

## 重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	新堀 基
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	個人 / <input type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人社団
名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん やまとかい 医療法人社団 倭会	
主たる事務所の所在地	〒052-0012 北海道伊達市松ヶ枝町 245 番地 1	
連絡先	電話番号	0142-21-2000
	FAX番号	0142-22-3000
	メールアドレス	ホームページより問合せ
	ホームページアドレス	<a href="http://www.minerva.gr.jp/">http://www.minerva.gr.jp/</a>
代表者	氏名	荻野 秀二
	職名	理事長
設立年月日	平成10年 11月 1日	
主な実施事業	医療事業・介護事業 ※別添1 (別を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一む ちえろだて 介護付有料老人ホーム チエロだて	
所在地	〒052-0014 北海道伊達市舟岡町 340 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 伊達紋別駅
	交通手段と所要時間	①JR 伊達紋別駅下車 車で 5 分 ②道南バス 舟岡十字街前下車 徒歩 2 分
連絡先	電話番号	0 1 4 2 - 2 3 - 1 1 8 1
	FAX番号	0 1 4 2 - 2 3 - 1 1 8 3
	メールアドレス	cielo-date@minerva.gr.jp
	ホームページアドレス	http:// www.minerva.gr.jp/
管理者	氏名	新堀 基
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 22年 12月 28日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 23年 2月 2日

### (類型) 【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	介護予防特定施設入居者生活介護 北海道指定第-0173700592 特定施設入居者生活介護 北海道指定第-0173700592
	指定した自治体名	北海道
	事業所の指定日	平成 23年 2月 2日
	指定の更新日 (直近)	平成 31年 4月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,368.83 m <sup>2</sup>				
	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 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
所有関係	契約期間	1 あり (平成23年2月1日～令和13年1月31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	2,513.28 m <sup>2</sup> (地上3階建)			
		うち、老人ホーム部分	2,513.28 m <sup>2</sup>			
	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						
所有関係	4 その他 ( )					
	1 事業者が自ら所有する建物					
	2 事業者が賃借する建物 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )					
	抵当権の設定	1 あり	2 なし			
所有関係	契約期間	1 あり (平成23年2月1日～令和13年1月31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 (縁故者居室を含む)				
		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	19.85 m <sup>2</sup>	30 室	介護居室個室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	27.83 m <sup>2</sup>	15 室	介護居室個室
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
タイプ7	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有 / 無	有 / 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」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所		
大浴場			1ヶ所			
共用浴室における	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所			

	介護浴槽		リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
	食堂	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） <input type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない） <input type="checkbox"/> 4 なし		
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
緊急通報装置等	居室	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input type="checkbox"/> 3 なし	便所 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input type="checkbox"/> 3 なし	浴室 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input type="checkbox"/> 3 なし
				その他（多目的室・喫茶） <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input type="checkbox"/> 3 なし
その他	1階ホール・機能訓練室・2階談話コーナー・3階談話コーナー・相談室 ※以下は利用料金が必要（実費負担） 理美容室（外部サービスの利用）・トランクルーム・2階洗濯室（コインランドリー）・3階洗濯室（コインランドリー）・多目的室・喫茶			

#### 4. サービス等の内容

##### （全体の方針）

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>●わたしたちはご入居の皆様お一人お一人の尊厳と人間性を重んじ、まごころのこもったサービスに努めます。</li> <li>●わたしたちは研鑽の志しを高くし、知識・技術の修得に努め、理想のホーム運営に邁進します。</li> <li>●わたしたちは「チエロだて」が持つ社会的責任を果たし、地域の大きな力になることを目指します。</li> </ul>
サービスの提供内容に関する特色	当ホームは遊歩道に隣接した緑豊かで閑静な住宅街の中に位置し、その環境を生かしながら、職員一同高い倫理観と謙虚な心でご入居者に安心して生活頂けるよう支援してまいります。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし

##### （介護サービスの内容）

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算		1 あり <input type="checkbox"/> 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		1 あり <input type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	栄養スクリーニング加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり <input 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 <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅳ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅴ)		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
介護職員等 特定処遇改 善加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2. 5 : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" 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（事務手続き代行・入院中の洗濯物交換・買い物等）	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団倭会 ミネルバ病院（ホームより 5 km）
		住所	北海道伊達市松ヶ枝町 245 番地 1
		診療科目	精神科・神経科・内科
		協力内容	年 2 回の健康診断、入居者の病変や緊急時の受入 医療費その他の費用は入居者の自己負担
	2	名称	医療法人社団守谷内科・耳鼻咽喉科（ホームより 2 km）
		住所	北海道伊達市鹿島町 31 番地
		診療科目	内科・消化器科・アレルギー科・リウマチ科・耳鼻咽喉科・ 老年科

		協力内容	年2回の健康診断、入居者の病変や緊急時の受入 医療費その他の費用は入居者の自己負担
	3	名称	いぶり腎泌尿器科クリニック (ホームより2km)
		住所	北海道伊達市梅本町2番地15
		診療科目	泌尿器科・透析科
		協力内容	入居者の病変や緊急時の受入 医療費その他の費用は入居者の自己負担
	4	名称	医療法人慈恵会 聖ヶ丘病院 (ホームより1km)
		住所	北海道伊達市舟岡町214番地22
		診療科目	外科・整形外科・内科・循環器内科・脳神経外科・ リハビリテーション科
		協力内容	入居者の病変や緊急時の受入 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	医療法人社団堅進会 堅田歯科医院 (ホームより3km)
		住所	北海道伊達市大町11番地
		協力内容	口腔ケア・義歯など歯科全般に関する相談 医療費その他の費用は入居者の自己負担

**(入居後に居室を住み替える場合)**

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 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
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 (変更内容) 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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	概ね60歳以上の方で健康な方及び日常生活で介護の必要な方 ※入居できない要件 ・通常の介護ではできない常時医療行為が必要な方	

契約の解除の内容	①入居者が死亡したとき ②入居者から契約解除が行われた場合 ③事業者から契約解除が行われた場合 ・入居申込書等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 ・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。 ・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す危険のある切迫した状況で、かつホームにおける通常の介護方法及び接遇方法では防止することができないとき。	
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	90 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容：空室がある場合、1泊(食事代別)一人 5,500 円 (税込)) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	60 人	
その他		

## 5. 職員体制

### (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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	20	16	4	17.0
介護職員	17	14	3	14.5
看護職員	3	2	1	2.5
機能訓練指導員	1		1	0.1 (看護職員が兼務)
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1		1	0.5 (委託)
調理員	5	5		5.0 (委託)
事務員	1	1		1
その他職員	3		3	1.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				36.4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			

介護福祉士	13	11	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員			

**(資格を有している機能訓練指導員の人数)**

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1 (看護職員が兼務)	1 (看護職員が兼務)
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 (16時40分～10時00分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人 (オンコール対応)	1人 (オンコール対応)
介護職員	2人	1人

**(特定施設入居者生活介護等の提供体制)**

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (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 <input checked="" type="checkbox"/> 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						
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称		介護支援専門員・看護師						
		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		1	3						
前年度1年間の退職者数				2							
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満				1						
	1年以上 3年未満					1					
	3年以上 5年未満			1							
	5年以上 10年未満	1			1						
	10年以上	1	1	1	2				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】	<input checked="" 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	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 <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <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	ホームが所在する地域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する。
	手続き	運営懇談会の意見を聞いた上で改定

### (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1（居室Aタイプ）	プラン2（居室Bタイプ）	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要支援2	
	年齢	80歳	75歳	
居室の状況	床面積	19.85㎡	27.83㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	保証金	180,000円	240,000円	
月額費用の合計		201,250円	243,429円	
家賃		60,000円	80,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	(1割負担の場合) 18,810円	(1割負担の場合) 10,989円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費 (1ヶ月を30日としての概算)	52,440円	52,440円
		管理費	60,000円	90,000円
		介護費用	10,000円	10,000円
		光熱水費 (管理費に含む)	0円	0円
		その他	個別の利用料で実施するサービス	個別の利用料で実施するサービス

			有	有
※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	当該施設の開発費、地代、整備費用、家賃、修繕費、物価等変動費、借入利息、管理事務費等を含む。
保証金	家賃の3ヶ月分をお預かりし、退居の際には居室修繕・ハウスクリーニング等、また、未払い債務等の費用を差し引き返還。
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 (要支援・要介護) 上乘せ介護費 ・長期推計に基づき、要介護者2.5人に対し、週36.4時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用及び要支援者・要介護者への個別選択サービス費として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。 (自立者) 日常生活支援サービス費 ・長期推計に基づき、自立者に対して、体調不良時の生活支援、その他の日常生活上のお世話及び療養上のお世話を要するサービスを提供するための生活支援サービス費として充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。
管理費	管理事務部門・施設運営管理部門の人員費、委託費、居室並びに共用部分の水道光熱費、ホーム内備品料金、リース料金、施設維持管理費等。
食費	食材費、栄養士その他食事部門の人員費、設備・備品代（調理具・食器等）に基づく費用。【朝 514 円、昼 617 円、夕 617 円】
光熱水費	電気料金、上下水道料金は管理費に含む。 冬期暖房費（10月から翌5月まで）10,000円/月を別途ご負担頂きます。
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)**

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	基本報酬及び前掲の加算の利用者負担分。
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 (要支援・要介護) 上乘せ介護費。 ・長期推計に基づき、要介護者2.5人に対し、週36.4時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用及び要支援者・要介護者への個別選択サービス費として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。
※ 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)		
償却の開始日		
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)		
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【冒頭に記した記入日現在】**

**(入居者の人数)**

性別	男性	12人
	女性	33人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	11人
	85歳以上	32人
要介護度別	自立	4人
	要支援1	5人
	要支援2	5人
	要介護1	10人
	要介護2	8人
	要介護3	3人
	要介護4	7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	4人
	1年以上5年未満	24人
	5年以上10年未満	10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	88.7歳
入居者数の合計	45人
入居率*	75.0%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

**(前年度における退去者の状況)**

退去先別の人数	自宅等	4人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	14人
	死亡	0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	18人 (解約事由の例) ・長期入院にて退院見込み無し又は死亡 ・自宅への転居

**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 チェロだて (生活相談員：大森雅史)	
電話番号	0142-23-1181	
対応している時間	平日	9:00~17:20
	土曜	9:00~17:20
	日曜・祝日	定休日
定休日	日曜日、祝祭日、年末年始	
窓口の名称	公益社団法人 全国有料老人ホーム協会	
電話番号	03-3272-3781	
対応している時間	平日	10:00~16:00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日	土曜日、日曜日、祝祭日、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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(財)介護労働安定センター「介護事業者賠償責任補償」加入
	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり	(その内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	令和2年7月25日～8月7日(嗜好調査)	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	<input checked="" 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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度)定例懇談会1回、臨時懇談会随時
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	中廊下にあっては2.7m以上とすることとなっているが、介護が必要な者の入居が想定される居室のある区域の廊下について2.4mとなって	

	いること。
「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	なし
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 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
<b>&lt; 居宅サービス &gt;</b>					
訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> 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	チエロ	北海道室蘭市中島町1丁目8番5号
			併設・隣接	チエロだて	北海道伊達市舟岡町340番地1
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
<b>&lt; 地域密着型サービス &gt;</b>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> 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	チエロ登別	北海道登別市柏木町4丁目33番9号
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	ねねむ	北海道伊達市竹原町28番地3
			併設・隣接	しづく	北海道登別市柏木町4丁目24番9
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	チエロ登別	北海道登別市柏木町4丁目33番9号
<b>&lt; 居宅介護予防サービス &gt;</b>					
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> 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	チエロ	北海道室蘭市中島町1丁目8番5号
			併設・隣接	チエロだて	北海道伊達市舟岡町340番地1
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
<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	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接		



介護予防支援	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		

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

料金は（税込）です。

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		備考		
	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	「※」：自立者へ「日常生活支援サービス費」で提供する一時的介護サービス。	
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり			食事の都度、一部又は全面介助 ※
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			適宜対応 ※
おむつ代			なし	あり	○	3,025 円/袋	実費負担。パッド・リハビリパンツも同様。（529 円～2,004 円/袋 サイズ・枚数等により料金が異なる）
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	1,650 円/回	清拭はケアプランによる。一般浴は週 2 回。3 回目以降は実費負担。 ※
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	3,300 円/回	週 2 回。3 回目以降は実費負担。
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			移動：施設内のみ適宜対応。 ※ 体位交換：適宜対応 衣服の着脱及び身だしなみ介助：適宜対応。 洗髪・髭剃り、口腔等衛生：ケアプランによる。 巡回：適宜実施。ケアコール 24 時間対応。 ※
機能訓練	なし	あり	なし	あり			ケアプランによる。 ※
通院介助	なし	あり	なし	あり	○		かかりつけ医療機関及び協力医療機関への通院時・緊急時・入退院時における付添介助。 医療機関の指示による転院時における付添介助。 ※
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			ケアプランによる。（居室整理含む。） 週 2 回指定日あり。 ※
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	600 円/月	ケアプランによる。 原則週 1 回。リネンリース料実費負担。 ※
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		ケアプランによる。原則週 2 回。 ※
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			必要に応じて実施。 ※
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○	応予算	実費負担。 医師の指示による治療食等の対応食は差額分。
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	○	各理美容室メニューの料金	外部からの訪問理美容。実費負担。 各理美容室の設定価格により料金が異なる。
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり			週 1 回指定日・市内の指定場所での代行。 ※
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	○	1,100 円/h	市内近郊に限る。 外出の伴う支払代行等を含む、職員の付添によるもの。 実費負担。 ※

外出支援（付添なし）	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	500円/往復	市内近郊に限る。 付添の伴わない外出。	※
外出支援（付添あり）	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	1,100円/h	ホーム職員の付添による外出。	※
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	1,100円/h	外出の必要性に関係なく、支払代行・その他の代行業務を含む。	
金銭・貯金管理			<input type="checkbox"/> なし	あり			実施していないが、やむを得ない状況の場合は応相談。	
<b>健康管理サービス</b>								
定期健康診断			なし	<input type="checkbox"/> あり	○	各医療機関設定の料金	希望による年2回。 実費負担。	
健康相談	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			必要に応じて実施。	※
生活指導・栄養指導	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			必要に応じて実施。	※
服薬支援	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり			必要に応じて実施。	※
<b>入退院時・入院中のサービス</b>								
入退院時の同行	なし	<input type="checkbox"/> あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○		かかりつけ医療機関・協力医療機関への同行（付添介助）。必要に応じて、入退院時の手続き代行。	※
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	<input type="checkbox"/> あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○	1,100円/h	必要に応じて実施。	
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○		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。

料金欄等に記載の料金は全て「消費税込み」です。