



ヴェラス・クオーレ 小樽

重要事項説明書

.....

		記入年月日	2016年7月1日
記入者名	坂本孝宜	所属職名	支配人

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="checkbox"/> あり 営利法人
	名称	(ふりがな) 株式会社 光ハイツ・ヴェラス かぶしきがいしゃ ひかりはいつ・うえらす	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒064-0919 北海道札幌市中央区南19条西11丁目1番15号		
事業主体の連絡先	電話番号	011-520-8668	
	FAX 番号	011-520-3018	
	ホームページアドレス	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり : http://www.varus.co.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	森 千恵香	
	職名	代表取締役社長	
事業主体の設立年月日	1987年4月21日		

事業主体が都道府県、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	光ハイツ・ヴェラス石山 光ハイツ・ヴェラス月寒 光ハイツ・ヴェラス藤野 光ハイツ・ヴェラス琴似 光ハイツ・ヴェラス真駒内 ヴェラス・クオーレ小樽 ヴェラス・クオーレ山の手 ヴェラス・クオーレ南19条	札幌市南区石山1条3丁目3-33 札幌市豊平区美園9条8丁目5-1 札幌市南区藤野3条11丁目10-11 札幌市西区二十四軒4条1丁目3-1 札幌市南区真駒内緑町1丁目1-1 小樽市花園1丁目1番9号 札幌市西区山の手6条2丁目1-1 札幌市中央区南19条西11丁目1-15
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居者生活介護	あり	なし		
複合型サービス	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	光ハイツ・ヴェラス石山 光ハイツ・ヴェラス月寒 光ハイツ・ヴェラス藤野 光ハイツ・ヴェラス琴似	札幌市南区石山1条3丁目3-33 札幌市豊平区美園9条8丁目5-1 札幌市南区藤野3条11丁目10-11 札幌市西区二十四軒4条1丁目3-1

			光ハイツ・ヴェラス真駒内 ヴェラス・クオーレ小樽 ヴェラス・クオーレ山の手 ヴェラス・クオーレ南19 条	札幌市南区真駒内緑町1丁目1-1 小樽市花園1丁目1番9号 札幌市西区山の手6条2丁目1-1 札幌市中央区南19条西11丁目 1-15
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) うゑらす・くおーれ おたる ヴェラス・クオーレ 小樽	
施設 の 所 在 地	〒047-0024 北海道小樽市花園1丁目1番9号	
施設 の 連 絡 先	電話番号	0134-24-8080
	FAX 番号	0134-24-8058
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://www.varus.co.jp
施設 の 開 設 年 月 日	2009年3月16日	
施設 の 管 理 者 の 氏 名 及 び 職 名	氏 名	坂本孝宜
	職 名	支配人
施設までの主な利用交通手段		
JR小樽駅より約780m		
施設 の 類 型 及 び 表 示 事 項	類型	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)
	職員体制	介護予防・特定施設:職員体制は3:1
	介護保険	北海道指定介護予防・特定施設入居者生活介護
	入居要件	入居時:自立・要支援・要介護

	介護居室 区分	全室個室
	居住の権 利形態	賃貸借方式
	利用料の 支払方式	月払方式
介護保険 事業所番 号	介護予防・特定施設入居者生活介護事業者 第0172001448号(平成21年4月1日)	
介護予防・特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日)		
事業の開始年月日		2009年4月1日
指定の年月日		2015年4月1日
指定の更新年月日		2021年4月1日

3. 従業者に関する事項

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 (2016年7月1日現在)						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1	0	0	0	0	1, 0
看護職員	2	1	1	0	0	3, 4
介護職員	15	2	9	0	0	20, 7
機能訓練指導員	0	1	0	0	0	0
計画作成担当者	1	0	0	0	0	1, 0
その他従事者	1	0	0	0	0	1, 0
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数						36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	0	0	0	0		
介護福祉士	6	0	1	0		
介護職員基礎研修	0	0	0	0		
介護職員初任者研修	9	1	0	0		
介護支援専門員	0	0	0	0		
従事者である機能訓練員が有している資格(看護職員が兼務)						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	0	0	0	0		
作業療法士	0	0	0	0		
言語聴覚士	0	0	0	0		
看護師及び准看護師	0	1	0	0		
柔道整復士	0	0	0	0		
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0		
管理者の他の職務との兼務の有無			あり なし			
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 社会福祉主事任用資格・介護職員初任者研修		
人数	夜勤帯平均人数 (17時～翌9時)		最少時の人数 (休憩者等を除く)			

看護職員	0名	0名
介護職員	2名	1名
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 社会福祉主事任用資格・介護職員 初任者研修
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(要介護者の数に対する介護看護職員の配置比)		2.0:1

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	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	0	0	0
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
1年以上3年未満者の人数	1	0	4	0	0	0
3年以上5年未満者の人数	0	1	3	2	0	0
5年以上10年未満者の人数	1	0	7	7	1	0
10年以上の者の人数	1	0	2	0	0	0
	機能訓練指導員 (看護職員の内数)		計画作成担当者 (介護職員の内数)			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数	0	0	0	0		
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	0	0		
1年以上3年未満者の人数	1	0	1	0		
3年以上5年未満者の人数	0	0	0	0		
5年以上10年未満者の人数	0	0	0	0		
10年以上の者の人数	0	0	0	0		
従業者の健康診断の実施状況				あり	なし	

4. サービスの内容事項

施設の運営に関する方針			
特定施設入居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、事業所の従業者が、要介護状態または要支援状態にある利用者に対し、適正な特定施設入居者生活介護を提供することを目的とします。			
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
医療機関連携加算(介護報酬の加算)の有無	なし		あり
看取り介護加算の有無	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	三ツ山病院・野口病院・松島内科・うた循環器クリニック等		
(協力の内容):内科・外科・脳神経外科・整形外科・眼科・放射線科・神経内科・歯科・泌尿器科等			
●緊急時の受け入れ協力 訪問診療等			
●健康管理に役立つセミナー等の実施 〈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	なし	あり	その名称:佐藤歯科医院・富岡歯科医院・高島歯科
(協力の内容)			
訪問歯科診療・口腔ケア 〈医療費その他の費用は入居者の自己負担〉			
要介護時における居室の住み替え等に関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
居室:介護居室、一時介護室のいずれか。ただし、医師の指示で入院が必要な場合には、医療機関で入院治療して頂きます。			
入居後に居室を住み替え又は共用施設を利用する場合			
一時介護室を利用する場合			
判断基準・手続について(その内容)			
〔判断基準〕 利用者が体調不良等により一時的に介護が必要になった場合など。なお、一時的となった場合など。			
〔手続〕 ①主治医またはホームの指定医師の意見を聴く。 ②本人・追加入居者または連帯保証人の同意を得る。			
追加的費用の有無	なし		あり
介護居室へ移る場合			
判断基準・手続について(その内容)			
〔判断基準〕 長期にわたり頻繁に、または不規則に介護職員が一般居室を訪問し介護しなければ、入居者の生活に支障が生じられると思われる場合。			
〔手続〕 ①主治医またはホームの指定医師の意見を聴く。 ②一定(1ヶ月程度)の経過観察期間をおく。 ③本人・追加入居者または連帯保証人の同意を得る。			

追加的費用の有無		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
居室賃貸借の取扱(その内容)			
居住していた居室の賃貸借契約を解約し、新たに介護居室の賃貸借契約を締結する。			
従前の居室からの面積の増減の有無		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
従前の居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
台所の有無		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(その内容) パルコニー:クローゼット:物入れ:廊下:玄関など室内全体の仕様が異なる。 また介護フロアでの居室住み替えは居室タイプにより仕様が異なる。			
入居に関する要件			
自立している者を対象		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
要支援の者を対象		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
要介護の者を対象		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
留 意 事 項	全居室	満60歳以上の方で、自立者・要支援者・要介護者上	
	<p>●追加入居に関しては下記のとおり取り扱います。</p> <p>1. 追加入居は、家賃の変更は無く、管理費が14,500円追加となります。</p> <p>2. 追加入居の契約は、当社が不相当と判断した場合、許可しない場合があります。</p> <p>3. 追加入居者はご夫婦、親子、兄弟姉妹とします。</p>		

<p>契約の解除の内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 家賃等を2ヶ月以上滞納したとき。 ② 家賃等の支払いをしばしば遅延し、その遅延が本契約における事業者・入居者間の信頼関係を害するものと事業者が認めたととき。 ③ 本物件の入居申込書等に虚偽の事項を記載し、その他不正の手段により本物件に入居したことが判明したとき。 ④ 事業者の承諾を得ないで賃貸借契約書第14条各項に該当する行為を行ったとき。 ⑤ 賃貸借契約書第15条各項に該当する行為を行ったとき。 ⑥ 賃貸借契約書第16条に規定する事業者への通知を怠ったとき。 ⑦ 本物件・付帯設備・本件建物又はその敷地を、入居者の責めに帰すべき事由により毀損・汚損・破損又は滅失して、その財産上の価値を著しく減少させたとき。 ⑧ 入居者及び追加入居者が2ヶ月以上行方不明となり、賃貸借契約書第3条3項の義務を履行することができないと認められたとき。 ⑨ 共同生活の秩序を著しく乱す行為があったとき。 ⑩ 入居者が、暴力団構成員・同準構成員・暴走族・反社会的勢力の構成員（又は構成員と同視できる者）・関係者であることが判明したとき、又は入居後それらの者が出入りしているとき。 ⑪ 本件建物内外において、暴力団及び反社会的勢力の威力を背景にして、粗野又は乱暴な言動をし、他の入居者・管理者・出入者等に対し迷惑や不安感を与えたとき。 ⑫ 本件建物内外において、暴行・障害・脅迫・器物損壊・逮捕・監禁・凶器準備集合賭博・売春・ノミ行為・覚せい剤・拳銃・火薬類等に関する犯罪を敢行したとき。若しくは入居者又は追加入居者と関係ある者がこれらの犯罪を敢行し、他の入居者・管理者出入者等に対し迷惑や不安感を与えたとき。 ⑬ その他、本契約及び管理規程、並びにこれらに付帯する諸規定に違反したとき。 	
<p>体験入居の内容</p>	<p>1泊2日: 3食付 12,191円(税別) 最長2泊3日まで。</p>	
<p>入居定員</p>	<p>2階及び3階</p>	<p>29室、32名の定員</p>
	<p>4階5階6階</p>	<p>30室、37名の定員</p>

入居者の状況						
入居者の人数			(2016年7月1日現在)			
	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	0	1	0	0	0	1
65歳以上75歳未満	0	0	0	0	0	0
75歳以上85歳未満	7	4	0	0	1	12
85歳以上	9	7	8	5	7	36
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満	1	0	0			1
65歳以上75歳未満	1	1	0			2
75歳以上85歳未満	3	1	0			4
85歳以上	3	0	3			6
入居者の平均年齢	83, 35 歳					
入居者の男女別人数	男性	8 人		女性	54人	
居室数に対する入居率(一時的に不在となっている者を含む)						100, 00 %
入居定員に対する入居率						89, 85%
前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退居した者の人数						
	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	0	0	0	0	0	0
社会福祉施設	0	0	2	0	0	2
医療機関	0	0	0	0	0	0
死亡者	2	1	1	3	2	9
その他	0	0	0	0	0	0
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等	0	0	0			0
社会福祉施設	0	0	0			0
医療機関	0	0	0			0
死亡者	0	0	0			0
その他	0	0	0			0
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	6	6	27	23	0	9

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
居室の状況	区 分			室数	人数	1の居室の床面積
	一般居室個室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	30室	37人	26.40~61.42 m ²
	一般居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	0室	0人	0 m ²
	介護居室個室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	29室	32人	26.27~38.09 m ²
	介護居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	0室	0人	0 m ²
	一時介護室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	1室	2人	28.61 m ²
	共用介護居室	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	0室	0人	m ²
共用便所の設置数	7設置		うち男女別の対応が可能な数		1設置	
			うち車椅子等の対応が可能な数		7設置	
個室の便所の設置数	59設置		個室における便所の設置割合		100%	
浴室の設備状況	浴室の数	個 浴	介護浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		居室=17 共用施設=3	2	1	0	
その他、浴室の設備に関する事項:呼び出しボタン設置・手摺設置						
食堂の設備状況	1Fにレストランあり、5階6階居室には調理設備あり。 要介護者用2階3階4階は計40席、自立者用1階30席					
入居者等が調理を行う設備状況				なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
その他、共用施設の設備状況(その内容)						
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	ロビー、フロント、レストラン、機能訓練室、多目的室、娯楽室、生活相談室屋上テラスABC、自動販売機、駐車場、美容スペース。※下線部は使用料が必要				
バリアフリーの対応状況(その内容)						
:全居室内(バルコニー・出入口を除く)・共用施設対応・廊下バリアフリー・共用施設に手摺設置・車椅子移動可能						
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり			
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり			
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり			
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積				1518.14m ²		
事業所を運営する法人が所有		<input checked="" type="checkbox"/> なし	一部あり	あり		
抵当権の設定:			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		
貸借(借地)	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	契 約 期 間	始	H21年3月	終
			契約の自動更新	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
施設の建物に関する事項						
建物の構造:鉄筋コンクリート造6階建て				建物の延床面積		
				4659.51m ²		
事業所を運営する法人が所有		<input checked="" type="checkbox"/> なし	一部あり	あり		
抵当権の設定			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		
貸借(借地)						
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	契 約 期 間	始	H21年3月	終	H46年2月
			契約の自動更新	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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	ホーム内生活フロントにて: 生活相談員が担当者として申し出をお受けいたします。また苦情を申し立てることによりホームから不利益な取扱いを受けることはありません。			
電 話 番 号	0134-24-8080	F A X 番 号	0134-24-8058	
対応している時間	平日	9:00~17:00		
	土曜	9:00~17:00		
定 休 日 等	日曜・祝日			
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	①北海道後志総合振興局社会福祉課 ②北海道国民健康保険団体連合会			
電 話 番 号	① 0136-23-1936 ② 011-231-5161			
対応している時間	平日	10:00~17:00		
	土曜・日曜・祝日	-----		
定 休 日 等	土日・祝日・年末年始等			
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(その内容)				
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	三井住友海上火災保険㈱の「福祉事業者総合賠償責任保健」に加入しており、サービスの提供上で事故が発生し、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する。		
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こと				
<input checked="" type="checkbox"/>	あり	(その内容):なし		
サービスの提供内容に関する特色等				
(その内容) 看護師によるオンコール体制、介護職の24時間勤務体制・AED 配置・ケアコール配備				
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				
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	ご意見箱(常設)	
		当該結果の開示状況	なし	<input checked="" type="checkbox"/>
第三者による評価の実施状況				
<input checked="" type="checkbox"/>	あり	実施した年月日	なし	
		実施した評価機関の名称	なし	
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="checkbox"/>	あり

5. 利用料金

利用料金の支払い方法	一時金方式	<u>月払い方式</u>	選択方式			
敷金	154,000円～368,000円(家賃の2か月分)					
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	<u>なし</u>	あり				
要介護状態に応じた金額設定	<u>なし</u>	あり				
料金プラン						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
201号室の例	160,000円 ～197,000円	77,000円～ 114,000円	0円	51,480円 (税別・3食30日)	電気代実費	27,620円 (水道料含む) 2人入居の場合は 13,810円(税別) 加算。
501号室の例	165,000円 ～267,000円	82,000円～ 184,000円	0円	51,480円 (税別・3食30日)	水光熱費実費	27,620円 2人入居の場合は 13,810円加算。
<p>介護保険サービスの自己負担額は含まない。 特定施設利用者以外は、状況把握・生活相談サービス費月額 15,239円(税別)／人がかかります。 管理費以外の実費徴収サービスとしてコピー 10円(税別)カラー 48円(税別)、FAX送信 20円(税別)受信 10円(税別)など、詳しくは「介護サービス一覧表」を参照ください。</p>						
算定根拠	家賃相当額	居室及び共用部分の利用料として徴収いたします。 土地・建物の所有者に支払う家賃を根拠に居室面積に応じて算定しております。				
	介護費用	なし。				
	食費	給食業者の人件費、消耗品費、材料費を根拠に算定しております。				
	光熱水費	2～4階居室は、水道料代を管理費に含むとし、5・6階居室は実費負担。 電気料は、全居室実費負担。				
	管理費	管理部門の人件費、消耗品費、共用部分の水光熱費、車両維持費、事務費を根拠に算定しております。				
	状況把握・生活相談サービス費	状況把握・生活相談に関わる人件費を根拠に算定しております。				
一時金・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一割を徴収いたします。					
人員配置が手厚い場合の介護サービス	<u>なし</u>	あり				
内容						

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介護サービス利用料

個別的な選択による生活支援サービス	なし	あり
(「あり」の場合、その利用料) ・買い物代行:月3回目から1回につき1,000円(税別)・公共機関手続:月2回目から1回につき1,000円(税別)		
個別的な選択による介護サービス	なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 介護サービス等一覧表を参照下さい。		

その他に必要な月額利用料	なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 駐車場:10,000円(税別)/月 冬季共用部暖房費(11月～5月)3,810円(税別)/月		

その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料	なし	あり
-----------------------	----	----

(「あり」の場合、その内容及び利用料)

特定施設利用契約を締結した要支援者及び要介護者に対する、個別的な選択による個別的介護サービス費用。

●一定範囲外の医療機関への付き添い(1,000円(税別)/1時間) ●範囲外の買物代行(1,000円(税別)/1回) ●基準を超過する入浴介助(1,500円(税別)/1回、入浴介助2,000円(税別)/1回) ●レクリエーション参加費:理美容利用料金など(詳細は「介護サービス等の一覧表」を参照) ●自治体が定める介護保険給付の1割分を自己負担(1ヶ月)＝小樽地域

特定施設	単位	体制強化	夜間看護	日数	医療連携	処遇改善	地域単価	合計	負担額
要支援1	179	6	0	30	80	6.1%	10.00	59,730	5,973
要支援2	308	6	0	30	80	6.1%	10.00	100,800	10,080
要介護1	533	6	10	30	80	6.1%	10.00	175,600	17,560
要介護2	597	6	10	30	80	6.1%	10.00	195,970	19,597
要介護3	666	6	10	30	80	6.1%	10.00	217,930	21,793
要介護4	730	6	10	30	80	6.1%	10.00	238,300	23,830
要介護5	798	6	10	30	80	6.1%	10.00	259,950	25,995

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____ 印

私は、本書面に基づいて上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

ご入居者 (説明を受けた方)	施設名/号室 ヴェラス・クオーレ 小樽/ 号室
	1. 氏名 印
	2. 氏名 印
署名代行者	私にご入居者と共に上記重要事項の説明を受け、ご入居者に代わり署名を行ないました。
	1. 氏名 印
	2. 氏名 印

介護サービス等の一覧表	特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		備 考	
					要支援者・要介護者 ※回数の上限等はケアプランで個々に規定されます。	自立者への一時的介護サービス、等
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	なし	あり	実費負担	実費負担
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり		1,000円(税別)/回
特浴介助	なし	あり	なし	あり		2,000円(税別)/回
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(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	1,000円(税別)/時	1,000円(税別)/時
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	1,000円(税別)/時	1,000円(税別)/時
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり		1,500円(税別)/時
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		1回5kg600円(税別)
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		配膳 100円(税別)・下膳 100円(税別)
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	医師の指示が必要。実費負担の場合あり。	医師の指示が必要。実費負担の場合あり。
おやつ	なし	あり	なし	あり		
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	実費負担	実費負担
買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり	月3回目から1,000円(税別)/回	施設から5km以内500円(税別)/時
買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり	施設から5km以内500円(税別)/時	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	月2回目から1,000円(税別)/回	月2回目から1,000円(税別)/回
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	実施しない	実施しない

健康管理サービス				
定期健康診断	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	年1回 費用は自己負担	年1回 費用は自己負担
健康相談	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ適宜実施	必要に応じ適宜実施
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ適宜実施	必要に応じ適宜実施
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ適宜実施	必要に応じ適宜実施
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	必要に応じ適宜実施	必要に応じ適宜実施
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施していない	実施していない
入退院時の同行(協力医療機関)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	職員が付き添います	職員が付き添います
入退院時の同行(協力医療機関以外)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	職員が付き添います 小樽市内に限ります	職員が付き添います 小樽市内に限ります
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	協力医療機関は週1回、それ以外は月2回対応いたします。	協力医療機関は週1回、それ以外は月2回対応いたします。
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	協力医療機関は週1回、それ以外は月2回対応いたします。	協力医療機関は週1回、それ以外は月2回対応いたします。