

別記様式第1号

有料老人ホーム入居契約兼指定特定施設等利用契約

シルバーシティ十勝おびひろ重要事項説明書

記入年月日	平成29年7月1日
記入者名	小 関 利 彦
所属・職名	シルバーシティ十勝おびひろ園長

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃたいへいようしるばーさーびすほっかいどう 株式会社太平洋シルバーサービス北海道	
主たる事務所の所在地	〒085-0018 北海道釧路市黒金町7丁目4番地1	
連絡先	電話番号	0154-25-2101
	FAX番号	0154-25-7221
	ホームページアドレス	http://www.silvercity.jp
代表者	氏名	池本 雅明
	職名	代表取締役
設立年月日	平成18年 4月3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) しるばーしていとちちおびひろ シルバーシティ十勝おびひろ	
所在地	〒080-0016 帯広市西6条南10丁目51番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	帯広駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・十勝バス、拓殖バス南商線等「西5南13」 バス亭より約350m (徒歩5分) ② 徒歩の場合 ・帯広駅より約550m (徒歩7分)

連絡先	電話番号	0155-24-1111
	FAX番号	0155-24-1112
	ホームページアドレス	http:// www.silvercity.jp
管理者	氏名	小 関 利 彦
	職名	園 長
建物の竣工日		平成23年 8月15日
有料老人ホーム事業の開始日		平成23年10月 1日

【類型】【表示事項】

<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 3 住宅型 <input type="radio"/> 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0174601617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0174601617号
	指定した自治体名	北海道
	事業所の指定日	平成23年 9月28日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,805.95㎡（賃貸）	
	所有関係	<input type="radio"/> 1 事業者が自ら所有する土地 無し <input checked="" type="radio"/> 2 事業者が賃借する土地 1,805.95㎡	
建物		抵当権の有無	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (2011年10月1日～2032年9月30日) <input type="radio"/> 2 なし
		契約の自動更新	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし
建物	延床面積	全体	2,744.12㎡
		うち、老人ホーム部分	㎡
	耐火構造	<input checked="" type="radio"/> 1 耐火建築物 <input type="radio"/> 2 準耐火建築物 <input type="radio"/> 3 その他（ ）	
	構造	<input checked="" type="radio"/> 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 無し					
	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 (2011年10月1日～ 2032年9月30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 シングルルーム 48室 (約 21.00 m ²)				
		2 相部屋あり ツインルーム 6室 (約 33.60 m ²)				
		最少	1人部屋			
	最大	2人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	シングルルーム	有	無	約 21.00 m ²	8室	一般居室
	シングルルーム	有	無	約 21.00 m ²	40室	介護居室個室
ツインルーム	有	無	約 33.60 m ²	2室	一般居室	
ツインルーム	有	有	約 33.60 m ²	4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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		3ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		1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	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 3 階談話コーナー					
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	<p>(株)太平洋シルバーサービス北海道が開設するシルバーシティときわ台ヒルズ特定施設入所者生活介護事業所が行う特定施設入所者生活介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な特定施設入所者生活介護を提供することを目的とする。</p> <p>事業所の職員は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。</p> <p>事業の実施に当たっては、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>①「介護」には、クオリティが求められます。</p> <p>私たちは、ご入居者ひとりひとりにあわせた、オーダーメイドのサービス・介護をご提供します。ヘルパー全員の意識・技術のアップを図るために、定期的に勉強会の開催、習得した介護サービス技術や情報は、全スタッフが共有します。</p> <p>②「もう1人の家族」として、お世話します。</p> <p>施設に居ても、自宅で過ごすのと変わらない日常生活を楽しんでいただく、年間を通して、道東の季節感ある行事や各種イベントの開催、国内・国外旅行、趣味の教室、入居者のご希望を出来る限り実現します。</p> <p>③「設備の充実」もサービス向上の一環です。</p> <p>設備の機能充実には、様々な細かな配慮が必要になります。</p> <p>使いやすく安らげる居室、採光の良いラウンジ、緑溢れる庭やガーデンニング、趣味の部屋、多目的ルーム、機能的な設備レイアウトを実施。</p> <p>寝たきりの方でも入浴できる介護浴室など、施設の充実も図っています。</p>
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	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="radio"/> 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	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
(Ⅰ)ロ		1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
(Ⅱ)		<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
(Ⅲ)		1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2 : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	財団法人 北海道医療団帯広第一病院
		住所	帯広市西4条南15丁目17番3号
		診療科目	総合内科・消化器内科・循環器内科・透析内科 外科・消化器外科・乳腺外科・肛門外科・脳神経外科・整形外科・歯科口腔外科・歯科 他
	協力内容	年1回の人間ドック(有料)、緊急時の受診・入院。医療費その他の費用は入居者の自己負担。	
	2	名称	医療法人社団 協立病院
		住所	帯広市西16条北1丁目27番地
診療科目		整形外科・内科・乳腺外科・肛門外科・歯科 歯科口腔外科・矯正歯科・リハビリテーション科	

		協力内容	整形外科、リハビリテーション科の受診、治療協力 医療費その他の費用は入居者の自己負担。
	3	名称	木野東クリニック
		住所	河東郡音更町木野大通東2丁目1-6
		診療科目	内科・消化器内科・外科
		協力内容	毎月2回内科医による往診、緊急時受診、治療協力 医療費その他の費用は入居者の自己負担。
協力歯科医療機関		名称	つがやす歯科医院
		住所	帯広市西10条南9丁目5-5
		協力内容	毎月1回歯科検診、訪問歯科診療、口腔ケア実施の ための助言と指導。 医療費その他の費用は入居者の自己負担。

(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	一般居室に入居後、常時介護が必要な状態になった場合、医師の 意見を踏まえ、介護内容を説明し、本人及び身元引受人の同意の上、 介護居室に移室することがあります	
手続きの内容	既預かり入居一時金は、前居室の償却期間を継続し、その際、当 初入居一時金と移室先入居一時金に差額が発生する場合は、未償却 月数により精算します。 当初入居一時金の償却期間を超えている場合は、返還金ありませ ん。移室により毎月の食費・管理費は介護居室の料金となります。	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	居室の利用権が移行する。	
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 2 なし 一般居室のツインルームから介護居室への住替え の場合は、室内の仕様・設備内容が異なる。

(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	<p>原則として満60歳以上の方。(二人入居の場合はご夫婦、又は原則3親等以内でいずれか一方が満60歳以上の親族)</p> <p>入居対象外要件は次の通りです。入院加療を要する方。暴力行為及び感染症、その他大声を出し続ける等、共同生活に支障をきたす方はご入居いただけません。</p> <p>身元引受人を一人定めていただきます。身元引受人は、利用料の支払いについて、入居者と連帯して責任を負うこととなります。又、入居契約が解除された時に、入居者を引き取ることとなります。</p>		
契約の解除の内容	<p>① 入居者が逝去した場合(2名の場合はどちらとも逝去した場合)</p> <p>② 入居者から契約解約が行われた場合</p> <p>入居者は、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより本契約を解約することができる</p>		
事業主体から解約を 求める場合	解約条項	<p>事業者は、次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わた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、90日の予告期間において契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・月払い利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ・入居契約書第20条の規定に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき 	
	解約予告期間	3ヶ月前	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月前		
体験入居の内容	<p>① あり</p> <p>内容：2泊3日6食付 10,000円+税=10,800円</p> <p>※居室に空きのある場合のみ可能</p> <p>2 なし</p>		
入居定員	60人		
その他			

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 (生活相談員兼務)	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	29	17	12	26.4
介護職員	25	14	11	23.1
看護職員 (機能訓練指導員兼務)	4	3	1	3.3
機能訓練指導員 (看護職員兼務)	1	1		0.2
計画作成担当者	1		1	0.9
栄養士 (外部委託)				
調理員 (外部委託)				
事務員	1	1		1.0
その他職員	9	5	4	7.1
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			
介護福祉士	14	9	5
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	11	5	6
介護支援専門員	2	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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19時～ 翌8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	3人	1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)	1.55 : 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 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称		ホームヘルパー2級							
	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	0	5	3						
前年度1年間の退職者数	1	0	3	3						

業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			2	0						
	1年以上 3年未満			0	2	1				1	
	3年以上 5年未満			6	0						
	5年以上 10年未満			4	3						
	10年以上	3	1	4	4			1			
	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	地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等の変動
	手続き	運営懇談会での意見を聴いたうえで改定

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		75歳以上終身契約 シングルルーム	85歳以上終身契約 シングルルーム
入居者の状況	要介護度	要介護 1	要介護 2
	年齢	75歳	85歳
居室の状況	床面積	21.00㎡	21.00㎡
	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)	7,680,000円	5,220,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		201,160円	203,197円	
家賃		0円	0円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 (目安)	17,560円	19,597円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	58,320円	58,320円
		管理費	125,280円	125,280円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
		その他	0円	0円

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	入居一時金に準ずる
敷金	なし
介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務、管理部門、サービス部門の人件費、居室の上下水道料・電気料 消耗品、共用施設等の維持管理費。
食費	食堂にて3食30日間喫食した場合の費用。所定の喫食の場合は食費の一部を返還。消費のうち、月額25,920円は厨房維持管理費に使用されますので返還されません。
光熱水費	上下水道料、給湯量、電気料は管理費に含む。暖房料/冬期間(11月～4月)シングルルーム月額5,400円、ツインルーム月額8,640円。
自立者日常生活支援サービス費(介護保険給付対象外費用)	21,600円。入居時に自立、もしくは入居後に自立と認定された時、または夫婦で入居の際、一方が自立の場合には自立者日常生活支援サービス費として一人21,600円が別途必要。尚、自立者が入居後要支援または要介護に認定された時は、自立者日常生活支援サービス費は負担しないものとする。サービスの内容：要支援者、要介護者以外の入居者に対して体調不良時の生活支援、その他の日常生活上の世話及び療養上の世話に要するサービスを提供するための費用。 ※詳細は別表I「介護サービス等一覧表」参照。
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	有料のサークル活動又はイベント参加費

(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	※要介護者等の場合、介護保険給付の自己負担額を支払う。					
	(1) 利用者の介護サービス利用についての負担金額					
	(30日利用の場合の目安)					
	① 介護報酬基本単位数 (平成29年4月1日現在)					
	②	基本報酬 単位/日 (a)	夜間看体 制加算/日 (b)	医療機連 携加算/月 (c)	サービス提供体 制強化加算/日 (d)	介護職処 遇改善加算 (e)
	要支援1	179	適用外	80	6	(加算率) 8.2%
	要支援2	308	適用外			
	要介護1	533	10			
要介護2	597					
要介護3	666					
要介護4	730					
要介護5	798					
・当ホームの介護費は、1単位=10.00円(その他)・・・(h)						

③ 30日分の総報酬単位（額）（看取り介護加算を除く）

	30日総単位数 (a)+(b)+(c)+(d)	介護職員処遇 改善加算単位数 (e)	30日分の目安	自己負担分 (1割の場合)
要支援1	5,630	462	60,920	6,092
要支援2	9,500	779	102,790	10,279
要介護1	16,550	1,357	179,070	17,907
要介護2	18,470	1,515	199,850	19,985
要介護3	20,540	1,684	222,240	22,224
要介護4	22,460	1,842	243,020	24,302
要介護5	24,500	2,009	265,090	26,509

※各種加算について

1. 夜間看護体制加算／「重度化対応指針」に基づき、看護職員が自宅でオンコールの連絡体制をとり、夜間の緊急時には医療機関と連携して対応を図るための体制加算です。
2. 医療機関連携加算の給付、及びこれに伴う主治医への健康情報提供／看護職員が利用者の健康の状況を継続的に記録し、主治医等に対して月に1回以上情報提供を行う個別加算です。
3. 介護職員処遇改善加算／介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたもので、基本報酬と各種加算報酬の合計に8.2%を乗じる体制加算です。
4. サービス提供体制強化加算／サービスを直接提供する職員の内、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている場合、6単位/日となります。また看護、介護職員の総数の内、常勤職員が75%以上配置されている場合も6単位/日となります。
5. 看取り介護加算／医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、「看取り介護指針」に基づき看取り介護計画書を合意の上で作成、医師、看護職員、介護職員等が共同して介護サービスを行うための個別加算です。介護報酬の基本単位は、死亡日前4日から30日が144単位/日、死亡日前日及び前々日が680単位/日、死亡日が1,280単位/日となります。
6. 当ホームでは「個別機能訓練体制加算」の適用がありません。
7. 変更については、「特定施設等サービス計画」作成時に内容を説明し、利用者の同意を得ます。
8. 介護保険法令等の変更があった場合には、当該利用料を変更することがあります。
9. 消費税は非課税です。

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）	無し
※ 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	厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡（平成 24 年 3 月 16 日付）で示された算定式に基づき算定します。（入居契約関係書式 第 2 3 条）	
想定居住期間（償却年月数）	85 歳～ : 6 年間（72 ヶ月） 80 歳～84 歳 : 8 年間（96 ヶ月） 75 歳～79 歳 : 10 年間（120 ヶ月）	
償却の開始日	入居日の翌日	
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）	年齢別コース 85 歳以上シングルルームの場合 783,000 円（返還しない）	
初期償却率	15%	
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	入居日の翌日から 3 月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの入居一時金を全額返還する。但し、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。 ・算定方法 入居一時金×想定居住期間償却率（85%）÷想定居住期間の月数÷30×（入居日の翌日から契約終了日までの実日数） ・想定居住期間を越えて契約が継続する場合に備えて受領する費用は、全額返還する。 ※月払い利用料金については日割り計算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領する。
	入居後 3 月を超えた契約終了	想定期間内に契約終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還します。 返還金＝入居一時金×想定居住期間償却率（85%）÷（入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数）×（契約終了日から償却期間満了日までの実日数）

		※その他、月払い利用料については日割り計算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領する。
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	入居者生活保証制度
	5 その他	

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	17人
	女性	33人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	7人
	85歳以上	40人
要介護度別	自立	5人
	要支援1	6人
	要支援2	1人
	要介護1	17人
	要介護2	8人
	要介護3	6人
	要介護4	7人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	24人
	5年以上10年未満	15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	87.6歳
入居者数の合計	50人
入居率*	83.3%
※ 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	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	3人
	死亡者	1人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	5人
		(解約事由の例) ・長期入院の為 ・施設内での看取り

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	① ホーム内苦情窓口 担当：小 関 利 彦 ② 北海道庁保険福祉部福祉局施設運営指導課 ③ 北海道国民健康保険団体連合会 ④ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会	
電話番号	① 0155-24-1111 ② 011-204-5274 ③ 011-231-5175 ④ 03-3272-3781	
対応している時間	平日	① 10:00~17:00 ② 9:00~17:00 ③ 9:00~17:00 ④ 10:00~16:00
	土曜	① 10:00~17:00 ②~④休み
	日曜・祝日	① 10:00~17:00 ②~④休み
定休日	① なし ②~④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	三井住友海上火災保険㈱の「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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) 夜間緊急時の連絡・対応マニュアル、緊急事態発生時マニュアルに基づく
	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 28 年 8 月 27 日 (入居者懇談会)
		結果の開示	① あり (配布) 2 なし
第三者による評価の実施状況	① あり	実施日	平成 25 年 2 月 5 日
		評価機関名称	株式会社川原経営総合センター
		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) 毎月 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: シルバーシティときわ台ヒルズ)	
	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: 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 平成 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。

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	シルバーシティ ときわ台ヒルズ 釧路市春採7丁目5番1号
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	
<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	シルバーシティ ときわ台ヒルズ 釧路市春採7丁目5番1号
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	

別添 2

有料老人ホーム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				
					※は、自立者日常生活支援サービス費で実施				
介護サービス					包含※2	都度※2	料金※3	要支援者・要介護者	自立者
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		○		実費にて料金徴収	実費にて料金徴収
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○				※必要に応じ実施
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○				※必要に応じ実施
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○				※必要に応じ実施
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり					※必要に応じ実施
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	○	○		1時間以上 1,080円/時間/人	1時間以上 1,080円/時間/人
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				※週3回実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○		定期外のリネン交換 21円～2,057円	※週1回実施。定期外のリネン交換 21円～2,057円
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○				※週3回実施
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					※必要に応じ実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		実費にて料金徴収	実費にて料金徴収
おやつ			なし	あり		○		実費にて料金徴収	実費にて料金徴収
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		実費を業者に支払う	実費を業者に支払う
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			週1回。通常区域以外1時間以上 1,080円/時間/人・交通費実費	週1回。通常区域以外1時間以上 1,080円/時間/人・交通費実費
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○		1時間以上 1,080円/時間/人	1時間以上 1,080円/時間/人
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		○		実費自己負担	実費自己負担
健康相談	なし	あり	なし	あり					※必要に応じ実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					※必要に応じ実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり					※必要に応じ実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり					※必要に応じ実施
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（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり					※必要に応じ実施
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○		1時間以上 1,080円/時間/人	1時間以上 1,080円/時間/人
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○		協力医療機関以外 1,080円/時間	協力医療機関以外 1,080円/時間
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり					協力医療機関以外 1,080円/時間

※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。