

別記様式第1号

指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護
及び有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	2022年7月1日
記入者名	相馬 利春
所属・職名	さわやか室蘭式番 館・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	営利法人
名称	(ふりがな) (かぶしきがいしゃ) さわやかくらぶ 株式会社さわやか倶楽部	
主たる事務所の所在地	〒802-0044 北九州市小倉北区熊本2丁目10番10号	
連絡先	電話番号	093-551-5555
	FAX番号	093-513-3222
	ホームページアドレス	http://www.sawayakclub.jp
代表者	氏名	山本 武博
	職名	代表取締役
設立年月日	2004年 12月 1日	
主な実施事業	※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) さわやかむろらんにばんかん さわやか室蘭式番館	
所在地	〒050-0077 北海道室蘭市天神町 27-12	
主な利用交通手段	最寄駅	室蘭本線 鷺別駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・道南バスで乗車 26 分、清滝不動尊前で下車、徒歩 8 分 ② 自動車利用の場合 ・乗車 9 分 ・登別室蘭 I . C より約 15 分
連絡先	電話番号	0143-35-9006
	FAX番号	0143-35-9007
	ホームページアドレス	http://www.sawayakclub.jp/murorannibankan/
管理者	氏名	相馬 利春
	職名	施設長
建物の竣工日		2020年 12月 10日
有料老人ホーム事業の開始日		2021年 1月 4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	特定施設入居者生活介護事業所北海道指定第 0173502261 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 0173502261 号
	指定した自治体名	北海道
	事業所の指定日	2021年 1 月 4 日
	指定の更新日 (直近)	2027年 1 月 3 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	5746.73 m ²				
	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		
建物	延床面積	全体	3, 356.35 m ² (地上3階建)			
		うち、老人ホーム部分	3, 356.35 m ²			
	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 ()				
土地	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		
土地	所有関係	1 あり 2 なし				
		2 あり (年 月 日 ~ 年 月 日)				
		2 なし				
		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*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	18.04 m ²	28	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	18.53 m ²	4	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	18.64 m ²	4	介護居室個室
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	19.55 m ²	10	介護居室個室	
タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	21.06 m ²	4	介護居室個室	
タイプ6	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				

	タイプ7	有/無	有/無				
	タイプ8	有/無	有/無				
	タイプ9	有/無	有/無				
	タイプ10						
※「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	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室		2ヶ所		
			大浴場		2ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		0ヶ所		
			リフト浴		1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	便所	浴室	その他（ ）			
	<input type="checkbox"/> 1 あり			<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	
	<input type="checkbox"/> 2 一部あり			<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	
<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし			
その他	静養室、各階ホール、会議室、相談室等。						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	当施設の運営については、介護付有料老人ホーム「さわやか室蘭式番館」が居宅であることを踏まえつつ、高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供しつつ、入居者が心豊かに、明るく生活できるよう配慮致します。
サービスの提供内容に関する特色	入居者様の人格を尊重し、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、各個人に応じた適切なサービスに努めます。
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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の加算の対象となるサービスの体制の有無 ※1 月に80単位(80円【1割】) ※2 月に30単位(30円【1割】) ※3 (介護予防)特定施設入居者生活介護における介護報酬の8.2%を加算率とする。	入居継続支援加算(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	入居継続支援加算(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	医療機関連携加算※1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算※2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	人員配置が手厚い介護サービスの実施	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)※3	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算(Ⅱ)	1 あり <input checked="" 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	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 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 ()														
協力医療機関		1	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>本輪西ファミリークリニック</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>室蘭市本輪西町3丁目36番9号(ホームから11.8km)</td> </tr> <tr> <td>診療科目</td> <td>内科</td> </tr> <tr> <td>協力内容</td> <td>健康管理、緊急時の対応。</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	名称	本輪西ファミリークリニック	住所	室蘭市本輪西町3丁目36番9号(ホームから11.8km)	診療科目	内科	協力内容	健康管理、緊急時の対応。					
名称	本輪西ファミリークリニック															
住所	室蘭市本輪西町3丁目36番9号(ホームから11.8km)															
診療科目	内科															
協力内容	健康管理、緊急時の対応。															
協力歯科医療機関		<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>御前水歯科クリニック</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>室蘭市御前水町2丁目6番20号</td> </tr> <tr> <td>協力内容</td> <td>定期受診往診診療</td> </tr> </table>	名称	御前水歯科クリニック	住所	室蘭市御前水町2丁目6番20号	協力内容	定期受診往診診療								
名称	御前水歯科クリニック															
住所	室蘭市御前水町2丁目6番20号															
協力内容	定期受診往診診療															

(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		全て個室の為、一時介護室への移動は無し。	
手続きの内容	全て個室の為、一時介護室への移動は無し。		
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			
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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	原則、自立又は、介護保険法における要支援 1、要支援 2、要介護 1～要介護 5 までの認定を受けた 65 歳以上の高齢者及び第 2 号被保険者。		
契約の解除の内容	<p>・以下のいずれかに該当する場合に、契約は終了するものとします。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書第 16 条の契約の終了事由に該当した場合 2. 入居者からの契約解除に基づき解除を行った場合 3. 事業者からの契約解除に基づき解除を通告し、予告期間が満了した場合 <p>・入居者は以下に該当した時は 30 日以上前に規定様式の解約届を事業者提出し、契約を解除することができます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者及び身元引受人が退去を希望する場合 2. 事業者若しくはサービス従事者が正当な理由なく特定施設サービスを実施しない場合 3. 事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反したとき 4. 事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失により入居者の身体・財物・信用等を傷付け、又は著しい不信行為その他重大な事情が認められる場合 5. 他の入居者が入居者の身体・財物・信用等を傷付けた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合 		

	<p>・事業者は以下に該当した時は、30 日以上の予告期間をもって契約を解除することができます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、他の入居者の生活、又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき。 2、利用料等の支払いを3ヶ月以上滞納したとき。 3、入居時の提出書類で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。 4、入院、外出等で3ヶ月以上居室を利用できなくなったとき。 5、その他、利用契約の条項に反したとき。 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第29条
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<p><input checked="" type="checkbox"/> あり (内容：2泊3日無料体験、以降1泊5,000円・税別 食事込)</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>	
入居定員	50人	
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談。生活のご様子を弊社のブログや広報誌に掲載する事があります。	

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	0.5		0.5
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	17	13.9	2.7	16.6
介護職員	13	11	2	13.0
看護職員	4	2.9	0.7	3.6
機能訓練指導員	1	0.1		0.1
計画作成担当者	1	0.5		0.5
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1.0
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※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	6	6	
実務者研修の修了者	2	2	
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	0.1	
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 (17 時～ 9 時)		
	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	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 checked="" 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)	: 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 <input checked="" 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		介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉主事			
					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		9	1						
前年度1年間の退職者数				6				1			
応じた職員 の人数	1年未満			11	1						
	1年以上	1	1	2	1	1		1			
	3年未満										
	3年以上	2								1	
	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					<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 【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】	<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 checked="" type="checkbox"/> 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 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 <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	施設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勘案
	手続き	運営懇談会において入居者もしくは身元引受人に説明

(利用料金のプラン)

		1 割負担	1 割負担	
入居者の状況	要介護度	支援 1～支援 2	要介護 1～要介護 5	
	年齢	65 歳以上	65 歳以上	
居室の状況	床面積	18.04 m ²	21.06 m ²	
	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	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必 要な費用	前払金	0 円	0 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		170,560～174,430 円	181,240～189,310 円	
家賃		60,000 円	60,000 円	
サービス費用	介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護※ ₁ の費用	5,460～9,330 円	
	介護保険外※ ₂	食費	48,600 円	48,600 円
		管理費	49,500 円	49,500 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	約 7,000 円	約 7,000 円
		その他	0 円	0 円

		2割負担	2割負担	
入居者の状況	要介護度	支援1～支援2	要介護1～要介護5	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	18.04㎡	18.04㎡	
	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	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		176,020～183,760円	197,380～213,520円	
家賃		60,000円	60,000円	
サービス費用	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	10,920～18,660円	32,280～48,420円
		食費	48,600円	48,600円
		管理費	49,500円	49,500円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	約7,000円	約7,000円
		その他	0円	0円
		3割負担	3割負担	
入居者の状況	要介護度	支援1～支援2	要介護1～要介護5	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	18.04㎡	18.04㎡	
	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	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		181,480～193,090円	213,520～237,730円	
家賃		60,000円	60,000円	
サービス費用	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	16,380～27,990円	48,420～72,630円
		食費	48,600円	48,600円
		管理費	49,500円	49,500円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	約7,000円	約7,000円
		その他	0円	0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）

契約期間の中途において消費税率の改定もしくは介護保険利用者負担金に関わる基本単位の変更が行われた場合には、事業者からの通知の有無にかかわらず、消費税率改定後の税率および変更後の基本単位により計算することとします。

食費 1, 620 円/日 消費税 120 円を含む

食費内訳(朝食 540 円、昼食 540 円、夕食 540 円)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	当該地域における不動産賃料相場等をもとに算出
敷金	なし
介護費用	※買い物、付き添いなどのヘルパー料金。介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	50 床規模施設の共用部分管理にかかる月額利用の平均は（当社施設データより）共用部分の月額平均管理費用・・・約 2, 250, 000 円 これを利用者数で按分すると 2, 250, 000 円÷50 名=45, 000 円 上記により、管理費を 45, 000 円に設定しています。 (別途、消費税が必要となります。)
食費	給食費の委託契約料を含む 1 日 1, 200 円 その他、給食に関わる水道光熱費や消耗品費、備品等を考えると 1 日 1, 500 円となり、1 食あたり 500 円となります。 これを 1 ヶ月分と考えると 500 円×3 食（おやつ含む）×30 日=45, 000 円 上記により、食費は 45, 000 円に設定しています。 (別途、消費税が必要となります。)
光熱水費	按分またはメーターによる実費負担となります。 〈水道料金〉1, 650 円。口径 13 ミリにて上下水道料金を算出。 〈電気料金〉夏季 3, 300 円 冬季（11～3 月）8, 800 円
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	寝具リース 78 円/日、預り金 1, 100 円/月、洗濯料 4, 950 円/月、ヘルパー料金おつかい 1, 100 円/時・付添 1, 650 円/時。別添 2
その他のサービス利用料	〈退去時に必要な費用〉 居室清掃・消毒にかかる費用（30, 000 円・税別）及び補修費（実費） マットクリーニング費（3, 000 円・税別）

(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	介護報酬の告示上の額
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）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領)

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【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	20人
	女性	28人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	38人
要介護度別	自立	人
	要支援1	10人
	要支援2	7人
	要介護1	12人
	要介護2	13人
	要介護3	4人
	要介護4	1人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	11人
	6ヶ月以上1年未満	17人
	1年以上5年未満	20人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	89.5歳
入居者数の合計	48人
入居率※	96%
※ 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		人
	死亡者		人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出		人
		(解約事由の例) 退院見込みがない為	
	入居者側の申し出		人
		(解約事由の例) 在宅復帰・他社会福祉施設入所・退院見込みがない為	

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)

窓口の名称		さわやか室蘭式番館
電話番号		0143-35-9006
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		なし
窓口の名称		北海道国民健康保険団体連合会
電話番号		011-231-5161
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土・日・祝日・年末年始
窓口の名称		室蘭市保健福祉部
電話番号		0143-25-3027
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土・日・祝日・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	1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社
	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) サービス提供に伴い、事業者の責任により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償致します。但し、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任が生じない場合があります。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	半年に1回の実施
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり(送付) 2 なし
	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	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 type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2回
	<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 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" 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 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 type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 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)

説明年月日

年 月 日

【利用者】

住所

氏名

㊟

【署名代理人】

住所

氏名

㊟

【説明者署名】

役職

氏名

㊟

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		
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		
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	さわやか東神楽館 さわやか室蘭館	上川郡東神楽町北1条東2丁目9番18 室蘭市幸町9番8号
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	さわやか東神楽館 さわやか室蘭館	上川郡東神楽町北1条東2丁目9番18 室蘭市幸町9番8号
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		
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	さわやかグループホームむろらん	室蘭市幸町9番5号
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		
<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		
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		
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	さわやか東神楽館 さわやか室蘭館	上川郡東神楽町北1条東2丁目9番18 室蘭市幸町9番8号
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	さわやか東神楽館 さわやか室蘭館	上川郡東神楽町北1条東2丁目9番18 室蘭市幸町9番

				館	8号
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	さわやかグループホームむろらん	室蘭市幸町9番5号
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
＜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		

別添2 有料老人ホーム・サービスマン・サービスマン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）の有無		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	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）		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）		包含※2	都度※2	料金※3	備考
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	○		実費負担
おむつ代	なし	あり	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	○		1, 650 円/時間(提携病院無料)
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	○		寝具リース 78 円/日
日常の洗濯	あり	あり	なし	あり	○		4, 950 円/月
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		無料
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	○		実費負担
おやつ	なし	あり	なし	あり	○		1, 100 円/時間
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	○		
買い物代行	あり	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	なし	あり	○		1, 100 円/月
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	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	あり	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	○		1, 650 円/時間(提携病院無料)
入院中の見舞い訪問	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、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に於いて、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。