様式１

介護付有料老人ホーム　ウエルネスふらま

重 要 事 項 説 明 書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 令和 ３年 ４月 １日 |
|  | 記入者名 | 作本　高志 |
| 所属・職名 | ウエルネスふらま・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 | 　株式会社 |
| 名　　　　　称 | にし・うえるねす　かぶしきがいしゃニシ・ウエルネス 株式会社　　　【法人番号：6220001012289】 |
| 主たる事務所の所　　在　　地 | 〒923-0811石川県小松市白江町ト１２１番地１ |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 | ０７６１－２２－６１４１ | FAX番号 | ０７６１－２２－６１２３ |
| ホームページアドレス |  http://www.nishi-wellness.jp |
| 代　　表　　者 | 氏　　名 | 西　　正次 | 職　 名 | 代表取締役 |
| 設 立 年 月 日 | 平成１１年 ７月 １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 | かいごつきゆうりょうろうじんほーむ　うえるねすふらま介護付有料老人ホーム　ウエルネスふらま | 所在地 | 〒923-0041石川県小松市千代町と１００－１ |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 小松駅 |
| 交通手段と所要時間 | 〔小松バス利用の場合〕小松駅より国府線乗車１５分、千代東口停留所で下車、橋を越えてすぐ右手。〔自動車利用の場合〕小松駅より乗車約１０分 （小松８号バイパス　千代・能美 ＩＣ下車。山手方面へ車で約800ｍ。） |
| 連絡先 | 電話番号 | ０７６１－４７－５０２２ | FAX番号 | ０７６１－４７－５０４８ |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞｱﾄﾞﾚｽ | http://www.nishi-wellness.jp/furama |
| 管理者 | 氏名 | 作本　高志 | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | 平成１５年　９月３０日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成１５年１０月２７日 |

**（類型）【表示事項】**

|  |
| --- |
| 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）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 | １７７０３００３１５ |
| 指定した自治体名 | 石　川　県 |
| 事業所の指定日 | 平成１５年１０月２７日　〔特定施設入居者生活介護〕平成１８年　４月　１日　〔介護予防特定施設入居者生活介護〕 |
| 指定の更新日（直近） | 平成２７年１０月１９日　〔特定施設入居者生活介護〕（指定有効期限：令和 ３年１０月２６日）平成３０年　３月１９日　〔介護予防特定施設入居者生活介護〕（指定有効期限：令和 ６年　３月３１日） |

３．建物概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 土地 | 敷地面積 | ２，８５９．１７　㎡ |
| 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 |
| 契約期間 | １　あり（平成１５年１０月～）２　なし |
| 契約の自動更新 | １　あり　　２　なし |
| 建物 | 延床面積 | 全　体 | １，８４７．５７　㎡ |
| うち、老人ホーム部分 | １，８４７．５７　㎡ |
| 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（地上３階建て）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 | １　あり　　２　なし |
| 契約期間 | １　あり（平成１５年１０月～）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 |
| 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 | 13.32㎡ | ４７室 | 介護居室個室 |
| ※「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 | ３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 | ３ヶ所 |
| 共用浴室 | ４ヶ所 | 個室 | ３ヶ所 |
| 大浴場 | １ヶ所 |
| 共用浴室における介護浴槽 | ２ヶ所 | チェアー浴 | １ヶ所 |
| リフト浴 | １ヶ所 |
| ストレッチャー浴 | ０ヶ所 |
| その他（　　　　　　） | ０ヶ所 |
| 食堂 | 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　　　２　なし |
| エレベーター | １　あり（車椅子対応）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 | １ あり　 ２ なし | スプリンクラー | １ あり　 ２ なし |
| 自動火災報知設備 | １ あり　 ２ なし | 防火管理者 | １ あり　 ２ なし |
| 火災通報設備 | １ あり　 ２ なし | 防災計画 | １ あり　 ２ なし |
| その他 | 各階に、ヘルパーステーションあり。各居室内にナースコール設置あり。 |

４．サービスの内容

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | 〔事業の目的及び運営の方針〕第１条　ウエルネスふらま（以下「施設」という。）が行う指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護（以下「特定施設サービス」という。）は、利用者が要介護状態となった場合でも、当該施設において、その有する能力に応じ、　　　　自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とする。第２条　施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその方の立場に立って、特定施設　　　　サービスを提供するよう努める。第３条　施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を　　　　行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 【健康管理サービス】健康管理、健康相談、慢性疾患管理、日常医療支援、緊急時対応を利用者の状態に合わせて適切に行います。【食事提供サービス】 栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を、１日３食提供します。【生活相談・助言サービス】　日常生活上の相談や助言【生活サービス】郵便物、荷物の受渡し、タクシー等の配車依頼、外来受付等のフロントサービス等家事全般のサービスや生活利便性に関するサービスの提供を行います。【レクリエーションサービス】 各種余暇活動の企画運営を行います。【その他の支援サービス】 その他必要なサービスは、適宜利用者、身元引受人、施設従業者と相談の上行います。詳細は、別紙「各種サービス一覧表」による。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | １　自ら実施　　　　　　　　　　２　委託　　　　３　なし |
| 食事の提供 | １　自ら実施　　　　　　　　　　２　委託　　　　３　なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | １　自ら実施　（※シーツ交換のみ委託）　２　委託　　　　３　なし |
| 健康管理の供与 | 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 | １　自ら実施　　　　　　　　　　２　委託　　　　３　なし |
| 生活相談サービス | 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　　　２　なし |
| 生活機能向上連携加算 | １　あり　　　２　なし |
| 個別機能訓練加算 | １　あり　　　２　なし |
| 夜間看護体制加算 | １　あり　　　２　なし |
| 若年性認知症入居者受入加算 | １　あり　　　２　なし |
| 医療機関連携加算 | １　あり　　　２　なし |
| 口腔衛生管理体制加算 | １　あり　　　２　なし |
| 栄養スクリーニング加算 | １　あり　　　２　なし |
| 退院・退所時連携加算 | １　あり　　　２　なし |
| 看取り介護加算 | １　あり　　　２　なし |
| 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | １　あり　　　２　なし |
| (Ⅱ) | １　あり　　　２　なし |
| サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ | １　あり　　　２　なし |
| (Ⅰ)ロ | １　あり　　　２　なし |
| (Ⅱ) | １　あり　　　２　なし |
| (Ⅲ) | 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）２．５　：　１　以上 |
| ２　なし |

**（医療連携の内容）**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療支援※複数選択可 | １　救急車の手配　　２　入退院の付き添い　　３　通院介助４　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 協力医療機関 | １ | 名称 | 西木医院 |
| 住所 | 石川県小松市河田町ヌ２８－１ |
| 診療科目 | 内科、放射線科 |
| 協力内容 | 往診・訪問診療、健康相談 |
| ２ | 名称 | やわたメディカルセンター |
| 住所 | 石川県小松市八幡イ１２－７ |
| 診療科目 | 内科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科　等 |
| 協力内容 | 医療的処遇、緊急時の対応 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | やわたデンタルクリニック |
| 住所 | 石川県小松市八幡イ１２－７ |
| 協力内容 | 歯科医療に係る支援 |

**（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　　　２　介護居室へ移る場合３　その他（階を移動する等、別の介護居室へ移る場合） |
| 判断基準の内容 | 施設側の事由（介護・看護に関する理由）、利用者側の事由（本人の希望など） |
| 手続きの内容 | 施設側の事由の場合は、利用者・ご家族に相談の上、決定する。利用者側の事由の場合は、施設長が判断し決定する。 |
| 追加的費用の有無 | １　あり　　　２　なし |
| 居室利用権の取扱い | 変更なし |
| 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（居室に備え付け、全室同様の仕様） |
| 浴室の変更 | １　あり　　　２　なし（居室の場所によっての浴室変更はしない） |
| 洗面所の変更 | １　あり　　　２　なし（居室に備え付け、全室同様の仕様） |
| 台所の変更 | １　あり（階を移動した場合）　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 | １　あり　　　２　なし |
| 要支援の者 | １　あり　　　２　なし |
| 要介護の者 | １　あり　　　２　なし |
| 留意事項 | 原則６５歳以上で自立の方及び介護が必要な方。 |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書による。 |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第２８条 |
| 解約予告期間 | 原則９０日の予告期間（但し、緊急の場合はこの限りではない。） |
| 入居者からの解約予告期間 | ３０日 |
| 体験入居の内容 | １　あり（内容： １泊２日、２泊３日のプランあり。 ）２　なし |
| 入居定員 | ４７人 |
| その他 | 身元引受人を２名、定めて頂く。（３親等内の親族の方で、原則として利用者より年下の方。）〔身元引受人の役割〕・管理費等の支払いについて、利用者と連帯して責任を負う。・利用者の健康生活上の連絡窓口（相談先）になる。・万一の時の、利用者の引き取り等の責任を負う。 |

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なし）

**（職種別の職員数）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【令和 ３年 ４月 １日現在】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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名 | １名（施設統括部長と兼任） |  | 1.0 |
| 生活相談員 | １名 | １名 |  | 1.0 |
| 直接処遇職員 | ２３名 | １６名 | ７名 | 20.0 |
|  | 介護職員 | ２０名 | １５名 | ５名 | 18.0 |
|  | 看護職員 | ３名 | ２名（うち１名は機能訓練指導員と兼任） | １名 | 2.5 |
| 機能訓練指導員 | １名 | １名（看護職員） |  | 0.2 |
| 計画作成担当者 | １名 | １名 |  | 1.0 |
| 栄養士 | １名 | １名（他事業所と兼任） |  | 0.5 |
| 調理員 | ６名 |  | ６名 | 4.0 |
| 事務員 | １名 | １名 |  | 1.0 |
| その他職員 | ３名 |  | 　　　３名 | 1.1 |
| １週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※２ | ４０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 | ０名 | 　　　　　　０名 | 　　　　　　０名 |
| 介護福祉士 | １２名 | ９名 | ３名 |
| 実務者研修の修了者 | ０名 | ０名 | 　　　　　　０名 |
| 初任者研修の修了者 | １４名 | １０名 | ４名 |
| 介護支援専門員 | 　　　　　　　　１名 | ０名 | 　　　　　　１名 |

**（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名 | １名 |  |
| 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～　翌日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（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） | （利用者33名：職員18名）1.83 ： 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 |

**（職員の状況）　　 　　　　　≪「前年度」→令和２年度　　「経験年数」→令和３年 ４月 １日 現在 ≫**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 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 | ０人 | ０人 | ３人 | ０人 | ０人 | ０人 | ０人 | ０人 | ０人 | ０人 |
| 前年度１年間の退職者数 | ０人 | ０人 | １人 | １人 | ０人 | ０人 | ０人 | ０人 | ０人 | ０人 |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | １年未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １年以上３年未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３年以上５年未満 |  |  | １人 |  |  |  |  |  |  |  |
| ５年以上10年未満 |  |  | ４人 | １人 | １人 |  | １人 |  |  |  |
| 10年以上 | ２人 | １人 | 10人 | ４人 |  |  |  |  | １人 |  |
| 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 | 人件費や物価の変動等があった場合 |
| 手続き | 運営懇談会等にて審議の上、決定する。 |

**（利用料金のプラン【代表的なプランを２例】）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | プラン１（入居一時金ありのＡプランの場合） | プラン２（入居一時金なしのＢプランの場合） |
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要支援２ | 要介護３ |
| 年齢 | ８０歳 | ８０歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 13.32㎡ | 13.32㎡ |
| 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 | （入居一時金）1,000,000円 | 0円 |
| 敷金 | （保証金）　 100,000円 | （保証金）100,000円 |
| 月額費用の合計 | 円 | 円 |
|  | 家賃 | 円 | 円 |
|  | サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ※１の費用 | 128,900 ～ 141,170円 | 145,900 ～ 158,170円 |
|  | 介護保険外※２ | 食費 | 52,200円 | 52,200円 |
|  | 管理費 | 25,000円 | 42,000円 |
|  | 介護費用　＜介護ｻｰﾋﾞｽ費＞ | 0 ～ 12,270円 | 0 ～ 12,270円 |
|  | 光熱水費 | 円 | 円 |
|  | その他　　＜生活ｻｰﾋﾞｽ費＞ | 51,700円 | 51,700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 |  |
| 敷金（保証金） | 家賃（Ａタイプの管理費）の４ヶ月分　　100,000円〔退居時返還金＝100,000円－原状復帰費用〕 |
| 介護費用 | 介護サービス費　介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額（※介護保険サービスの自己負担額は含まない。） |
| 管理費 | 共用施設等の維持・管理費、居室家賃・光熱費 |
| 食費 | 食材費及び調理に係る費用 |
| 光熱水費 | 管理費、生活サービス費に含む |
| 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 | 冷暖房費3,500円（夏季は7・8月、冬季は11～3月に徴収） |
| その他必要な料金 | ・生活サービス費　　事務員・栄養士の人件費、その他入居者ｻｰﾋﾞｽをして　　　　　　　　　いくにあたっての運営維持費として、事務用品・消耗品、システム維持費、共用部の光熱水費、通信費等・入居一時金（Ａタイプのみ）　契約終了時までの家賃相当額の前払金 |

**（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 |  |
| 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（上乗せサービス） | 〔介護サービス費〕介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額（※介護保険サービスの自己負担額は含まない。） |
| ※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 | 契約終了時までの家賃相当額の前払金 （Ａタイプ） |
| 想定居住期間（償却年月数） | ６０ヶ月 |
| 償却の開始日 | 入居日　９１日後 |
| 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） | 200,000円 |
| 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 | 1,000,000円－（2,000円×入居日数） |
| 入居後３月を超えた契約終了 | 1,000,000円×0.8×（1-入居月数／60ヶ月） |
| 前払金の保全先 | １ 連帯保証を行う銀行等の名称 | 北國銀行 |
| 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　【令和 ３年 ４月 １日現在】

（入居者の人数）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 性別 | 男性 | ８人 |
| 女性 | ２５人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | ０人 |
| 65歳以上75歳未満 | ０人 |
| 75歳以上85歳未満 | ６人 |
| 85歳以上 | ２７人 |
| 要介護度別 | 自立 | ０人 |
| 要支援１ | ２人 |
| 要支援２ | ２人 |
| 要介護１ | １１人 |
| 要介護２ | ３人 |
| 要介護３ | ７人 |
| 要介護４ | ６人 |
| 要介護５ | ２人 |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | ５人 |
| ６ヶ月以上１年未満 | ５人 |
| １年以上５年未満 | １４人 |
| ５年以上10年未満 | ６人 |
| 10年以上15年未満 | ２人 |
| 15年以上 | １人 |

**（入居者の属性）**

|  |  |
| --- | --- |
| 平均年齢 | ８９．７歳 |
| 入居者数の合計 | ３３人 |
| 入居率※ | ７０．２％ |
| ※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）　　　　　　　　　 　【令和 ２年 ４月 １日 ～ 令和 ３年 ３月３１日】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 　　　　２人 |
| 社会福祉施設 | ０人 |
| 医療機関 | １人 |
| 死亡者 | ５人 |
| その他 | ０人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | １人 |
| （解約事由の例）　　　　・医療依存度が高くなり施設での対応が |
| 入居者側の申し出 | ７人 |
| （解約事由の例）　・自宅で暮らしたい。・死亡の為 |

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）**※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 | ウエルネスふらま相談窓口 |
| 電話番号 | （０７６１）４７－５０２２ |
| 対応している時間 | 平日 | 午前８時３０分　～　午後５時３０分 |
| 土曜 | ―――― |
| 日曜・祝日 | ―――― |
| 定休日 | 土曜日・日曜日・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 | １　あり | （その内容）業務の遂行や施設所有・使用または管理に起因する事故、利用者に提供した飲食物などの生産物や業務の結果に起因する事故によって、サービス利用者や第三者に損害を与え、法律上の損害賠償責任を負担した場合に、損害の賠償を行います。・施設所有（管理）者賠償責任保険　　１事故につき３億円（限度額）・生産物賠償責任保険　　１事故につき３億円（限度額） |
| ２　なし |
| 介護ｻｰﾋﾞ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）　傷害保険加入 |
| 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 | １　あり | 実施日 |  |
| 結果の開示 | １　あり 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 |
| 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 | 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 | 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　　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　　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　　３ 公開していない |

10．その他

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 運営懇談会 | 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：　　　　　　）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 | 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　　　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　　　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 | 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 | １ あり　　　２ なし |
|  | 不適合事項がある場合の内容 |  |

添付書類：　１）別添１（別に実施する介護サービス一覧表）

２）別添２（個別選択による介護サービス一覧表）

３）別表Ⅳ－１　　介護サービス一覧表

　　　　　　　４）別表Ⅳ－２　　各種サービス一覧表

５）別表Ⅳ－４①　有料サービス一覧表①

６）別表Ⅳ－４②　有料サービス一覧表②

７）別表Ⅳ－４③　有料サービス料金表

８）短期利用のサービスの概要・短期利用に際しての準備や当日の持ち物について

　　　　　　　９）介護保険に係る利用料金

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 | 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 | ウエルネスかねの | 小松市金平町ラ100-1 |
| 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＞ |
|  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | なし |  |  |
| 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 |  |  |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | ウエルネスいまえウエルネスおきまち | 小松市今江町1-328-1小松市沖町480番地 |
| 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 |  |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし |  |  |
| 居宅介護支援 | あり | なし | ニシ・ウエルネス居宅介護支援事業所 | 小松市沖町480番地 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ |
|  | 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 | ウエルネスかねの | 小松市金平町ラ100-1 |
|  | 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 | ニシ・ウエルネス居宅介護支援事業所 | 小松市沖町480番地 |
| ＜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 |  |  |
| 介護医療院 | あり | なし |  |  |

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** |
|  | 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 | 備　　考 |
| （利用者が全額負担） | 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 |  | ○ | 種類毎に設定あり | ※別紙「有料サービス一覧表」参照 |
|  | 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 介護度により異なる | ※週３回目以降は有料サービス |
|  | 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 介護度により異なる | ※週３回目以降は有料サービス |
|  | 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 | ○ | ○ | 1,000円／1h | ※協力医療機関へは包含、それ以外は都度 |
| 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 |  | ○ | 300円／1回 |  |
|  | 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 |  | ○ |  | ※料金はその都度ご説明 |
|  | 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 |  | ○ | 種類毎に設定あり | ※2500円～3500円 |
|  | 買い物代行 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 1,000円／1h | ※別紙「有料サービス一覧表」参照 |
|  | 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 1,000円／1h | ※別紙「有料サービス一覧表」参照 |
|  | 金銭・貯金管理 |  |  | なし | あり |  |  |  | ※金銭管理は行わない |
| 健康管理サービス |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 定期健康診断 |  |  | なし | あり |  | ○ |  | ※希望者 |
|  | 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 |  | ○ | 1,000円／1h | ※別紙「有料サービス一覧表」参照 |
|  | 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 1,000円／1h | ※別紙「有料サービス一覧表」参照 |
|  | 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 1,000円／1h | ※別紙「有料サービス一覧表」参照 |
|  | 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、月額の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。

説明年月日： 令和 　　年 　　月 　　日

介護付有料老人ホーム「ウエルネスふらま」への入居に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者署名 　 ㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、同意いたしました。

[利用者]

　　　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

[署名代行者]

　私は、下記理由により、本人の意思を確認し上記署名を代行しました。

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（利用者との続柄　　　　　　　　　　　）

　　　　（署名代行理由　　　　　　　　　　　　）

[身元引受人]

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（利用者との続柄　　　　　　　　　　　）