別記第１号様式（第１３，第１４関係）

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	令和　8年　　6月　　1日
記入者名	渡谷　能孝	所属・職名	施設長

１．設置者概要

設置者の名称，所在地および連絡先			
設置者の名称	法人等の種類	~~なし~~　あり	社会福祉法人
	名　　称	（ふりがな）しゃかいふくしほうじん　はこだてたいこうかい **社会福祉法人　函館大庚会**	
設置者の所在地	〒040-0035 北海道函館市松風町１８番１５号		
設置者の連絡先	電話番号	０１３８－２７－００７７	
	FAX番号	０１３８－２７－７００７	
	ホームページアドレス	~~なし~~	
		あり ：http://www.kon-jp.com/hakodate_taikoukai/	
設置者の氏名および職名	氏　　名	**今　均**	
	職　　名	**理事長**	
設置者の設立年月日	**平成１５年1月６日**		

設置者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~~	ヘルパーステーション松濤	函館市松風町18-15
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~~	デイサービスセンター松濤	函館市松風町18-15
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~~	短期入所施設松濤	函館市松風町18-15
短期入所生活介護	あり	~~なし~~	短期入所施設倶有	函館市松風町19-8
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＞				
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~~	小規模多機能ハウスこん	函館市本町29-7
認知症対応型共同生活介護	あり	~~なし~~	グループホームこんはこだて	函館市時任町35-4
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	~~なし~~	介護付有料老人ホームこん	函館市本町29-7
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~~	短期入所施設松濤	函館市松風町18-15
介護予防短期入所生活介護	あり	~~なし~~	短期入所施設倶有	函館市松風町19-8
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~~	小規模多機能ハウスこん	函館市本町29-7
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		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞				
国基準訪問型サービス	あり	なし		
訪問型サービスＡ	あり	なし		
国基準通所型サービス	あり	なし		
通所型サービスＣ	あり	なし		

＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	~~なし~~	特別養護老人ホーム松濤	函館市松風町18-15
介護老人福祉施設	あり	~~なし~~	特別養護老人ホーム倶有	函館市松風町19-8
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		

２．施設概要

施設の名称，所在地および連絡先		
施設の名称	（ふりがな）かいごつきゆうりょうろうじん　こん 介護付有料老人ホームこん	
施設の所在地	〒040-0011 北海道函館市本町２９番７号	
施設の連絡先	電話番号	０１３８－３３－０７７７
	FAX番号	０１３８－５５－５５３４
	ホームページアドレス	~~なし~~
		あり：http://www.kon-jp.com/hakodate_taikoukai/
施設の開設年月日	平成２３年３月２８日	
施設長の氏名	渡谷　能孝	
施設までの主な利用交通手段		
市電五稜郭公園前より徒歩5分		
施設の類型および表示事項		
類型	介護付有料老人ホーム（地域密着型特定施設入居者生活介護）	
表示事項	○ 居住の権利形態：利用権方式 ○ 利用料の支払方式：　月払い方式（月締め） 支払日 翌月 20 日（自動振替） ○ 入居時の要件：入居時要介護 ○ 介護保険 ：函館市指定介護保険特定施設 介護居室区分：全室個室	
介護保険事業所番号	０１９１４００２０９	
特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の事業の開始年月日または開始予定年月日，指定または許可を受けた年月日（指定また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３月３０日	
指定の年月日	平成２３年３月３０日	
指定の更新年月日	平成２９年３月３０日	

3．従業者に関する事項

職種別の従業者の人数およびその勤務形態

有料老人ホームの従業者の人数およびその勤務形態

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	2				2	2.0
介護職員	9	1	3		13	10.9
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者		1			0.5	0.5
栄養士	1				1	1.0
調理員	2		3		5	3.6
事務員	1				1	1.0
その他従事者				4	4	2.4

1週間のうち，常勤の従業者が勤務すべき時間数

※　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	1			
介護福祉士	8	1	1	
実務者研修	1		1	
介護職員初任者研修			1	
介護支援専門員		1		

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	
	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				
看護師および准看護師	1			
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				
はり師				
きゅう師				

夜勤を行う看護職員および介護職員の人数

人数	夜勤帯平均時間 (　　時～　　時)	最少時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	0名	0名	
介護職員	2名	2名	

特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数およびその勤務形態

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	2				2	1.0
介護職員	9	1	3		13	10.9
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者		1			1	0.5
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

※　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	1			
介護福祉士	8	1	1	
実務者研修	1			
介護職員初任者研修			1	
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				
看護師および准看護師	1			
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				
はり師				
きゅう師				

施設長の他の職務との兼務の有無

施設長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 介護福祉士

特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員および介護職員の常勤換算方法による人数の割合	1.8：1

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				1	2		
前年度１年間の退職者数				1		1	
業務に従事した経験年数							
	１年未満の者の人数			1			
	１年以上３年未満者の人数			1	1		
	３年以上５年未満者の人数			2	1		
	５年以上10年未満者の人数	1		3	1		
	１０年以上の者の人数			4		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				1			
業務に従事した経験年数							
	１年未満の者の人数			1			
	１年以上３年未満者の人数						
	３年以上５年未満者の人数						
	５年以上10年未満者の人数	1					
	１０年以上の者の人数			1			
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			
介護サービスの内容，利用定員等			
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	
特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の加算体制の有無 ※特定施設入居者生活介護等の提供をしていない場合は省略可能			
	入居継続支援加算（Ⅰ）	~~あり~~	なし
	入居継続支援加算（Ⅱ）	~~あり~~	なし
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	~~あり~~	なし
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	~~あり~~	なし
	個別機能訓練加算（Ⅰ）	あり	~~なし~~
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	あり	~~なし~~
	夜間看護体制加算	あり	~~なし~~
	ＡＤＬ維持等加算	~~あり~~	なし
	若年性認知症入居者受入加算	~~あり~~	なし
	医療機関連携加算	あり	~~なし~~
	口腔衛生管理体制加算	あり	~~なし~~
	口腔・栄養スクリーニング加算	~~あり~~	なし
	科学的介護推進体制加算	あり	~~なし~~
	退院・退所時連携加算	~~あり~~	なし
	看取り介護加算（Ⅰ）	あり	~~なし~~
	看取り介護加算（Ⅱ）	~~あり~~	なし
	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	~~あり~~	なし
	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	~~あり~~	なし
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	あり	~~なし~~
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	~~あり~~	なし
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	~~あり~~	なし
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	あり	~~なし~~
	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	~~あり~~	なし
	介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	~~あり~~	なし
	介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	~~あり~~	なし
	介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	~~あり~~	なし
	人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	~~あり~~	なし
協力医療機関の名称		**函館中央病院、今整形外科**	
（協力の内容） **健康相談／随時、健康指導／随時、他の医療機関への紹介** **理学療法（リハビリテーション）** **※傷病により治療が必要な場合は医療保険が適用されます。その場合の一部自己負担金及び保険適用外のものについては入居者の負担となります。**			
協力歯科医療機関	~~なし~~	あり	その名称**最上デンタルクリニック**
（協力の内容） **・歯科保健指導、口腔ケア指導**			
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護状態であっても、入居されている方の介護居室において介護します。			

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
（その内容） 該当なし		
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） 該当なし		
前払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） 該当なし		
介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
（その内容） 該当なし		
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） 該当なし		
前払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） 該当なし		

その他（　　）	なし	~~あり~~
判断基準・手続について		
（その内容） 該当なし		
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） 該当なし		
前払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） 該当なし		

施設の入居に関する要件等		
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	① 入居契約時の年齢が満 65 才以上の方 ② 函館市に住所を所有されている方 ③ 身元引受人をたてられる方。（身元引受人は親族を原則とする）※身元引受人をたてられない場合は任意後見制度の利用による入居についてご相談ください。 ④ 外出または外泊しようとするときは、その都度外出外泊先、用件、帰着予定日時などを施設長へ届け出てください。 ⑤ 来訪者と面会しようとするときは、面会時間を遵守し必ずその都度職員に届けてください。 ⑥ 騒音などの他の入居者の迷惑になるような行為はご遠慮願います。またむやみに他の入居者の居室などに立ち入らないようにしてください。 ⑦ 身上に関する重要な事項に変更が生じたときは速やかに施設長に届けてください。 ⑧ 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により、損害等が生じた場合には賠償していただきます。 ⑨ 他の入居者に対する、宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 動物の飼育はご遠慮下さい。植物の飼育についてはご相談をお受けいたしますので、職員までお申し付け下さい。	
契約の解除の内容	1 ご入居者様が逝去した場合	

	2 ご入居者様から契約解約が行われた場合 3 事業者から契約解除が行われた場合 ・ 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 ・ 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ご入居者様の行動が他のご入居者様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 及び接遇ではこれを防止することができないとき	
設置者からの解約	解約条項	
	解約予告期間	
入居者からの解約	解約予告期間	
体験入居の内容	1　あり（内容：1泊2日 4,000円）（税込/1名、食事代は別途） 食事代　朝390円、昼620円、夕680円（消費税込）体験入居の期限は2泊3日を限度とします。）	
	2　~~なし~~	
入居定員	29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）

	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						
７５歳以上８５歳未満			1		1	2
８５歳以上	2	10	7	5	3	27

	自　立	要支援１	要支援２			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						

入居者の平均年齢	92.7		
入居者の男女別人数	男　性	1	女　性	28

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また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						
医療機関			2		1	3
死亡者			3		2	5
その他						

	自　立	要支援１	要支援２			合　計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
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	2	3	18	3	3	

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	あり	~~なし~~
	建築基準法第２条第９号の２に規定する準耐火建築物	~~あり~~	なし
消防用設備等	消火器	あり	~~なし~~
	カーテン・カーペット等の防炎措置	あり	~~なし~~
	自動火災報知設備	あり	~~なし~~
	消防機関へ通報する火災報知装置	あり	~~なし~~
	スプリンクラー	あり	~~なし~~
	防火管理者	あり	~~なし~~
	防災計画	あり	~~なし~~

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~~	29	29	14.74㎡ 15.34㎡ 15.13㎡
	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		うち車椅子等の対応が可能な数			0
個室便所の設置数		うち車椅子等の対応が可能な数			2
浴室の設備状況	浴室の数	個　浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
		4	0	0	1
入居者が調理を行う設備状況				なし	~~あり~~

エレベーターの設置状況	１　あり（ストレッチャー対応）	２　あり（車いす対応）
	３　あり（上記１・２に該当しない）	４　~~なし~~

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　1124.90　㎡						
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	平成22年10月1日	終	平成52年9月30日	
	契約の自動更新			~~なし~~	あり	

施設の建物に関する事項

建物の面積　1830.48　㎡（うち有料老人ホーム部分　　㎡）						
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	平成23年3月	終	平成53年3月	
	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			
設置者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	・ホーム担当責任者　渡谷　能孝		
電話番号	・介護付有料老人ホームこん　TEL 0138-33-0777 ・法人本部　TEL 0138-27-0077		
対応している時間	平日	8:30～17:30	
	土曜	8:30～17:30	
	日曜・祝祭日	8:30～17:30	
定休日等	法人本部は日曜・祝日・年末年始、ホームは年中無休		
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	第三者委員　浜津　和三郎･勝又　チカ		
電話番号	0138-23-6251　0138-31-5535		
対応している時間	平日	9:00～17:00	
	土曜	—	
	日曜・祝祭日	—	
定休日等	土曜・日曜・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			
・速やかに入居者の主治医または協力医療機関と連携をとり適切な対応を行う。 ・入居者の家族、及び北海道、函館市に連絡を行うなど必要な措置を講ずる。 ・事故発生時の状況等を事故検討会に報告し、事故の再発防止に努める。			
損害賠償責任保険の加入状況			
~~なし~~	あり	（その内容）その内容）介護保険・社会福祉事業者総合保険	
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 ・速やかに損害賠償を行う。			
~~なし~~	あり	（その内容）（その内容）介護保険・社会福祉事業者総合保険	
サービスの提供内容に関する特色等			
（その内容）入居者様の思いを尊重し、共に楽しみ、共に笑いあう関係を作ること、またチームケアをもって、安全な生活環境を提供するための人材育成に力を注ぎます。			
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，意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況			
~~なし~~	あり	実施した年月日	直近実施日：令和8年4月28日 ※2ヶ月毎の運営推進会議にて意見を把握 意見箱を設置し内容を運営推進会議にて議案として取り上げる。
		当該結果の開示状況	~~なし~~ / あり
第三者による評価の実施状況			
なし	~~あり~~	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし / あり

５．利用料金

利用料の支払い方式	~~（１）前払い方式~~	（２）月払い方式	~~（３）選択方式~~
敷金	円　（家賃の　ヶ月分）		

~~（１）前払い方式~~

前払金およ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	前払金	月額	（内訳）				
		計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費

※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	
	前払金	

前払金の償却に関する事項

償却開始の設定	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）	

契約期間終了時返還金の算定方法および返還金の例

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および原状回復のための費用の算定方法

前払金の支払方法

（２）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

月額		（内訳）				
計	家賃額相当額	介護費用	食費	光熱水費	修繕積立費	※暖房費
142,200 ※は含まず	70,000	0	50,700	20,500	1,000	12,500 10～4月のみ

※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	**地代、標準設備、修繕費等を基礎とし近傍家賃を勘案し算出。**
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	**朝食390円、昼食620円、夕食680円 （1日1,690円×30日で計算）**
光熱水費	**毎月定額。市内電気基本料、水道料金、ガス料金を基礎に算出。**
修繕積立費	**毎月定額。退去時の修繕費として積み立て致します。（７万円を上限）**
暖房費	**10月～4月間で定額です。市内の灯油価格を基礎に算出。**

~~（３）選択方式~~

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。

人員が手厚い場合の介護サービス（再掲）	なし	~~あり~~
内容		
利用料	円（　月額　・　日額　）	
算定根拠		
支払方法	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料

個別的な選択による生活支援サービス	~~なし~~	あり
算定根拠	**詳細は「介護サービス等の一覧表」参照**	

料金改定の手続

施設が定める利用料等の金額は、物価の変動又は人件費の増減及び設備の維持・運営経費等を勘案の上、運営懇談会等で意見を聞いて改定します。

６．入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開	入居希望者に交付	~~公開していない~~
運営規程	入居希望者に公開	入居希望者に交付	~~公開していない~~
事業収支計画書	入居希望者に公開	~~入居希望者に交付~~	~~公開していない~~
財務諸表の要旨	入居希望者に公開	~~入居希望者に交付~~	~~公開していない~~
財務諸表の原本	入居希望者に公開	~~入居希望者に交付~~	~~公開していない~~

７．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	あり	~~なし~~
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
~~あり~~	（その内容）	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

介護付有料老人ホームこん　個人情報使用説明書

私(入居者及びその家族)の個人情報については、次に記載するところにより、最低限度の範囲内で使用することに同意します。

記

1　使用する目的

施設サービスを円滑に提供するために、実施する担当者会議等において必要な場合。

2　使用する職員の範囲

利用者に対してのサービス提供又は相談援助等を担当する職員。

3　使用する期間

介護付有料老人ホームこんの入居契約期間と同期間とする。

4　条件

（1）　個人情報の提供は最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

（2）　個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

要介護認定等に伴う確認書

「特定施設入居者生活介護等利用契約書（以下、「本契約」という。）」第８条に基づき、次の事項を確認します。この書面は、市町村による要支援認定又は要介護認定（以下、「要介護認定等」という。）の確定・変更等についての内容を確認する目的と、これにより利用者が負担することになる料金の目安等を確認する目的で作成されています。

１．　本契約書の当事者の確認

利用者名　　様

事業者名　：　社会福祉法人函館大庚会　　介護付有料老人ホームこん

（北海道　0191400209　）

２．　市町村による要介護認定等の決定・更新内容

介護保険制度による要介護認定等の（決定・更新）は次の内容でした。

① 要介護認定等の（決定・更新）された日　：　令和　　年　　月　　日

② 上記の要介護認定等の内容

（　　要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５　　）

③ 上記の要介護認定等の有効期間

令和　　年　　月　　日～　令和　年　　月　　日

④ 上記の要介護認定に伴う認定審査会の意見

⑤ その他の重要事項

３．　利用者が締結する利用契約の種別

介護予防特定入居者生活介護　・　特定施設入居者生活介護

4.　利用者の介護サービスに関する料金内容等の目安

（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）

			備　考
介護保険給付対象分	利用者負担額　（A）	円	
	加算給付額　（B）	1,480 円	
介護保険給付対象分合計(※)		円	
	加算給付額　（C）	円	（※）の 14.8%分
	①	円	（1 割負担の場合）
	②	円	（2 割負担の場合）
介護保険給付対象外分	家賃相当分	70,000 円	
	水道光熱費	20,500 円	
	食費	50,700 円	
	修繕費積立費	1,000 円	
	暖房費	12,500円	10 月~4 月 12,500 円
	有料サービス利用分（D）	12,540 円	
	③	円	
合計（当ホームへの支払い料金の目安）　②+③		円	（1 割負担の場合）

（A）の内訳　※自己負担額 1 割の場合

要介護度等	介護給付費（単位/日）	介護給付費の目安（円/30 日）	利用者負担分の目安（円/30 日）（1 割負担の場合）
要介護 1	546	163,800 円	163,80 円
要介護 2	614	184,200 円	18,420 円
要介護 3	685	205,500 円	20,550 円
要介護 4	750	225,000 円	22,500 円
要介護 5	820	246,000 円	24,600 円

※消費税は非課税。

※自己負担額は、ご契約者の介護保険負担割合証の負担に応

（B）の内容　※自己負担額１割の場合

加算内容	介護給付費（単位/日）	介護給付費の目安（円/30日）	利用者負担分の目安（円/30日）（1割負担の場合）
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12	3600	360
個別機能訓練加算（Ⅱ）（月１回算定）	20	200	20
夜間看護体制加算	9	2700	270
協力医療機関連携加算（月1回算定）	100	1000	100
口腔衛生管理体制加算(月１回算定)	30	300	30
科学的介護推進体制加算（月１回算定）	40	400	40
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	6600	660

○　個別機能訓練加算（Ⅰ）の内容
専従の機能訓練指導員が、必要な利用者ごとに目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画に基づいて個別機能訓練を行う管理期間にかかる加算です。

○　個別機能訓練加算（Ⅱ）の内容（
個別機能訓練（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（CHASE）に提出し、機能訓練の実施に当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します。

○　夜間看護体制加算の内容
「重度化対応指針」を策定した上で看護職員が夜勤を行い、または自宅でのオンコール対応を行うなどして医療機関と連携し、夜間における利用者の急病等に備えます。

○　協力医療機関連携加算の内容
①入居者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。

○　口腔衛生管理体制加算の内容
歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていることで加算されます。

○　退院・退所時連携加算の内容
医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者の受け入れた場合に評価する加算です。

○　サービス提供体制強化加算(Ⅰ)の内容
介護職員の総数のうち、常勤職員の占める介護福祉士の割合が百分の七十以上である場合にかかる加算です。

○　科学的介護推進体制加算の内容
入所者・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入所者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ます。

（C）の内容

加算内容	介護給付費	利用者負担分の目安（円/30 日） （1 割負担の場合）
介護職員等処遇 改善加算（Ⅰ）	介護保険給付対象分 合計(※)の 14.8%	要介護１･･･2,643 円　要介護４･･･3,549 円 要介護２･･･2,945 円　要介護５･･･3,860 円 要介護３･･･3,260 円

○ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ）の内容

介護現場で働く方々にとって、令和 8 年度に 14.8%　加算率の引き上げを行う。

介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事務所に活用されるよう推進する。

（D）の内容

サービスの種類	利用者に必要と思われる利用料金の予定	各月の負担料金の目安
金銭管理費	1 か月 1,100 円	1,100 円
通院介助	30 分　770 円×2　（1 時間として） ※通院介助（かかりつけ病院等）	1,540 円
おやつ	1 回 330 円×30 日	9,900 円
合　　計		12,540 円

- 上記はあくまで予定であり、入居者の状況に応じて、変更する場合があります。
- 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。
- 消費税は課税されます（税込み表示）。
- 上記のほかに、生活サービスに係る実費サービスがあります（入居契約書の管理規定参照）。

（2） 利用料金の支払い方法

上記の料金・費用は、１ヵ月ごとに計算し、翌月１０日までに明細を添えてご請求します。支払いについては、指定口座からの引き落とし（翌月２０日）とするか、下記の口座にお振込ください。

みずほ銀行　函館支店　普通口座　１７８９０７１
ﾌﾘｶﾞﾅ　ﾌｸ）ﾊｺﾀﾞﾃﾀｲｺｳｶｲ　ｶｲｺﾞ ﾂｷｺｳﾘｮｳﾛｳｼﾞ ｿﾎｰﾑｺﾝ
社会福祉法人　函館大庚会　介護付有料老人ホームこん

５．　同意事項

・次のいずれかを〇で囲む

介護保険利用料（自己負担分）の支払い方法	法定代理受領　・　償還払い
個別機能訓練加算（Ⅰ）の給付	同意する　・　同意しない
個別機能訓練加算（II）の給付	同意する　・　同意しない
医療機関連携加算の給付、及びこれに係る医療機関への健康情報提供	同意する　・　同意しない
口腔衛生管理体制加算の給付	同意する　・　同意しない
科学的介護推進体制加算の給付	同意する　・　同意しない
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	同意する　・　同意しない
夜間看護体制加算の給付	同意する　・　同意しない
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）の給付	同意する　・　同意しない

6.　その他確認事項

令和　　年　　月　　日

特定施設入居者生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項・個人情報使用目的、料金の内容・支払い方法の説明を行いました。

社会福祉法人函館大庚会　　介護付有料老人ホームこん

説明者　　職　　名

氏　　名　　㊞

私は本書面に基づいて事業者から重要事項並びに個人情報使用目的、料金の内容・支払い方法の説明を受け、特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者　　氏　　名　　㊞

署名代行者　　氏　　名　　㊞

代理署名の理由：

利用者の家族等

氏　　名　　㊞

続　　柄

(身元引受人)

別添

介護サービス等の一覧表

		特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス		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	
介護サービス									
	食事サービス	なし	あり	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	なし	あり		
	おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費	
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1,100円/1回	週3回以上の入浴を希望された場合、3回目から
	特浴介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	2,200円/1回	
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	なし	あり		
	機能訓練	なし	あり	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	なし	あり		
	通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	770円/30分	
生活サービス									
	居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり		
	リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり		
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	330円/1回	週4回以上の洗濯を希望される場合、4回目より
	居室配膳・下膳	なし	あり	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	なし	あり	なし	あり	330円/1日	医療食、嗜好による特別な食事の提供
	おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	330円/1回	
	理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費	
	買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1,650円/1回	規定日（週1回）以上の買い物を希望される場合
	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1,650円/1回	2回目より
	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり		
	金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1,100円/月	
	家具レンタル	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1200円/月	
健康管理サービス									
	定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費	
	健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり		
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり		
	服薬支援	なし	あり	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	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	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	なし	あり		
	入退院時の同行（協力医療機関以外	なし	あり	なし	あり	なし	あり		
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	2,200円	1回
	入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり		