

## 重要事項説明書

記入年月日	2021年7月1日
記入者名	遠藤ひとみ
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日付け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	法人 株式会社 ケアサポートアビタシオン	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃけあさぽーとあびたしおん 株式会社 ケアサポートアビタシオン	
主たる事務所の所在地	〒005-0004 札幌市南区澄川四条3丁目5番3号	
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	http://fdh.co.jp/
代表者	中原 亨	
	代表取締役	
設立年月日	1980 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. 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ あびたしおんいわみざわ 介護付有料老人ホーム アビタシオン岩見沢	
所在地	〒068-0025 北海道岩見沢市5条西7丁目1番地3	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 岩見沢駅
	交通手段と所要時間	例：①JR利用の場合 ・岩見沢駅で下車、徒歩5分
連絡先	電話番号	0126-35-1273
	FAX番号	0126-35-1283
	ホームページアドレス	<a href="http://www.habitation.co.jp/iwamizawa/">http://www.habitation.co.jp/iwamizawa/</a>
管理者	氏名	遠藤 ひとみ
	職名	施設長
建物の竣工日		2018 年 11 月 7 日
有料老人ホーム事業の開始日		2018 年 12 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 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	0175701218
	指定した自治体名	北海道岩見沢市
	事業所の指定日	2018 年 12 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

## 3. 建物概要

土地	敷地面積	1,982.70 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2019年1月31日～2039年1月30日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		

建物	延床面積	全体			2,233.68 m <sup>2</sup>	
		うち、老人ホーム部分			2,233.68 m <sup>2</sup>	
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ( )				
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
		最大	1人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.00 m <sup>2</sup>	45	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.60 m <sup>2</sup>	12	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	24.00 m <sup>2</sup>	2	介護居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	24.60 m <sup>2</sup>	1	介護居室個室
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	8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		3ヶ所	
	共用浴室	5ヶ所	個室		4ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
共用浴室における	1ヶ所	チェアー浴		1ヶ所		

	介護浴槽		リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
エレベーター	1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし		
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他（ ）
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	3 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。 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	自立支援を最大の目的とした介護サービスを提供する。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅱ)		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
(Ⅲ)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
		(II)	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) 3 : 1	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ( 訪問診療 )	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 すずかけ会 松藤医院
		住所	〒068-0022 北海道岩見沢市二条西5丁目2-7
		診療科目	内科・循環器内科
		協力内容	・入居者が診療、治療等を要する場合の受入れ ・他の医療機関等にて診察、入院などが必要となった場合の紹介、斡旋 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	2	名称	医療法人社団 ささえる医療研究所 ささえるクリニック岩見沢
		住所	〒068-0845 北海道岩見沢市志文本町5条2丁目1-11
		診療科目	内科・整形外科
		協力内容	・入居者が診療、治療等を要する場合の訪問診療 ・24時間体制 ・他の医療機関等にて診察、入院などが必要となった場合の紹介、斡旋 ※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	医療法人社団 福島歯科医院	
	住所	〒068-0024 北海道岩見沢市4条西5丁目 理光ビル 3F	
	協力内容	歯科診療	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )	
判断基準の内容	入居者が日常的に介護サービスを必要とし、且つそのサービスの提供が、著しく困難と判断される場合には、住み替えていただく場合がある。 ① 入居者の判断能力が著しく低下し、現居室での生活が危険な状態である場合。 ② ①以外で要介護状態と認定された方で入居者本人又は身元引受人が住み替えを希望する場合	
手続きの内容	住み替えの決定については、下記の①～④の事項を経て総合的に判断し、入居者または身元引受人等の同意を得た後、事業者が指定する文章にて契約手続きを行う。 ① 事業者が指定する医師の意見を聞く ② 入居者若しくは家族・身元引受人等の合意を得る ③ 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける ④ 入居者の権利や家賃及び管理費等に関し、本契約に重大な変更が生じる場合は、住み替え後の居室及び権利の変動、居室の占有面積の変更に伴う費用負担の増減又は費用調整の有無、提供する介護などの変更内容について入居者及び身元引受人に説明を行う。	
追加的費用の有無	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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" 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	入居時、年齢が満 60 歳以上であること	

	<b>【その他】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他の入居者に感染する疾病をお持ちでないこと。</li> <li>・入居後に管理費や食費、一般居室の光熱水費、当ホームの定める月額費用などを負担できること。</li> <li>・健康保険に加入されていること。</li> <li>・身元引受人をたてられること。(身元引受人がない場合はご相談に応じます。)</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 ② 入居者、又は事業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	① 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、かつ有料老人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とき等。
	解約予告期間	30日間
入居者からの解約予告期間	30日間	
体験入居の内容	① あり (内容：1泊2食付 5,500円(税込)/人) ※空室がある場合のみ対応可能 2 なし	
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) 26人			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	22	12	10	16.3
介護職員	19	11	8	14.0
看護職員	3	1	2	2.1



機能訓練指導員	0	0		1
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	0	0		
調理員	0	0		
事務員	0	0		
その他職員	1	1		1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				40時間
<p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p>				

**(資格を有している介護職員の人数)**

	合計 16		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0		
介護福祉士	10	7	3
実務者研修の修了者	0		
初任者研修の修了者	6	3	3
介護支援専門員	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
看護師又は准看護師	0	0	
理学療法士	0		
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 ( 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	0人	0人
介護職員	2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 <input type="checkbox"/> 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)	2.90 : 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			
	業務に係る資格等		1 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	1	2	1	4					1	
前年度1年間の退職者数	3		1	1					1	
応じた業務に従事した経験年数に 業務に従事した職員 の人数	1年未満	1	2	1	4				1	
	1年以上 3年未満	1		10	3	1				
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満									
	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	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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
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 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	改定にあたっては、ホームが所在する自治体の消費者物価指数や人件費等を勘案し改定することがある
	手続き	入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。

(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	要支援1	要介護3	
	年齢	80歳	85歳	
居室の状況	床面積	18.00～18.60㎡	24.00～24.60㎡	
	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	円	円	
	敷金	120,000円	144,000円	
月額費用の合計		152,190円	150,110円	
家賃		60,000円(非課税)	72,000円(非課税)	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費	50,610円	50,610円
		管理費	16,280円	2,200円
		介護費用	円	円
		光熱水費	19,800円	19,800円
		消耗品費	5,500円	5,500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	近傍同類施設の月額利用料を勘案しています。
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	共用部分の水光熱費、事務及び管理部門の人件費、事務費、共用部分の維持管理費
食費	1,687円/日(朝食432円・昼食540円・夕食715円・税込) ※朝食・昼食は軽減税率対象8%、夕食・その他については、軽減税率対象外10%です。

光熱水費	居室内の水道、電気、暖房代
消耗品費	リネン一式、洗濯洗剤代費用。※自立者は、選択制として希望者のみ受領する費用
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

**(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能**

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	介護保険法（平成9年法律第123号）の規定に則ります。
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	(上掲)
想定居住期間（償却年月数）	自立：4年（48ヶ月） 要支援・要介護：4年（48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）	720,000円又は864,000円 ※非課税
初期償却率	20%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。 算定方式 前払金×80%÷償却期間の月数÷30×入居日から契約終了日までの日数 ※月払い利用料については日割精算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領する。
	入居後3月を超えた契約終了 一時金の80%を償却月数で均等償却し、この期間内に契約が終了した場合には、下記の算式に基づき無利息で返還する。期間終了後は、返還金はなくなるが、追加の入居金は不要。

		<b>■ 入居一時金</b> 返還金 = 入居一時金 × 80% × <u>契約終了日から償却期間満了日までの日数</u> 償却期間の日数
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	株式会社山田エスクロー信託
	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	14人
	女性	41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	13人
	85歳以上	41人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	4人
	要支援2	4人
	要介護1	23人
	要介護2	9人
	要介護3	5人
	要介護4	5人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	43人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

### （入居者の属性）

平均年齢	86.9歳
入居者数の合計	55人
入居率※	91%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

（前年度における退去者の状況）退去先別の人数	自宅等	2人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	4人
	死亡者	7人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	7人
		(解約事由の例) 特別養護老人ホーム、治療型病院への入所、入院

## 8. 苦情・事故等に関する体制

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

窓口の名称		介護付有料老人ホーム アビタシオン岩見沢
電話番号		0126-35-1273
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		
窓口の名称		北海道空知振興局 保健環境福祉課地域福祉係
電話番号		0126-20-0110
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土日・祝日
窓口の名称		北海道国保連合会
電話番号		011-231-5171
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土日・祝日

**(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) 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	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)
	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	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 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 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 <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 【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福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<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「5.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	<input checked="" type="checkbox"/> 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（別を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			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	楽々訪問介護事業所 楽々訪問介護西岡	北海道札幌市南区 澄川4条3丁目5番3号 北海道札幌市豊平区 西岡3条6丁目5番5号
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	ケアサポートアビタシオン訪問看護ステーション	北海道札幌市中央区 南6条西8丁目5
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接	グリーンプラザ定期巡回訪問介護看護ステーション	北海道札幌市中央区 南六条西8丁目5
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	ケアプランセンター グリーンプラザ	北海道札幌市南区 澄川4条3丁目5番3号
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問介護	あり	なし	併設・隣接	楽々訪問介護事業所	北海道札幌市南区 澄川4条3丁目5番3号
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	ケアサポートアビタシオン訪問看護ステーション	北海道札幌市中央区 南6条西8丁目5
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		

特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
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	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
第1号訪問事業	あり	なし	併設・隣接	楽々訪問介護事業所	北海道札幌市南区澄川4条3丁目5番3号

## 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		なし		あり					
介護サービス	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(税込)※3	備考		
		なし	あり						
食事介助	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて介助		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて介助		
おむつ代			なし	あり		○	右記	実費負担	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	週2回を超える場合 10分 330円	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	週2回を超える場合 10分 330円	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて介助		
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助（協力・指定医療機関）	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて実施		
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて介助		
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて介助		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○	○	必要に応じて介助		
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					
おやつ			なし	あり					
理美容師による理美容サービス			なし	あり					
買い物代行	なし	あり	なし	あり			10分 330円	交通費実費	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり			年2回	実費	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて実施		
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて実施		
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて実施		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		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	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	10分 330円 交通費実費	
入退院時の同行（協力・指定医療機関）	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	10分 330円 交通費実費	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり					
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○	○	右記	10分 330円 交通費実費	

※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、月額サービスの費用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。