

重要事項説明書

(特定施設入居者生活介護)



アイムス旭山公園
株式会社ハンドベル・ケア

有料老人ホーム重要事項説明書

| | | | |
|------|--------|-------|----------|
| | | 記入年月日 | 令和5年7月1日 |
| 記入者名 | 阿久津 孝雄 | 所属・職名 | 施設長 |

※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

| | | |
|-----------------|---|---|
| 種類 | 個人/法人 | 株式会社 |
| | ※法人の場合、その種類 営 利 法 人 | |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ はんどべる・けあ 株式会社ハンドベル・ケア | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒174-0041 | |
| | 東京都板橋区船渡1丁目13番10号 アイタワー3階 | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 03-3967-6102 |
| | FAX番号 | 03-3967-7813 |
| | ホームページアドレス | なし あり： http://www.ims.gr.jp/handbell/ |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 東 靖隆 |
| | 職名 | 代表取締役社長 |
| 事業主体の設立年月日 | 平成5年 10月 1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. 施設概要

(住まいの概要)

| | | |
|---------------|---------------------------------|---|
| 名称 | (ふりがな)あいむすあさひやまこうえん アイムス旭山公園 | |
| 所在地 | 〒064-0946 | |
| | 札幌市中央区双子山4丁目3番8号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 地下鉄東西線 円山公園 駅 |
| | 交通手段と所用時間 | 市営地下鉄東西線円山公園駅よりタクシーで10分、JR北海道バス旭山記念公園・ローウェイ線界川停下車徒歩15分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 011-642-5811 |
| | FAX番号 | 011-642-5812 |
| | ホームページアドレス | なし あり： http://www.ims.gr.jp/asahiyama/ |
| 管理者 | 氏名 | 阿久津 孝雄 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和51年10月31日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成17年8月1日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|---------------------------|---|--|
| 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 住宅型 | |
| 4 | <input type="checkbox"/> 健康型 | |
| 1 又は 2 に該 当する 場合 | 介護保険事業所番号 | 特定施設入居者生活介護事業所 北海道指定第0170101307号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 北海道指定第0170101307号 |
| | 指定した自治体名 | 北海道/札幌市 |
| | 事業所の指定日 | 平成17年7月29日 |
| | 指定の更新年月日(直近) | 平成17年7月29日 |

3. 建物概要

| | | | | | | | |
|--|----------------|------------|-----------------|-------------------|-------------------|-------|------|
| 土地 | 敷地面積 | 47083.72㎡ | | | | | |
| | 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 | 10154.7㎡ | | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 10154.7㎡ | | | | |
| | 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※ |
| | Aタイプ1 | | 有/無 | 有/無 | 45.0㎡ | 2 | 一般 |
| | Aタイプ2 | | 有/無 | 有/無 | 45.0㎡ | 25 | 一般 |
| | Bタイプ1 | | 有/無 | 有/無 | 52.2㎡ | 3 | 一般 |
| | Bタイプ2 | | 有/無 | 有/無 | 52.2㎡ | 48 | 一般 |
| | Cタイプ | | 有/無 | 有/無 | 61.2㎡ | 6 | 一般 |
| | 介護専用居室 | | 有/無 | 有/無 | 26.1㎡ | 14 | 介護専用 |
| | 一時介護室 | | 有/無 | 有/無 | 25.1㎡ | 9 | 一時介護 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ※ 「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 | 10ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 4ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 9ヶ所 | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 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 | | ヶ所 | | |

| | | | | | |
|--------|------------------|-----------------|-------|------|-----|
| | 廊下幅 | 片廊下 | 1.79m | | |
| | | 中廊下 | 1.92m | | |
| | 共用浴室 | ヶ所 | 個室 | 3ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | 2ヶ所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | ヶ所 | チェアー浴 | 2ヶ所 | |
| | | | ヶ所 | リフト浴 | 0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 |
| | 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 | 介護保険法関連法令を遵守し、利用者の立場に立って親切丁寧に各種サービスの提供に努めるとともに、従業員の資質の向上を図る為、研修会の開催・業務に資する各種資格取得について積極的に取り組むものとします | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 24時間ハード・ソフト両面で心と心を通わせながら、ふれあい、ささえあい、人と人を愛で結ぶ介護・看護で暮らしをサポート。 | | |
| 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 | |
| | 介護職員処遇改善加算 | 1 | あり | 2 | なし | |
| | 特定介護職員処遇改善加算 | 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 |
| | サービス提供体制加算 | (Ⅰ) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 1 | あり | 2 | なし |
| ADL維持加算 | (Ⅰ) | 1 | あり | 2 | なし | |
| | (Ⅱ) | 1 | あり | 2 | なし | |
| 科学的介護推進体制加算 | 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 | (介護・看護職員の配置率) 1.81 : 1 | | | |
| | 2 | なし | 1 | あり | 2 | なし |

(医療連携の内容)

| | | |
|----------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input type="checkbox"/> 1 | 救急車の手配 |
| | <input type="checkbox"/> 2 | 入退院の付き添い |
| | <input type="checkbox"/> 3 | 通院介助 |
| | <input type="checkbox"/> 4 | その他 () |
| 協力医療機関 | 1 | 名称：イムス札幌消化器中央総合病院 |
| | | 住所：札幌市西区八軒二条西1丁目 |
| | | 診療科目：内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科他 |
| | | 協力内容：グループ病院として診療、入院 |
| | 2 | 名称：イムス札幌内科リハビリテーション病院 |
| | | 住所：札幌市手稲区手稲金山124番地 |
| | | 診療科目：リハビリテーション科、内科、消化器内科、整形外科他 |
| | | 協力内容：グループ病院として診療、入院 |
| | 3 | 名称：エルム内科循環器科クリニック |
| 住所：札幌市中央区北四条西5丁目1番6F | | |
| 診療科目：内科、循環器科 | | |
| 協力歯科医療機関 | 名称：馬場歯科・小児歯科診療所 | |
| | 住所：札幌市中央区南十七条西14丁目23-102 | |
| | 協力内容：訪問診療 | |

(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 | <input type="checkbox"/> 1 | 一時介護室へ移る場合 |
| | <input type="checkbox"/> 2 | 介護居室へ移る場合 |
| | <input type="checkbox"/> 3 | その他 () |
| 判断基準の内容 | 常時介護が必要になった場合、また、現在の居室では転倒等危険だとホームが判断した場合、介護専用居室への住替えを提案することがあります。 | |
| 手続きの内容 | ①ホームが指定する医師の意見を聞く。 ②概ね3ヶ月間の観察期間を置く。 ③本人・身元引受人の同意を得る | |
| 追加的費用の有無 | <input type="checkbox"/> 1 | あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 居室利用権の取扱い | 介護専用居室での利用権となります。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | <input type="checkbox"/> 1 | あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 従前の居室との使用の変更 | 面積の増減 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 便所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 浴室の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 洗面所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 台所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | その他の変更 | <input type="checkbox"/> 1 |
| | <input type="checkbox"/> 2 | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| 留意事項 | <p>① 入居時満65歳以上、お二人のご入居の場合はいずれも満65歳以上であること。</p> <p>② 二人部屋入居の場合、両者の関係が夫婦、もしくは三親等以内の血族であること。</p> <p>③ 前払い金、月額管理費等の支払いが可能であること（収入証明書等で確認）</p> <p>④ 入居時自立から要支援・要介護の方。</p> <p>⑤ 感染症・伝染病をお持ちでなく、常時医療処置が必要でない方。</p> <p>⑥ 施設内管理規定に従える方。</p> <p>⑦ 入居後に他の入居者の方に、迷惑をかける恐れのない方。</p> | | | | |
| 契約の解除の内容 | <p>① 入居者が逝去した場合（二人入居の場合はどちらとも逝去した場合）</p> <p>② 入居者から契約解除の申し入れがあった場合。</p> | | | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | <p>① 入居申込者に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合。</p> <p>② 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞するとき。</p> <p>③ 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができない場合。</p> | | | |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 | | | |
| 入居者から解約予告期間 | 1ヶ月 | | | | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり（内容： 空室がある場合。 1泊2食付8,800円税込） | | | |
| | 2 | なし | | | |
| 入居定員 | 150人 | | | | |
| その他 | 身元引受人が設定できない場合は後見人制度を紹介 | | | | |

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） | | | 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 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 直接処遇職員 | 42 | 36 | 6 | 38.18 |
| 介護職員 | 30 | 27 | 3 | 28.42 |
| 看護職員 | 12 | 9 | 3 | 9.76 |
| 機能訓練指導員 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 計画作成担当者 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 栄養士 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 調理員 | 14 | 6 | 8 | 9.44 |
| 事務員 | 7 | 6 | 1 | 6.49 |
| その他職員 | 21 | 1 | 20 | 8.82 |
| 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 |
| ※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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 28 | 27 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 2 | 0 | 2 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 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 | |
| 看護師及び准看護師 | | | |
| 理学療法士 | 1 | 1 | |
| 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 | 1 | 1 | |
| 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 (16時30分～9時30分) | | |
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 1人 | 0人 |
| 介護職員 | 4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 (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) | 1.81 : 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 | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | 1 あり | | | | | | | |
| | | | 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 | 2 | 2 | 4 | 1 | | | | | 1 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 3 | 4 | 4 | 2 | | | | | 1 | |
| 数業務に 応じ従 た事 職した 員の 経験 数年 | 1年未満 | 1 | 2 | 2 | 1 | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 1 | 3 | 0 | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | 3 | 0 | 5 | 0 | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | 5 | 0 | 8 | 2 | | | | 1 | |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 9 | 0 | 1 | | 2 | | 1 |
| | | 0 | 0 | 9 | 0 | 1 | | 2 | | 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】 | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 | <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 |
| | | <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 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 type="checkbox"/> 2 なし | |
| 入院による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | <input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が90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 | 所在地の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案して決定。 | |
| | 手続き | 運営懇談会にて意見を聞いたうえ決定。 | |

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

| | | Aタイプ5階一人入居（月払いプラン） | Bタイプ7階二人入居（前払プラン） | |
|-------------|------------------|---|---|----------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 自立 | 夫介護2、妻自立 | |
| | 年齢 | 80歳 | 82、78歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 45㎡ | 52㎡ | |
| | 便所 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 浴室 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 台所 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0円 | 26,400,000円 （償却11年） | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計（税込） | | 329,950円 | 343,672円 | |
| 家賃 | | 165,000円 | 前払い金に含む | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 0円 | 18,222円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費の費用 | 60,450円 | 120,900円 |
| | | 管理費 | 79,200円 | 125,400円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 7,700円 | 11,550円 |
| | | 併用家賃 | 0円 | 50,000円 |
| その他 | 17,600円（税込） | 17,600円（税込） | | |
| | 暖房費（11～4月） | 電気・電話代は実費 | 電気・電話代は実費 | |

※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

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 |
|--------------------------------------|--|
| 管理費 | 管理・事務部門の person 費。日常生活サービス提供のための person 費。定期健康診断、事務費。共用施設の維持管理費及び備品、消耗品費用。 |
| 家賃（月払い方式） 併用家賃（前払い方式、 月払い方式共通） | <ul style="list-style-type: none"> ・月払い方式の入居の場合のみ 165,000円（一人入居）、199,650（二人入居） 介護専用居室140,000円 ・併用家賃 居室の設備の違いにより追加費用が必要 床暖房付き10,000円、シャワー室付き20,000円、 浴室付き 30,000円、 7階Aタイプ 30,000円/7階B・Cタイプ 50,000円 当施設の開発費、土地代、建設費、整備費用、 大規模修繕費等修繕費、物価等変動費、借入金 利息、管理事務費を含む建設開発の総費用を内 容とする、合理的な積算根拠に基づいて算出さ れています。 |
| 敷金 | なし |
| 食費 | <p>食材費、栄養士その他食事部門の person 費、設備・備品代（調理具・食器等）に基づく費用</p> <p>【内訳】朝食：432円/昼食：648円/夕食：935円 （税込）※朝・昼食のみ軽減税率対象</p> |
| 介護費用 | <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 介護状態により、介護費用が必要となります。 （別紙介護保険サービス費一覧参照）</p> <p>また、上乘せ介護費用として36,300円（税込）が追加必要となる場合があります。介護・看護職員を手厚く配置した（人員過配置）場合の介護サービス利用料（介護・看護体制2：1以上による person 費分の負担額）となります。</p> |
| 光熱水費 | <p>水道料金：月額一律7,700～16,500円（税込）、 冬季暖房費：11～4月間月額一律11,000～19,800円 （税込）（ただし、居室によってはエアコン電気暖房で、 その場合は電気料金から使用量徴収）</p> |
| 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 | なし |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

| 費用 | 算定根拠 |
|--|--|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 ※介護予防含む | 介護報酬利用者負担分、及び4頁（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）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） | 介護状態により、常時介護が必要と判断された場合、手厚い人件費として36,300円（税込） |

(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 | 当施設内の専用居室及び共用施設等の終身にわたる利用に対する家賃相当額を前払い金として一括前払いしていただきます。家賃は、当施設の開発費、土地代、建設費、整備費用、大規模修繕費等修繕費、物価等変動費、借入金利息、管理事務費を含む建設開発の総費用を内容とする、合理的な積算根拠に基づいて算出されています。 |
| 想定居住期間（償却年数） | 7～14年（一般居室・入居時年齢による）、5年（介護専用居室） |
| 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） | 0円 |
| 初期償却率 | 0% |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 （前払い金÷入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数）×契約終了日から償却期間満了日までの実日数 ※月額利用料については日割計算で受領します。 |
| | 入居後3月を超えた契約終了 ① 前払い金償却期間内の場合 [一人入居で契約が終了した場合] （前払い金÷入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数）×契約終了日から償却期間満了日までの実日数で算出します。 [二人入居で一方の契約が終了する場合] 加算前払い金分を対象に、上記の計算式で返還金を算出します。 ② 前払い金償却期間を超える場合 返還金は無いが家賃相当額の追加徴収も行わない。※月払い利用料については日割精算を行う。居室の原状回復費も徴収。 |

| | | |
|-------------|-------------------|--|
| 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【冒頭に記載した記入日現在】

（入居者の人数）

| | | |
|-------|------------|------|
| 性別 | 男性 | 24 人 |
| | 女性 | 76 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 9 人 |
| | 85歳以上 | 90 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 18 人 |
| | 要支援1 | 9 人 |
| | 要支援2 | 9 人 |
| | 要介護1 | 28 人 |
| | 要介護2 | 11 人 |
| | 要介護3 | 6 人 |
| | 要介護4 | 12 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 9 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 7 人 |
| | 1年以上5年未満 | 20 人 |
| | 5年以上10年未満 | 33 人 |
| | 10年以上15年未満 | 23 人 |
| | 15年以上 | 8 人 |

（入居者の属性）

| | |
|--|--------|
| 平均年齢 | 90.9 歳 |
| 入居者数の合計 | 100 人 |
| 入居率※ | 66.7 % |
| ※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（令和4年7月1日～令和5年6月30）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 | 0 人 |
| | 医療機関 | 1 人 |
| | 死亡者 | 13 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） |

| | | |
|--|----------|---|
| | | 3 人 |
| | 入居者側の申し出 | (解約事由の例) 1. 退去して医療機関に入院 1人 2. 自宅へ戻ることを希望 2人 |

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 | 苦情処理担当者 (生活相談員) | | |
| 電話番号 | 011-642-5811 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:30 | |
| | 土曜 | 8:30～17:30 | |
| | 日曜・祝日 | 8:30～17:30 | |
| 定休日 | シフト制による休日 | | |

(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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | (その内容) |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | (その内容) |
| | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 実施日 | |
| | | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況 | <input type="checkbox"/> 2 | なし | 実施日 | |
| | | | 評価機関名称 | |
| | | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 | 入居希望者に公開 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 入居希望者に交付 |
| | <input type="checkbox"/> 3 | 公開していない |
| 管理規程 | <input type="checkbox"/> 1 | 入居希望者に公開 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 入居希望者に交付 |
| | <input type="checkbox"/> 3 | 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 入居希望者に公開 |
| | <input type="checkbox"/> 2 | 入居希望者に交付 |
| | <input type="checkbox"/> 3 | 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input type="checkbox"/> 1 | 入居希望者に公開 |
| | <input type="checkbox"/> 2 | 入居希望者に交付 |
| | <input checked="" 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 |
| | <input type="checkbox"/> 2 | 入居希望者に交付 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 2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 「第6 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 | | | |
| 「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 | | | |

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

| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | アイムス旭山公園 | 札幌市中央区双子山4丁目3番8号 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時訪問介護・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 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | アイムス旭山公園 | 札幌市中央区双子山4丁目3番8号 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 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 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※3 | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | あり | なし | あり | なし | ○ | | 食事の都度一部又は全介助 | |
| 排泄介助・おむつ交換 | あり | なし | あり | なし | ○ | | 適時実施 | |
| おむつ代 | | | あり | なし | | ○ | 実費 実費負担 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 1時間 2,750円（税込）3回目以降 清拭、ケアプランによる 一般浴介助（週2回以内） | |
| 特浴介助 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 1回 3,850円（税込）3回目以降 週2回以内 | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | あり | なし | あり | なし | | ○ | 移動 館内のみ対応（適宜） 体位の変換 衣服の着脱 身だしなみ介助 洗髪、髭剃り、口腔衛生等 ケアプランによる 巡回は適宜実施 24時間ヘルプコール | |
| 機能訓練 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 行事・イベントの材料費等の実費負担もあり ケアプランによる （アクティビティ館内/館外行事開催時随時） | |
| 通院送迎 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 送迎範囲外は実費 定時通院の送迎（施設より半径5キロ以内） | |
| 通院付添 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 1時間 1,650円（税込） | |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 実費 30分以内/1,650円（税込） ケアプランによる | |
| リネン交換 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 実費 1床につき/1,500円（税別） ケアプランによる | |
| 日常の洗濯 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 1回 1,100円（5kg）（税込） ケアプランによる | |
| 居室配膳・下膳 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 1食 330円（税込） 希望時有料 | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | あり | なし | | ○ | 実費 | |
| おやつ | | | あり | なし | | ○ | 実費 | |
| 理容師による理美容サービス | | | あり | なし | | ○ | 実費 | |

| | | | | | | | | |
|-------------------|----|----|----|----|---|---|-----------------|-----------------|
| 買い物代行 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 1回 550円 (税込) | 近隣の西友、ホームック、ツルハ |
| 役所手続き代行 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 1時間 1,100円 (税込) | |
| 金銭・貯金管理 | | | あり | なし | | | | 実施していない |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | あり | なし | | ○ | 実費 | 年2回 |
| 健康相談 | あり | なし | あり | なし | ○ | | | 必要に応じて実施 |
| 生活指導・栄養指導 | あり | なし | あり | なし | ○ | | | 必要に応じて実施 |
| 服薬支援 | あり | なし | あり | なし | ○ | | | 必要に応じて実施 |
| 生活リズムの記録 (排便・睡眠等) | あり | なし | あり | なし | ○ | | | 必要に応じて実施 |
| 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 | | | | 必要に応じて実施 |
| 入退院時の同行 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 1時間 1,650円 (税込) | 通院介助、付添いと同じ |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | なし | あり | なし | | ○ | 上記生活サービス料金による | 必要に応じて実施 |
| 入院中の見舞い訪問 | あり | なし | あり | なし | | | | 適宜実施 |

※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、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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。

