け入れ（医療費その他の費用は入居者の自己負担）          |
|                | 協力歯科医療機関  |   |
|                | 名称：日之出歯科真駒内診療所<br>住所：札幌市南区真駒内南町4丁目6番9号<br>協力内容：歯科治療（入歯の調整や作成・詰物等）   |   |

(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<br>※複数選択可 | <input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合<br><input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（管理規程に定める ) |   |
| 判断基準の内容                  | 管理規程に定める  |   |
| 手続きの内容                   | 管理規程に定める  |   |
| 追加的費用の有無                 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |   |
| 居室利用権の取扱い                | 居室の利用権は移行とする。   |   |
| 前払金償却の調整の有無              | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |   |
| 従前の居室との使用の変更             | 面積の増減   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                          | 便所の変更   | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし            |
|                          | 浴室の変更   | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし            |
|                          | 洗面所の変更  | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし            |
|                          | 台所の変更   | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし            |
| その他の変更                   | <input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容)<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |   |

(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   | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし |
|                    | 要支援の者   | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし |
|                    | 要介護の者   | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし |
| 留意事項               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上で、入居時自立・要支援・要介護の方</li> <li>・ 他の入居者に感染する疾病をお持ちでないこと。</li> <li>・ 入居後に当ホームの定める月額費用などを負担できること。</li> <li>・ 身元引受人をたてられること。</li> <li>・ 当ホームの運営主旨をご理解いただき、ご協力を約束できること。</li> <li>・ その他、ホームが認めた方であること。</li> </ul> |  |      |
| 契約の解除の内容           | ① 入居者が死亡した場合<br>② 入居者、又は設置者から解約した場合   |  |      |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項  | 入居契約書第26条                              |      |
|                    | 解約予告期間  | 30日                                    |      |
| 入居者から解約予告期間        | 30日   |  |      |
| 体験入居の内容            | 1 あり (内容： )<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |  |      |
| 入居定員               | 48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)

(職員別の職員数)

|  | 職員数(実人数) 3人 |    |     | 常勤換算人数<br>※1※2 |
|--|-------------|----|-----|----------------|
|  | 合計          | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者  | 1           | 1  |     |                |
| 生活相談員  |             |    |     |                |
| 直接処遇職員   |             |    |     |                |
| 介護職員   |             |    |     |                |
| 看護職員   |             |    |     |                |
| 機能訓練指導員  |             |    |     |                |
| 計画作成担当者  |             |    |     |                |
| 栄養士  |             |    |     |                |
| 調理員  |             |    |     |                |
| 事務員  |             |    |     |                |
| その他職員  | 2           |    | 2   |                |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2   |             |    |     |                |
| ※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。 |             |    |     |                |
| ※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     |    |    |     |
| 介護福祉士     | 1  | 1  |     |
| 実務者研修の修了者 |    |    |     |
| 初任者研修の修了者 |    |    |     |
| ホームヘルパー2級 |    |    |     |
| 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 |
| 看護師及び准看護師   |    |    |     |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復士       |    |    |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |
| はり師         |    |    |     |
| きゅう師        |    |    |     |

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

| 夜勤帯の設定時間 ( 18 時 ~ 9 時 ) |      |                 |
|-------------------------|------|-----------------|
|                         | 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                    | 1 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<br>(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※<br>【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<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) |   |            |
| ※ 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                         |   |            |
|   | 通所介護事業の名称                          |   |            |



(職員の状況)

|   |               |     |   |     |       |     |         |     |         |     |
|---|---------------|-----|---|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者                                     | 他の職務との兼務      |     | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし          |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 業務に係る資格等      |     | <input checked="" type="checkbox"/> あり      |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 資格等の名称        |     | 介護福祉士                                       |     |       |     |         |     |         |     |
|   |               |     | 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                             |               |     |   |     |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                             |               |     |   |     |       |     |         |     |         |     |
| 数業務に<br>応じた<br>従事した<br>職員の<br>経験<br>人数年 | 1年未満          |     |   |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 1年以上<br>3年未満  |     |   |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 3年以上<br>5年未満  |     |   |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 5年以上<br>10年未満 |     |   |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 10年以上         |     |   |     |       |     |         |     |         |     |
|   | 従業者の健康診断の実施状況 |     | <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<br>【表示事項】          | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式<br><input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式                          |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】       | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式  |  |
|                            | <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式<br><input type="checkbox"/> 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択  | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |  |
| 要介護状態に応じた金額設定              | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし<br><input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br><input type="checkbox"/> 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  |  |
|                            | 手続き   |  |

### (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

【税込】

|  |                               | プラン 1  | プラン 2  |              |
|--|-------------------------------|--|--|--------------|
| 入居者の状況   | 要介護度                          | —  | —  |              |
|  | 年齢                            | — 歳  | — 歳  |              |
| 居室の状況  | 床面積                           | 18.20㎡   | 18.20㎡   |              |
|  | 便所                            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |              |
|  | 浴室(シャワー室)                     | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |              |
|  | 台所                            | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |              |
| 入居時点で必要な費用   | 前払金                           | 0円   | 0円   |              |
|  | 敷金                            | 122,000円(非課税)  | 132,000円(非課税)  |              |
| 月額費用の合計  |                               | 141,880円   | 146,880円   |              |
| 家賃   |                               | 61,000円(非課税)   | 66,000円(非課税)   |              |
| サービス費用   | 特定施設入居者生活介護※ <sub>1</sub> の費用 |  |  |              |
|  | 介護保険外※ <sub>2</sub>           | 食費(1日1,200円)   | 38,880円  | 38,880円      |
|  |                               | 管理費  | 20,000円(非課税)   | 20,000円(非課税) |
|  |                               | 基本サービス費  | 22,000円  | 22,000円      |
|  |                               | 光熱水費(非課税)  | 管理費に含む   | 管理費に含む       |
|  | その他                           |  |  |              |
| ※ 1 1月～翌年4月は、暖房費11,000円(税込)徴収する。<br>※ 1 介護予防・地域密着型の場合を含む。<br>※ 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) |                               |  |  |              |

**(利用料金の算定根拠)**

| 費 目                  | 算 定 根 拠                         |
|----------------------|---------------------------------|
| 家賃                   | 近隣の賃料相場より算出                     |
| 敷金                   | 家賃の2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                  | 人件費、事務費、共用施設等の維持管理、水道光熱費、備品・消耗品 |
| 食費                   | 厨房維持費、1日3食を提供するための費用            |
| 基本サービス費              | 健康相談、非常時通報システム及びフロントサービスに係る経費等  |
| 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 用  | 算 定 根 拠 |
|--|---------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担                       |         |
| 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） |         |
| ※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 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【令和3年7月1日現在】

### (入居者の人数)

|       |            |     |
|-------|------------|-----|
| 性別    | 男性         | 8人  |
|       | 女性         | 22人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0人  |
|       | 65歳以上75歳未満 | 4人  |
|       | 75歳以上85歳未満 | 7人  |
|       | 85歳以上      | 19人 |
| 要介護度別 | 自立         | 0人  |
|       | 要支援1       | 2人  |
|       | 要支援2       | 5人  |
|       | 要介護1       | 11人 |
|       | 要介護2       | 6人  |
|       | 要介護3       | 2人  |
|       | 要介護4       | 4人  |
|       | 要介護5       | 0人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 2人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 3人  |
|       | 1年以上5年未満   | 19人 |
|       | 5年以上10年未満  | 5人  |
|       | 10年以上15年未満 | 1人  |
|       | 15年以上      | 0人  |

### (入居者の属性)

|  |       |
|--|-------|
| 平均年齢   | 84.6歳 |
| 入居者数の合計  | 30人   |
| 入居率※   | 68.2% |
| ※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      | 人                                    |
|         | 社会福祉施設   | 人                                    |
|         | 医療機関     | 6人                                   |
|         | 死亡者      | 人                                    |
|         | その他      | 1人                                   |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 人<br>(解約事由の例)                        |
|         | 入居者側の申し出 | 7人<br>(解約事由の例)<br>入院したが、退院の見込みがたたない等 |

### 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状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入こと。

|          |       |                      |
|----------|-------|----------------------|
| 窓口の名称1   |       | ファミリードクターズホーム美園 相談窓口 |
| 電話番号     |       | 011-817-3770         |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00～18:00           |
|          | 土曜    |                      |
|          | 日曜・祝日 |                      |
| 定休日      |       | 土、日、祝日               |
| 窓口の名称2   |       | 札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課 |
| 電話番号     |       | 011-211-2972         |
| 対応している時間 | 平日    | 8:45～17:15           |
|          | 土曜    |                      |
|          | 日曜・祝日 |                      |
| 定休日      |       | 土、日、祝日及び12月29日～1月3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 | (その内容) 施設賠償責任保険に加入しており、施設側の責めに帰すべき事由により損害が生じた場合には損害賠償に応じます。但し、入居者の責めに帰すべき事由により損害が生じた場合には、賠償に応じかねることがあります。 |    |
|                               | 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    |    |    |
|                                  |       | 結果の開示 | 1      | あり | 2  |
| 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     | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書  | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

|  |  |            |
|--|--|------------|
| 運営懇談会  | <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>【表示事項】                          | 1 あり (提携ホーム名:)   |            |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                     |            |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第29条第1項に規定する<br>届出       | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                |            |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針<br>「第6 規模及び構造設備」に合致しない事項     | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                |            |
| 合致しない事項がある場合                                 |  |            |
| 「第7 既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への<br>適合性           | 1 適合している (代替措置)<br>2 適合している (将来の改善計画)<br>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                        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                |            |
| 不適合事項がある場合の内容                                | 生活相談員の配置なし   |            |

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 令和 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

| 介護サービスの種類                    |                                     | 事業所の名称 | 所在地                       |
|------------------------------|-------------------------------------|--------|---------------------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |                                     |        |                           |
| 訪問介護                         | <input checked="" type="checkbox"/> | なし     | 楽々訪問介護事業所<br>楽々訪問介護西岡     |
| 訪問入浴介護                       | あり                                  | なし     |                           |
| 訪問看護                         | <input checked="" type="checkbox"/> | なし     | ケアサポートアビタシオン訪問看護ステーション    |
| 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     |                           |
| 特定福祉用具販売                     | あり                                  | なし     |                           |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |                                     |        |                           |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護               | <input checked="" type="checkbox"/> | なし     | グリーンフラスター定期巡回訪問介護看護ステーション |
| 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                       | <input checked="" type="checkbox"/> | なし     | ケアフロンセンター<br>グリーンフラスター    |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |                                     |        |                           |
| 介護予防訪問介護                     | <input checked="" type="checkbox"/> | なし     | 楽々訪問介護事業所                 |
| 介護予防訪問入浴介護                   | あり                                  | なし     |                           |
| 介護予防訪問看護                     | <input checked="" type="checkbox"/> | なし     | ケアサポートアビタシオン訪問看護ステーション    |
| 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     |                           |
| 特定介護予防福祉用具販売                 | あり                                  | なし     |                           |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |                                     |        |                           |
| 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                                  | あり     |                           |
| 介護予防支援                       | あり                                  | なし     |                           |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |                                     |        |                           |
| 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 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） | 個別利用料で実施するサービス（利用者が全額負担） |      |          | 備考 |    |          |                          |  |
|                                  |                                   | 包含※2                     | 都度※2 | 料金(税込)※3 |    |    |          |                          |  |
| 介護サービス                           |                                   |                          |      |          |    |    |          |                          |  |
| 食事介助                             | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 排泄介助・おむつ交換                       | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| おむつ代                             |                                   |                          | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 特浴介助                             | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 機能訓練                             | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 通院介助                             | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 生活サービス                           |                                   |                          |      |          |    |    |          |                          |  |
| 居室清掃                             | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    | ○  | 15分 550円 |                          |  |
| リネン交換                            | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    | ○  | 15分 550円 |                          |  |
| 日常の洗濯                            | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    | ○  | 15分 550円 |                          |  |
| 居室配膳・下膳                          | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   |                          | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| おやつ                              |                                   |                          | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 理容師による理美容サービス                    |                                   |                          | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 買い物代行                            | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 役所手続き代行                          | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 金銭・貯金管理                          |                                   |                          | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 健康管理サービス                         |                                   |                          |      |          |    |    |          |                          |  |
| 定期健康診断                           |                                   |                          | あり   | なし       |    | ○  | 実費       | 協力医療機関にて受けることができるよう手配します |  |
| 健康相談                             | あり                                | なし                       | あり   | なし       | ○  |    |          | 職員による健康相談を受けることができる      |  |
| 生活指導・栄養指導                        | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 服薬支援                             | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 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       |    |    |          |                          |  |
| 入退院時の同行                          | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |
| 入院中に見舞い訪問                        | あり                                | なし                       | あり   | なし       |    |    |          |                          |  |

※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。