別紙様式

（特定施設入居者生活介護）

**契約書別紙 兼 重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 令和3年4月1日 |
|  | 記入者名 | 石本　洋介 |
| 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／法人 | |
| ※法人の場合、その種類 | 医療法人 |
| 名称 | （ふりがな）いりょうほうじんしゃだん　たやかい  　　　　　　医療法人社団　田谷会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒923-0801　石川県小松市園町ニ29番地1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | ０７６１－２３－０８８８ |
| FAX番号 | ０７６１－２３－０８８９ |
| ホームページアドレス | https://tayakai.or.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 田谷　正 |
| 職名 | 理 事 長 |
| 設立年月日 | 昭和・平成　62 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 | （ふりがな）さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく　おれんじはうす  　　　　　　サービス付き高齢者向け住宅　おれんじハウス | |
| 所在地 | 〒923-0801  石川県小松市園町二155番地1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 小松駅 |
| 交通手段と所要時間 | 1. バス利用の場合   ・市バス市内循環線で乗車５分、商工会議所前で下車、徒歩2分   1. 自動車利用の場合   ・乗車５分 |
| 連絡先 | 電話番号 | ０７６１－２４－５８５０ |
| FAX番号 | ０７６１－２４－５８５１ |
| ホームページアドレス | http://tayakai.or.jp/care/orangehouse/ |
| 管理者 | 氏名 | 石本　洋介 |
| 職名 | 施 設 長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成　27年　4月　16日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成　27年　4月　20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 | 1770300984 |
| 指定した自治体名 | 石川 県（市） |
| 事業所の指定日 | 令和　元年　12月　1日 |
| 指定の更新日（直近） | 令和　　年　　月　　日 |

**３．建物概要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 土地 | 敷地面積 | 2,371,81㎡ | | | | | | | | | |
| 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  （H26年10月1日～H46年9月30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 | | | | | 1,308,12㎡ | | | | |
| うち、老人ホーム部分 | | | | | 1,308,12㎡ | | | | |
| 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（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | 有／無 | | | 19.25㎡ | 32室 | | 一般居室個室 |
| タイプ２ | 有／無 | | | 有／無 | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ３ | 有／無 | | | 有／無 | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ４ | 有／無 | | | 有／無 | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ５ | 有／無 | | | 有／無 | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ６ | 有／無 | | | 有／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 | 有／無 | | | 有／無 | | | ㎡ |  | |  |
| ※「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 | | | ４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 | | | | 2ヶ所 | |
| 共用浴室 | | | ２ヶ所 | | 個室 | | | | 2ヶ所 | |
| 大浴場 | | | | 0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 | | | | 0ヶ所 | |
| ストレッチャー浴 | | | | 1ヶ所 | |
| その他（　　　　　　） | | | | 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 | | | | | | | |
| 自動火災報知設備 | | | １　あり　　　２　なし | | | | | | | |
| 火災通報設備 | | | １　あり　　　２　なし | | | | | | | |
| スプリンクラー | | | １　あり　　　２　なし | | | | | | | |
| 防火管理者 | | | １　あり　　　２　なし | | | | | | | |
| 防災計画 | | | １　あり　　　２　なし | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | | | |

**４．サービスの内容**

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | 関連施設との連携体制を強化することで、 地域社会に貢献する。地域密着型施設の運営。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 当法人関連施設等による、医療や介護の連携したサポート体制。短期間の入居の受け入れ。 |
| 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　 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及び利用料等について：特定施設入居者生活介護）**

特定施設入居者生活介護は、特定施設従業者等が、入浴、排せつや食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うサービスです。サービスの提供に当たっては、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、特定施設サービスにおける目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した特定施設サービス計画を作成します。特定施設サービス計画の内容について利用者又はご家族等に対して説明し、同意を得ます。（実施状況等により、計画を変更した場合も同様です。）

**（介護サービスの内容及び利用料等について：特定施設入居者生活介護）**

**【（介護予防）特定施設入居者生活介護費 ― 基本報酬】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 要介護度 | 基本利用料  （1日につき） | **利用者負担金**  **下記金額に利用者負担割合を乗**  **じた金額が負担金額となります** |
| 要支援1 | 1,820円 | **182円** |
| 要支援2 | 3,110円 | **311円** |
| 要介護1 | 5,380円 | **538円** |
| 要介護2 | 6,040円 | **604円** |
| 要介護3 | 6,740円 | **674円** |
| 要介護4 | 7,380円 | **738円** |
| 要介護5 | 8,070円 | **807円** |
| **【新型コロナウィルス感染症に対応するための特例的な評価】**  　新型コロナウィルス感染症に対応するための特例的な評価として、全てのサービスについて、  令和３年４月１日より令和３年９月末までの間、基本報酬（上記）に0.1％上乗せとなります。 | | |

**【加算】**以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算の種類 | | | 加算の有無 | 加算要件（概要） | | 加算額 | |
| 加算額 | **利用者負担金**  **下記金額に**  **利用者負担**  **割合を乗じ**  **た金額が負**  **担金額とな**  **ります** |
| 入居継続支援加算 | | (Ⅰ) |  | ・痰の吸引等のケアを必要とする利用者の割合が全利用者の15％以上であること  ・介護福祉士の数が、利用者数が6人またはその端数を増すごとに1名以上であること  ・人員基準欠如に該当していないこと | | 1日につき  360円 | **1日につき**  **36円** |
| (Ⅱ) |  | ・痰の吸引等のケアを必要とする利用者の割合が全利用者の5％以上15％未満であること  ・入居継続支援加算(Ⅰ)に同じ | | 1日につき  220円 | **1日につき**  **22円** |
| 生活機能向上  連携加算 | | (Ⅰ) |  | ・訪問リハ・通所リハを行う事業所、あるいはリハを行う医療機関の理学療法士等や医師からの助言を受ける事ができる体制を構築し、助言を受けた上で機能訓練指導員等が個別機能訓練計画を作成すること  ・理学療法士等や医師は、サービス提供の場またはICTを活用した動画等により利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと | | 1ヶ月につき  1,000円  (3ヶ月毎) | **1ヶ月につき**  **100円**  **(3ヶ月毎)** |
| (Ⅱ) |  | ・訪問リハ・通所リハの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問し行う場合  ・リハを行う医療機関の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問し行う場合 | | 1ヶ月につき  2,000円  個別機能訓練  加算を算定  している場合  1,000円 | **1ヶ月につき**  **200円**  個別機能訓練  加算を算定  している場合  100円 |
| 個別機能訓練加算 | | (Ⅰ) |  | ・常勤専従の機能訓練指導員を1名以上配置すること  ・機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画に基づき機能訓練を実施し、評価を行っていること  ・開始時及び3ヶ月に1回以上利用者に個別機能訓練計画の内容を説明し、記録していること | | 1日につき  120円 | **1日につき**  **12円** |
| (Ⅱ) |  | ・個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している利用者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施にあたって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること | | 1ヶ月につき  200円 | **1ヶ月につき**  **20円** |
| 夜間看護体制加算 | | |  | ・看護責任者を定めた上で、常勤の看護師を１名以上配置し、看護師または病院や看護ステーション等と連携して、24時間連絡体制を確保しておくこと  ・必要に応じて健康上の管理などを行う体制を確保していること  ・ご利用者が重度化した場合の対応を定めておき、入居時にご利用者または家族に対して説明を行い同意を得ていること | | 1日につき  100円 | **1日につき**  **10円** |
| 医療機関連携加算 | | |  | ・看護職員が、利用者ごとに健康の状況を継続的に記録している場合において、当該利用者の同意を得て、協力医療機関又は当該利用者の主治の医師に対して、当該利用者の健康の状況について月に1回以上情報を提供すること | | 1ヶ月につき  800円 | **1ヶ月につき**  **80円** |
| 口腔衛生管理体制加算 | | |  | ・歯科医または歯科医の指示を受けている歯科衛生士が、介護職員へ毎月１回以上口腔ケアに関わる技術的助言および指導をしていること  ・歯科医または歯科医の指示を受けている歯科衛生士の助言や指導に基づき、口腔ケア計画書を作成すること | | 1ヶ月につき  300円 | **1ヶ月につき**  **30円** |
| 口腔・栄養  スクリーニング加算 | | |  | ・利用開始時および利用中６ヶ月ごとに利用者の口腔の健康状態および栄養状態について確認を行い、当該情報を担当する介護支援専門員へ提供していること | | 1回につき  200円  (6ヶ月毎) | **1回につき**  **20円**  **(6ヶ月毎)** |
| 退院・退所時連携加算 | | |  | ・退院または退所にあたり、病院等の職員と面談を行うこと  ・利用者に関する必要な情報を収集し、ケアプランの作成を行うこと  ・退院、退所後に利用する居宅系サービス等の調整を行うこと  ・連携回数が3回になる場合には、入院または入所中の担当医等との退院時カンファレンス等に1回以上参加すること | | 1日につき  300円 | **1日につき**  **30円** |
| 科学的介護推進体制加算 | | |  | ・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること  ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって上記の情報を適切かつ有効に活用していること | | １ヶ月につき  400円 | **１ヶ月につき**  **40円** |
| 看取り介護  加算 | (Ⅰ) | |  | ・基準に適合する施設で看取り介護を行った場合  ・夜間看護体制加算を算定しない場合は算定不可 | 死亡日45日前  ～31日前 | 1日につき  720円 | **1日につき**  **72円** |
| 死亡日30日前  ～4日前 | 1日につき  1,440円 | **1日につき**  **144円** |
| 死亡日前々日、  前日 | 1日につき  6,800円 | **1日につき**  **680円** |
| 死亡日 | 1日につき  12,800円 | **1日につき**  **1280円** |
| (Ⅱ) | |  | ・看取り介護加算(Ⅰ)の算定要件に加え、看取り期において夜勤等により看護職員を配置していること  ・夜間看護体制加算を算定しない場合は算定不可 | 死亡日45日前  ～31日前 | 1日につき  5,720円 | **1日につき**  **572円** |
| 死亡日30日前  ～4日前 | 1日につき  6,440円 | **1日につき**  **644円** |
| 死亡日前々日、  前日 | 1日につき  11,800円 | **1日につき**  **1,180円** |
| 死亡日 | 1日につき  17,800円 | **1日につき**  **1,780円** |
| 認知症専門 ケア加算 | （Ⅰ） | |  | ・国や自治体が行っている認知症介護指導者研修の修了者である、認知症介護で一定の経験を持つ専門の者が、介護サービスを行うことに対して評価をするもの | | 1日につき  30円 | **1日につき**  **3円** |
| （Ⅱ） | |  | 1日につき  40円 | **1日につき**  **4円** |
| ADL維持等  加算 | （Ⅰ） | |  | ・利用者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して６ヶ月目において、適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること  ・規定された評価方法を用いて測定した数値が基準を満たしていること | | １ヶ月につき  300円 | **１ヶ月につき**  **30円** |
| （Ⅱ） | |  | ・ADL維持等加算(Ⅰ)の要件を満たすこと  ・規定された評価方法を用いて測定した数値が基準を満たしていること | | １ヶ月につき  600円 | **１ヶ月につき**  **60円** |
| サービス 提供体制 強化加算 | （Ⅰ） | |  | サービス提供体制を特に強化して基準を満たし届出を行った介護事業所に対して算定される加算 | | 1日につき  220円 | **1日につき**  **22円** |
| 介護職員処遇改善加算 | （Ⅰ） | |  | 当該加算の算定要件を満たす場合 | | **1ヶ月の利用料金の8.2％** | |
| 介護職員等 特定処遇 改善加算 | （Ⅰ） | |  | 当該加算の算定要件を満たす場合 | | **1ヶ月の利用料金の1.8％** | |
| 人員配置が手厚い 介護サービスの実施 | | |  | 要介護者等の人数に応じて看護・介護職員の人数が定められた要件を満たす場合 | | ― | |

**（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 | 田谷泌尿器科医院 |
| 住所 | 小松市園町二29番地1 |
| 診療科目 | 泌尿器科、内科 |
| 協力内容 | 往診、訪問看護、緊急時の夜間訪問 |
| ２ | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 診療科目 |  |
| 協力内容 |  |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | もとむら歯科医院 |
| 住所 | 小松市龍助町5 |
| 協力内容 | 歯科に関する健康、受診、治療及び応談の協力 |

**（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（　　　　　　　） | |
| 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 | 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 |  | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約　第11条 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 |  |
| 解約予告期間 | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日前 | |
| 体験入居の内容 | １　あり（内容：　　　　　　　　　　）  ２　なし | |
| 入居定員 | 32人 | |
| その他 |  | |

**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はありません）。**

**（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 | 1 | 0.50 |
| 生活相談員 | | 2 | 2 | 0 | 1.00 |
| 直接処遇職員 | | 8 | 8 | 0 | 7.00 |
|  | 介護職員 | 7 | 7 | 0 | 6.50 |
|  | 看護職員 | 1 | 0 | 0 | 0.50 |
| 機能訓練指導員 | | 1 | 0 | 0 | 0.50 |
| 計画作成担当者 | | 1 | 0 | 0 | 0.50 |
| 栄養士 | |  |  |  |  |
| 調理員 | |  |  |  |  |
| 事務員 | |  |  |  |  |
| 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 | 5 | 5 |  |
| 実務者研修の修了者 | 1 | 1 |  |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 1 |  |
| 介護支援専門員 | 1 | 1 |  |

**（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 | 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（ 19時30分～　7時 ） | | |
|  | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 1.0　人 | 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） | | | ：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 |  | |

**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 |  | |
| 手続き |  | |

**(食事料金)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 朝食 | 昼食 | 夕食 |
| 単価(税込) | 583円 | 691円 | 691円 |

※　高齢者向け住まいにおける飲食料品の提供の消費税の軽減税率が適用されます。

※　食事の提供時間　朝食：7時30分～8時30分、昼食：12時～13時、夕食：18時～19時

※　食事のキャンセルについては、1週間前の17時30分までにお知らせください。

　　　上記以降のキャンセルは、食事代を頂くこととなりますので、ご了承ください。

**（利用料金のプラン【代表的なプランを２例】）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | プラン１ | プラン２ |
| 入居者の状況 | | | 要介護度 | | 要介護度1 | 要介護度3 |
| 年齢 | | 歳 | 歳 |
| 居室の状況 | | | 床面積 | | 19.25㎡ | 19.25㎡ |
| 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 | | 円 | 円 |
| 敷金 | | 150,000円 | 150,000円 |
| 月額費用の合計 | | | | | 147,611円 | 151,827円 |
|  | 家賃 | | | | 50,000円 | 50,000円 |
|  | サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※１の費用 | | | 16,678円 | 20,894円 |
|  | 介護保険外※２ | | 食費 | (税込)60,933円 | (税込)60,933円 |
|  | 管理費（光熱水費を含む） | 20,000円 | 20,000円 |
|  | 介護費用 | 0円 | 0円 |
|  | 光熱水費 | 0円 | 0円 |
|  | その他（おむつ代等） | 実費 | 実費 |
| ※１　介護予防・地域密着型の場合を含む。各種加算額は除いた金額。  ※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 | 施設経営計画により設定 |
| 敷金 | 家賃の　3　ヶ月分 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 管理費 | 居室および共用部の水光熱費、日用消耗品及び共用部の保全等 |
| 食費 | 委託業者との価格により設定 |
| 光熱水費 | 常識の範囲で設定 |
| 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 | 無 |
| その他必要な料金 | 居室内の電話代、ＮＨＫ受信料 |

**（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）**

**※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 | おむつ等の排泄用品、日用品等 |
| 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） | 無し |
| ※　介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

**７．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 | | おれんじハウス　苦情相談窓口 |
| 電話番号 | | 0761-24-5850 |
| 対応している時間 | 平日 | 8：30 ～ 17：30 |
| 土曜 | ― |
| 日曜・祝日 | ― |
| 定休日 | | 土・日・祝日・お盆・年末年始 |

**その他の相談窓口**

|  |  |
| --- | --- |
| 小松市役所 | 電話番号　0761-24-8168（長寿介護課） |
| 国民健康保険団体連合会 | 電話番号　076-261-5191（代表） |

**（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 |  |
| 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）被害者治療費等補償 |
| 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 | 平成31年3月満足度調査・随時意見箱 |
| 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 | | |

**８．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 |

**９．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）  個別に対応している。 |
| 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 | | なし | | | |
|  | 不適合事項がある場合の内容 |  | | | |

添付書類：別添１（別に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　　　　　　　　　印

　サービス付き高齢者向け住宅おれんじハウスの特定施設入居者生活介護（介護予防特定施設入居者生活介護）を利用するにあたり、「サービス付き高齢者向け住宅おれんじハウス入居契約書」、「特定施設入居者生活介護 契約書」及び「（特定施設入居者生活介護）契約書別紙 兼 重要事項説明書」を受領し、担当者からこれらの内容の説明を聞いて十分に理解いたしましたので、その内容に同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〈利用者〉

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〈身元引受人〉

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　氏　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 | | | | 事業所の名称 | 所在地 |
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
|  | 訪問介護 | あり | なし | ヘルパーステーションおれんじ【休止】 | 小松市園町二155番地1 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし |  |  |
| 訪問看護 | あり | なし | 訪問看護ステーション小松 | 小松市園町二29番地1 |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 訪問看護ステーション小松 | 小松市園町二29番地1 |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | 田谷泌尿器科医院 | 小松市園町二29番地1 |
| 通所介護 | あり | なし |  |  |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 1:通所リハビリセンター グリーン・ポート小松  2:通所リハビリセンター レイクサイド木場  3:通所リハビリセンター おれんじ | 1:小松市岩渕町46番地2  2：小松市三谷町そ80番地  3：小松市園町ニ29番地1 |
| 短期入所生活介護 | あり | なし |  |  |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | 1:介護老人保健施設 グリーン・ポート小松  2：介護老人保健施設 レイクサイド木場  3:田谷泌尿器科医院 | 1：小松市岩渕町46番地2  2：小松市三谷町そ80番地  3:小松市園町ニ29番地1 |
| 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＞ | | | | | |
|  | 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 | 1:介護相談センター　田谷医院  2：介護相談センター グリーン・ポート小松  3：介護相談センター　レイクサイド木場 | 1:小松市園町ニ29番地1  2:小松市岩渕町46番地2  3:小松市三谷町そ80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 | 訪問看護ステーション小松 | 小松市園町ニ29番地1 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 訪問看護ステーション小松 | 小松市園町ニ29番地1 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | 田谷泌尿器科医院 | 小松市園町ニ29番地1 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | 1: 通所リハビリセンターグリーン・ポート小松  2:通所リハビリセンター レイクサイド木場  3:通所リハビリセンター おれんじ | 1:小松市岩渕町46番地2  2：小松市三谷町そ80番地  3：小松市園町ニ29番地1 |
| 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 | 1:介護老人保健施設グリーン・ポート小松  2：介護老人保健施設レイクサイド木場  3:田谷泌尿器科医院 | 1：小松市岩渕町46番地2  2：小松市三谷町そ80番地  3:小松市園町ニ29番地1 |
| 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 | 1:介護相談センター　田谷医院  2：介護相談センター グリーン・ポート小松  3：介護相談センター　レイクサイド木場 | 1:小松市園町ニ29番地1  2:小松市岩渕町46番地2  3:小松市三谷町そ80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 | 1:介護老人保健施設 グリーン・ポート小松  2：介護老人保健施設 レイクサイド木場 | 1：小松市岩渕町46番地2  2：小松市三谷町そ80番地 |
| 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 | | | | | | あり |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | サービス付き高齢者向け住宅 | | | (介護予防)特定施設入居者生活介護 | | | 備考 | | | |
|  |  | 基本 | 有料サービス | 料金 | 基本(※1) | 有料サービス | 料金 |
| 介護サービス | 食事介助 |  |  |  | ○ |  |  |  | | | |
| 排泄介助・ おむつ交換 |  | ○(※2) | 550円／回 | ○ |  |  | (※2)ウリナール、ウロバック、ポータブルトイレのみ | | | |
| おむつ代 |  |  | 実費 |  |  | 実費 |  | | | |
| 入浴介助・清拭 |  |  |  | ○ | ○ | 1650円／回 | 施設サービス計画書の予定回数を超えて希望時 | | | |
| 身辺介助 (移動・着替等) |  | ○(※3) | 330円／1食事毎 | ○ |  |  | (※3)食堂までの歩行や車椅子の援助のみ | | | |
| 機能訓練 |  |  |  | ○ |  |  |  | | | |
| 通院介助 |  | ○ | 1650円／時間 | ○ | ○ | 1650円／時間 | 協力医療機関以外の場合(協力医療機関は無料) | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 生活サービス | 居室・寝具清掃 |  | ○ | 1650円／時間 | ○ | ○(※4) | 1650円／時間 | (※4)施設サービス計画書の予定回数を超えて希望時 | | | |
| 日常の洗濯 |  | ○ | 825円／回 |  | ○ | 825円／回 | 洗濯物2キロ相当 | | | |
| 居室配膳・下膳 |  | ○ | 330円／1食事毎 |  |  |  | 体調不良時を除く | | | |
| 理美容師による 理美容サービス |  | ○ | 3500円／回 |  | ○ | 3500円／回 | 理容師の出張を手配します | | | |
| 買い物代行 |  | ○ | 1650円／時間 |  | ○ | 1650円／時間 | 本人希望の場合 | | | |
| 役所手続き代行 |  | ○ | 1650円／時間 |  | ○ | 1650円／時間 | 本人希望の場合 | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 健康管理 サービス | 状態把握・生活相談 | ○ |  |  |  |  |  |  | | | |
| 生活・栄養指導 |  |  |  | ○ |  |  |  | | | |
| 服薬支援 |  |  |  | ○ |  |  |  | | | |
| 生活リズムの記録 (排便・睡眠等) |  |  |  | ○ |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 入退院時 入院中の サービス | 移送サービス |  | ○ | 1650円／時間 | ○ | ○ | 1650円／時間 | 協力医療機関以外の場合(協力医療機関は無料) | | | |
| 入退院時の同行 |  | ○ | 1650円／時間 | ○ | ○ | 1650円／時間 | 協力医療機関以外の場合(協力医療機関は無料) | | | |
| 入院中の洗濯物 の交換・買い物 |  | ○ | 1650円／回 |  | ○ | 1650円／回 | 洗濯代は別 | | | |
|  |  | (※1)特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の基本料金は、利用者の介護保険負担割合(１～３割）に応じて変わります。 | | | | | | | | | |