

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	久保坂 美恵子	所属・職名	介護付き有料老人ホーム悠 施設長

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	法人等の種類	なし <input checked="" type="radio"/> あり 株式会社
	名称	(フリガナ) メディコジャパン株式会社 メディコジャパン株式会社
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒003-0826	
	札幌市白石区菊水元町6条1丁目1番27号	
事業主体の連絡先	電話番号	011-598-1605
	FAX番号	なし
	ホームページアドレ ス	なし
		あり:
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	小西 敦司
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成21年5月22日	

事業主体が函館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	あり	なし	
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>			
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	
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	あり	なし	
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	

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先	
施設の名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ ゆう 介護付有料老人ホーム 悠
施設の所在地	〒040-0061 北海道函館市海岸町5番25号
施設の連絡先	電話番号 0138-27-5035
	FAX番号 0138-27-5105
	ホームページ なし
	アドレス <u>あり</u> : http://fureai-network.jp/hakodate_area/you/
施設の開設年月日	平成23年 4月 20日
施設の施設長の氏名	氏 名 久保坂 美恵子
	職 名 施設長
施設までの主な利用交通手段	
JR 函館駅 徒歩14分、市電 新川町駅 徒歩12分	
施設の類型及び表示事項	類型 : 介護付（一般型）有料老人ホーム 居住の権利形態 : 利用権方式 利用料の支払い方法 : 月払い方式 入居時の要件 : 入居時 <u>自立</u> ・ <u>要支援</u> ・ <u>要介護</u> 介護保険 : 特定施設入居者生活介護 居室区分 : 全室個室 介護職員体制 : 3 : 1以上
介護保険事業所番号	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日）	
事業の開始（予定）年月日	平成23年4月 20日
指定の年月日	平成23年4月 19日
指定の更新年月日	平成 年 月 日

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその他の勤務形態						
有料老人ホームの従業者の人数及びその勤務形態						
実 人 員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
施設長	1				1	1
生活相談員	1				1	1
看護職員	3				3	3
介護職員	16		2		18	17
機能訓練指導員	1				1	1
計画作成担当者	1				1	1
栄養士						
調理員	3				3	3
事務員						
その他従事者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					37.5時間	
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	4				4	4
介護職員基礎研修	14				14	14
訪問介護員1級						
〃 2級						
〃 3級						
介護支援専門員						
従事者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士	1				1	1
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員 の人数	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）					4
	平均時の人数					4

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
生活相談員	1				1	1
看護職員	3				3	3
介護職員	16		2		18	17
機能訓練指導員	1				1	1
計画作成担当者	1				1	1
その他従事者						
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数					37.5時間	
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	3					
介護職員基礎研修	16		2			
訪問介護員1級						
2級						
3級						
介護支援専門員	1					
従事者である機能訓練員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士	1					
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無						
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし		あり		資格等の名称	
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						3 : 1

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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	3		5			
前年度1年間の退職者数			2			
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			4			
1年以上3年未満者の人数	3		3	1		
3年以上5年未満者の人数			3			
5年以上10年未満者の人数			5	1		
10年以上の者の人数			1		1	
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満者の人数				1		
3年以上5年未満者の人数	1					
5年以上10年未満者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況					あり	なし

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
その人らしい生活が維持できることを目指します。入居者一人一人を尊重し、尊敬し合える人間関係を構築することに努めます。健康管理及び機能維持を行い、積極的に社会参加することを推進します。入居者様の人権・プライバシーを保護し、安心できる生活環境を整えます。身体拘束を廃止し、入居者様の自由を制限しないことに努めます。		
介護サービスの内容、利用定員等		
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
協力医療機関の名称	医療法人 函館循環器科内科病院・医療法人 道南勤労者医療協会 函館稜北病院	
(協力の内容) ・入居者の往診による健康指導、診療、健康診断（自己負担）、医療の受け入れ、救急医療の対応、他の医療機関に入院・転院の紹介		
協力歯科医療機関	なし	あり
その名称	医療法人鴻仁会 深瀬病院	
(協力の内容) 入居者の口腔衛生の指導、診療（自己負担） 他の医療機関に転院の紹介		
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
全室介護居室の為、個人の居室		

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合	なし	あり
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容) 無し		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護室へ移る場合		
一時介護室へ移る場合	なし	あり
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

その他		なし	あり
判断基準・手続について (その内容)			
追加的費用の有無		なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容) 契約書等はそのままで、変更があった部分のみ別紙追加して契約する。利用権は変更した部屋での適用となる。			
権利金償却の調整の有無		なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無		なし	あり
従前の居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		なし	あり
浴室の変更の有無		なし	あり
洗面所の変更の有無		なし	あり
台所の有無		なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)		なし	あり
施設の入居に関する要件			
自立している者を対象		なし	あり
要支援の者を対象		なし	あり
要介護の者を対象		なし	あり
留意事項			

契約の解除の内容	<p>事業者入居者が次の各号のいずれかに該当しかつそのことが本契約をこれ以上将来に渡って維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に本契約を解除する事があります。</p> <p>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 家賃又は管理費その他の支払を正当な理由なく、3か月以上滞納するとき ③ [入居契約]（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき ④ 身体に著しい変化があり、医療依存度が施設対応不可能と判断したとき ⑤ 入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき ⑥ 入居者が長期の外出（60日以上）をするとき ⑦ 入居者及びその関係者が当社の運営を著しく妨害する行為がみられたとき ⑧ 入居者に自傷他害の行動がみられたとき ⑨ 身元引受人が不在となったとき</p> <p>2. 前項の規定に基づく契約の解除は、事業者は各号の手続きによって行ないます。</p> <p>① 契約解除の通告については、緊急性がある場合を除き60日の予告期間をおく ② 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける ③ 解除通告に伴う予告期間中に入居者の移転の有無について確認し、移転先がない場合は入居者や身元引受人等その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。</p> <p>3. ⑤によって契約を解除する場合事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行ないます。</p> <p>① 医師の意見を聴く ② 一定の観察期間をおく</p> <p>入居者は、事業者に対して少なくとも30日前に解約の申し入れを行なうことにより、本契約を解除することが出来ます。解約の申し入れは事業者の定める「契約解除届出書」を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2. 入居者が前項の「契約解除届出書」を提出しないで退居した場合には事業者が入居者の退居の事実を知った日の翌日から起算して30日をもって本契約は解除されたものとします。</p>
体験入居の内容	空室がある場合、1泊2日 3,000円（税別）※食費は1食520円（税別）別途徴収
入居定員	60名
その他	

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）R元年5月末時点

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満					1	1
75歳以上85歳未満	7	2	1	1	2	13
85歳以上	14	3	5		2	24
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上		4	4			8

46人

入居者の平均年齢

入居者の男女別人数 男性 8名 女性 30名

入居率（一時的に不在となっている者を含む）

前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退去した者の人数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						
社会福祉施設	2		1		1	4
医療機関	1				1	2
死亡者				1	1	2
その他						
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等						
社会福祉施設		1				1
医療機関		1				1
死亡者						
その他						

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	4	4	29	9		

46人

施設、設備等の状況

建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			なし	あり	
	建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物			なし	あり	
居室の状況	区 分			室 数	人 数	1の居室の床面積
	居室個室	あり	なし	60室	60人	18㎡
	居室相部屋	あり	なし			
	一時介護室	あり	なし			
共用便所の設置数	2箇所	うち男女別の対応が可能な数			2箇所	
		うち車椅子等の対応が可能な数			2箇所	
個室の便所の設置数	60箇所	個室における便所の設置割合			100%	
		うち車椅子等の対応が可能な数			60箇所	
浴室の設備状況	浴室の数	個 浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		3	1	0	0	
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	各階毎に食堂を設置					
入居者等が調理を行う設備状況				なし	あり	
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) 機能訓練室・休憩コーナー				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全館バリアフリー対応						
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積	2,787.31㎡					
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり			
抵当権の設定	なし				あり	
貸借(借地)						
なし	あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新				なし	あり	
施設の建物に関する事項						
建物の延床面積	2,120.13㎡					
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり			
抵当権の設定	なし				あり	
貸借(借家)						
なし	あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新				なし	あり	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	介護付有料老人ホーム 悠		
電話番号	0138-27-5035		
対応している時間	平日	9:00~17:30	
	土曜	9:00~17:30	
	日曜・祝祭日	9:00~17:30	
定休日等	休日なし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	メディコジャパン株式会社		
電話番号	011-598-1605		
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜	なし	
	日曜・祝祭日	なし	
定休日等	土曜及び日曜祝日		
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			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 日本興亜損保株式会社の施設	
その他、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に関する			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容)	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 完全個室でプライバシーに配慮された生活空間の中で、利用者様お一人お一人 が今までの生活に近い生活を過ごしていただけるよう、日常生活の支援をさせていただきます。 また、栄養士が献立した栄養バランスの取れたお食事、健康的な生活をサポートさせていただきます。			
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、意見箱等利用者等の意見等を把握する取組の状況			
なし	<input checked="" type="radio"/>	実施した年月日	
	<input checked="" type="radio"/>	※意見箱 当該結果の開示状況	なし <input checked="" type="radio"/>
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	実施した年月日	
	<input checked="" type="radio"/>	実施した評価機関の名称	
	<input checked="" type="radio"/>	当該結果の開示状況	なし <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

5. 利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式	月払い方式	選択方式			
敷金	58,000円 (家賃の 2ヶ月分)					
一時金方式						
一時金及び月単位で支払う利用料						
年齢に応じた金額設定	なし	あり				
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり				
料金プラン						
プラン名称	一時金	(内訳)				
		月額計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
算定根拠	家賃相当額					
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。				
	食費					
	光熱水費					
	管理費					
	一時金					
一時金の償却に関する事項						
償却開始日の設定	入居日					
初期償却率 (%)						
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						
権利金等(※)の額						
(※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。						
償却年月数 (想定居住期間)						

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例							
保全措置の実施状況		なし	あり	(保全先)			
三月以内の契約終了による返還金について							
三月の起算日		入居日					
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法							
一時金の支払方法							
月払い方式							
月単位で支払う利用料							
年齢に応じた金額設定		なし	あり				
要介護状態に応じた金額設定		なし	あり				
料金プラン							
プラン名称	暖房費 (10～4月)	月額	(内訳)				
		計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
生活保護者料金	11,400	90,000	29,000	介護保険自己負担額	46,500	10,000	4,500
一般料金	9,000	123,500	29,000		46,500	24,000	24,000
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
<p>※自立の方は、食費、光熱費、冬期暖房費について別途消費税。</p> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> <p>※生活保護受給者は、管理費月額4,500円、光熱費月額10,000円、冬期暖房費（10月～翌4月）月額11,400円</p>							
算定根拠	家賃相当額	介護保険1部負担金：5,370円～23,940円（1ヶ月30日換算）					
	介護費用	※食事はホームの生活上、楽しみの一つとして考慮。1日につき朝食 410円、昼食 520円、夕食 520円、おやつ 100円として設定。※欠食の場合は、前日の午後5時00分までにお知らせください。					
	食費	共用施設（浴室、EV、スプリンクラー等）の維持管理費及び、事務管理部門の事務費・人件費他※月途中の入退去の場合は30日で除した数で日割計算といたします。					
	管理費	居室部分・共用部の水光熱費 ※月途中の入退去の場合は30日で除した数で日割計算といたします。					
	光熱費	居室部分・共用部の暖房費 10月～翌4月に算定。 ※月途中の入退去の場合は30日で除した数で日割計算といたします。					
	冬期暖房費	設定なし					
	生活サポート費 (自立の方のみ)	設定なし					
一時金方式・月払い方式共通							

介護保険サービスの自己負担額		
内容	※要介護度に応じて介護費用の1割～3割を徴収する。	
人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
利用料	円（月額 ・ 日額）	
算定根拠		
支払い方法	月単位（日割りの有無 あり ・ なし）	
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料		
個別的な選択による生活支援サービス	<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり
算定根拠	サービス提供設備や、施設備品・人件費による。	
料金改定の手続		

6. その他

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="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
<input checked="" type="radio"/> なし		
<input type="radio"/> あり	(その内容)	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ 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。

氏 名 印

氏 名 印

