

有料老人ホーム宝林道夢重要事項説明書

1. 事業主体概要

| | |
|---------------|---|
| 事業主体名 | 株式会社 舞夢 |
| 法人所在地 | 〒087-0024 北海道根室市宝林町 4 丁目 255 番 13 号 |
| 電話番号 | TEL0153-24-6262 FAX0153-24-2727 |
| 代表者名 | 及川利秋 |
| 設立年月日 | 平成 26 年 4 月 4 日 |
| 資本金 | 1000 万円 |
| 主及び他の介護サービス事業 | 訪問介護・予防事業・居宅介護支援事業・障害者福祉(予定) |
| 介護保険事業所番号 | 0174100618 |
| ホームページ | http://hourin-doumu.sakura.ne.jp/ |

2. 施設概要

| | |
|-------------|---|
| 施設名 | 宝林道夢 |
| 施設の類方・入居定員 | 住宅型有料老人ホーム 定員 29 名 (老人福祉法第 29 条第 1 項に基づく) (24 時間介護職員配置) |
| 所在地 | 〒087-0024 北海道根室市宝林町 4 丁目 255 番 13 |
| 電話番号 | TEL 0153-24-6262 FAX0153-24-2727 |
| 施設長名 | 施設長 及川知秋 |
| 開設年月日 | 平成 26 年 11 月 1 日 |
| 交通の便 | JR 根室駅より根室交通バスにて 20 分 土木現業所バス前下車徒歩 3 分 |
| 敷地概要 (権利関係) | 7173,53 m ² 事業所有 (抵当権あり) |
| 建物概要 (権利関係) | 延べ床面積 918,81 m ² 木造 2 階建 (抵当権あり) 居室部分は 1 階 10 室、2 階 19 室 事業主体所有 (抵当権あり) 竣工: 平成 26 年 11 月 1 日 |

3. 居室等の概要

| | |
|---------|---|
| 居室 | 29室 定員 29名全個室 9,94 (10室) 12,43㎡ (17室) 10,42(1室) 13,20㎡(1室) |
| 共用施設 | 厨房、浴室、食堂、トイレ、事務室、ヘルパーステーション 玄関ロビー、エレベーター、避難階段、防災設備 |
| ナースコール等 | ○ナースコール：居室ベッド脇、トイレに設置 |
| 緊急連絡 | ○緊急ボタン・レバー：廊下、食堂、浴室、エレベーター、トイレ |
| 安否確認 | ○急激な体調の変化等には、岡田病院医師、又は救急指定病院 又は救急指定病院 |

4. 利用料の概要

| | |
|-------------|---|
| ◎敷金 | 居室賃貸料の2ヶ月相当分 |
| ◎月額利用料 | 賃貸方式：室料賃貸料 24,000円 (11室) 及び 39,000円 (18室) 管理費 20,000円 共益費 10,000円 食費 3食 35,000円 合計 89,000円～104,000円 <u>○上記の他、別途、10月～翌年4月迄の冬季間 10,000円徴収する。</u> <u>○共益費には、居室の電気料、共有部分の電気料、水道光熱費が含まれる。</u> <u>○介護料が発生した場合は介護事業者に1割負担金を支払う。</u> |
| ◎敷金 返納制度 | 入居するに当たり居室賃貸料の2ヶ月分を徴収する。 退去時に居室の修繕費・整備費を除き全額返還します。 (入居契約書第42条参照) |
| ◎その他の利用料 | 介護保険による介護料を、介護事業者に1割負担分、医療費自己 負担分、おむつ代、理美容代、クリーニング(業者)代、新聞・雑誌購読料、 個室の外線電話代、NHK受信料 |

5. 協力医療機関等

◎協力医療機関

○岡田医院

- ・ 日常の健康相談、看護指導、入院を要する場合の他の医療機関への紹介

○救急指定病院及び急性期病院

- ・ 手術や入院治療、救急治療を要する場合に対応

○根室市立歯舞歯科診療所

- ・ 歯科診療、健康相談

◎医療費等

医療保険で支給される以外の費用は入居者負担。

入院中の付き添いはいたしません。

6. その他

◎生活全般

「洗濯」・・・肌着、パジャマ、タオル、寝具については、自己対応

「居室清掃」・・・自己対応（要支援・要介護者は介護事業者が対応）

「食事」・・・1日3食、食堂にて、基本献立の他に、体調や行事に合わせた

特別食を提供

「入浴」…介助が必要な方は訪問介護をご利用下さい。

「巡回」…「緊急対応」「相談業務」「介護福祉士による健康相談」

◎運営懇談会

年に1回開催

主な議題：サービス提供の状況、入居者の要望・意見の聴取、事務連絡

◎入居者の条件

- ・ 概ね60歳以上の自立者及び、要支援、要介護者の方で加齢による身体的障害のために自宅で生活が困難な方

- ・ 常時医療機関において治療する必要のない方

- ・ 他の入居者に伝染するような疾患のない方

- ・ 自傷他害の恐れのない方

- ・ 入居にあたっては、入居契約書を締結の上、入居していただきます。

◎身元引受人等
の条件・義務等

- ・身元引受人を1名以上定めていただきます。
- ・「身元引受人」は、契約上の債務について契約者と連帯して責任を負うこととなります。また、施設提供者が入居契約の解除を必要と認め要請した時は、協議の上、入居者の身柄を引き取り、介護居室の入居者所有物の引き取り等を行っていただきます。
- ・契約者が入居者以外の場合、契約者と身元引受人は同一でも構いません。
- ・「返還金受取人」は、身元引受人が兼ねることができます。
- ・返還金は、本人又は「返還金受取人」に返還します。

◎修繕

- ・事業者は、入居者が目的施設を利用するために必要な修繕を行います。この場合において、入居者の故意又は過失により本施設を汚損、破損または滅失させていた場合は、施設破損等届出書にて報告し、その費用は入居者が負担するものとします。
- ・入居者又は身元引受人等は、本契約が終了した場合は、直ちに居室を明け渡すこととします。居室の明け渡しの場合に、通常の使用に伴い生じた居室の損耗をのぞき、居室を原状回復することとします。

◎居室の確保

- ・入居後、入院や長期外出等により居室不在の場合でも入居契約を解約しない限り、居室の利用権は確保されます。その間の室料・管理費は納入していただきます。

◎契約の解除

以下の場合には、一ヶ月の予告期間を置いて、契約を解除することがあります。

- ①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。
- ②利用料等の支払をしばしば遅滞するとき。
- ③居住権を勝手に転貸・譲渡する等の契約違反があったとき。
- ④共同生活の秩序を乱す行為があったとき。

◎損害賠償

当ホームにおいて、事業者の責任により入居者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償します。

但し、その損害の発生について、利用者に故意又は重大な過失が認められ

る場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

◎従業員の内訳

施設長 1名 常勤専従
調理員 3名 常勤専従
事務員 2名 常勤専従

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 有

◎不適合事項

居室面積について

指針では次の通り居室面積が定められていますが、当施設は適合していない居室があります。

北海道有料老人ホーム設置運営指導 5-9

- (1) 一般居室、介護居室、及び一時介護室は次によること。
ア. 個室とすることとし入居者 1 人当たりの床面積は 13 平方メートル以上とすること。

当施設の居室面積（適合していない箇所のみ）

| 居室面積 | 部屋数 |
|----------------------|------|
| 9.94 m ² | 10 床 |
| 10.42 m ² | 1 床 |
| 12.43 m ² | 17 床 |

全 29 床中 28 床が不適合

○エレベーターについて

一般用エレベーター（ストレッチャー非対応）です。

◎苦情の受付

当ホームにおける苦情や相談は、施設長が受け付けます。

◎秘密保持

業務上で知り得た入居者又はその家族に関する秘密並びに個人情報については、入居者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合又は入居者の事前の同意がある場合を除いて、契約終了後も、第三者に漏らすことはありません。

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 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|---------------------|
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 道夢ケアセンター | 北海道根室市宝林町4丁目255番地13 |
| 訪問入浴介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 訪問看護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 通所介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 福祉用具貸与 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 特定福祉用具販売 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 夜間対応型訪問介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 認知症対応型通所介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 居宅介護支援 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防訪問看護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防通所介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防支援 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護老人保健施設 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護療養型医療施設 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

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 |
|----------------------------------|--|----|----------------------------|------------------|------------------|----|----|----|
| | 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） | | | 備考 | | |
| | | | 包含 ^{*2} | 都度 ^{*2} | 料金 ^{*3} | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 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 | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入院中に見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | |

※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。

以上の通り内容の説明を致しました。

令和 年 月 日

事業所

<事業所名> 榊舞夢 住宅型有料老人ホーム宝林道夢

<住所> 北海道根室市宝林町 4 丁目 255 番 13

<管理者名> 及川 利秋 印

<説明者> 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

また、介護保険サービスの利用の為の市町村、居宅支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは適切な在宅療養または救急医療等の為の医療機関等への利用者及び家族の個人情報提供に対し同意します。

利用者

<氏名> 印

身元引受人（保証人）

<住所>

<氏名> 印