

住宅型有料老人ホームかがやき重要事項説明書

記入年月日	令和4年 月 日
記入者名	遠藤 規雄
所属・職名	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	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんかがやき 社会福祉法人かがやき	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒070-0028	
	旭川市東8条2丁目3番11号	
事業主体の連絡先	電話番号	0166-22-4000
	FAX番号	0166-22-2345
	Eメールアドレス	kagayaki-honnbu@song.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http://www.kagayaki.co.jp
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	佐藤 弘子
	職名	理事長
事業主体の設立年月日	昭和・平成25年 3月15日	
主な実施事業	※別添1（別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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむかがやき 住宅型有料老人ホームかがやき	
所在地	〒070-0832	
	旭川市旭町2条9丁目25番地178	
主な利用交通手段	最寄駅	旭川駅
	交通手段と所用時間	①バス利用の場合 旭川電気軌道 乗車15分、旭町2-10停留所 下車、徒歩5分 ②自動車利用の場合 乗車10分
連絡先	電話番号	0166-50-0000
	FAX番号	0166-50-0001
	Eメールアドレス	syokkibo@kagayaki.co.jp
	ホームページアドレス	http://www.kagayaki.co.jp
管理者	氏名	遠藤 規雄
	職名	管理者（施設長）
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成21年 4月 1日

(類型)

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	介護保険事業所番号	
	指定した自治体名	北海道 / 旭川市
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新年月日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	462.77 m <sup>2</sup>				
	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 (年 月 日 ~ 年 月 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	548.77 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	m <sup>2</sup>			
	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	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 / ②無	有 / ②無	9.72 m <sup>2</sup>	1 3	一般居室個室
タイプ 2		有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
タイプ 3		有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
タイプ 4	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
タイプ 5	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
タイプ 6	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			

	タイプ 7	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ 8	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ 9	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ 10	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
※ 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	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				
	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				
	火災通報装置	(1) あり 2 なし				
	誘導灯	(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>1. 事業の実施にあたっては、入居者が可能な限り、その有する能力に応じて、自立した生活を営むことができるようにします。</p> <p>2. 入居者がゆったり落ち着いた自由な安定した生活ができるように努めます。</p> <p>3. 入居者又はその家族に対して、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。</p>					
サービスの提供内容に関する特色						
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			

**(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 <input type="radio"/> 4 その他 ( )
協力医療機関	1	名称：医療法人修彰会 沼崎病院
		住所：旭川市8条通8丁目
		診療科目：内科
	2	協力内容：助言、指示、急変時の入院応需体制等
		名称：医療法人健光会 旭川ペインクリニック病院
		住所：旭川市4条通17丁目1533番地
協力歯科医療機関	診療科目：ペインクリニック内科	
	協力内容：助言、指示、急変時の入院応需体制	
	名称：医療法人社団細野歯科クリニック	
		住所：旭川市旭町1条3丁目
		協力内容：助言、指示、急変時の治療応需体制等

**(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		<input type="radio"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="radio"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> 3 その他 ( )
判断基準の内容		管理規程第13条の条件によります。
手続きの内容		同上、第14条の手続によります。
追加的費用の有無		<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無		<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
従前の居室と の仕様の 変更	面積の増減	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	便所の変更	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	浴室の変更	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし
	台所の変更	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="radio"/> 1 あり (変更内容)
		<input checked="" type="radio"/> 2 なし

**(入居に関する要件)**

入居対象となる者	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	詳細は別途契約書によります。		
契約の解除の内容	契約書第8条によります。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第9条	
	解約予告期間	3ヶ月	
入居者から解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容: ) (2) なし		
入居定員	13人		
その他			

**5. 職員体制**

**(職員別の職員数)**

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計 4名	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.9
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	1	1		0.5
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	2		2	1.0
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
※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 1名		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	1	1	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(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
看護師及び准看護師		
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		

(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		介護福祉士								
	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											
前年度1年間の退職者数											
業務に 応じた 従業 した 職員の 経験 年数	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
10年未満											
10年以上											
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	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	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(食費のみ日割り) 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	経済状況の著しい変化やその他やむを得ない場合
	手続き	あらかじめ、入居者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用を記した文書により説明、同意を得るものとします。(運営懇談会で意見を求めます。)
利用料の支払方法	支払いについては、毎月10日までに請求書を発行します。 原則毎月15日に口座からの引き落としとさせていただきますので、前日までにはご入金をお願いします。 なお、何らかの都合でご入金できなかった場合は25日までに下記の口座へ振り込みをお願いします。 【銀行名】北洋銀行 旭川中央支店 【口座】普通預金 4587526 【名義】社会福祉法人かがやき 理事長 岩崎正則 フク)カガヤキ	

(利用料金のプラン)

		プラン 1	プラン 2
入居者の状況	要介護度		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	19.8 m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
	便所	1 あり (2) なし	1 あり 2 なし
	浴室	1 あり (2) なし	1 あり 2 なし
	台所	1 あり (2) なし	1 あり 2 なし
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		100,000円	
家賃		28,000円	
サービス費用	有料老人サービスの費用		
	介護保険外※2	食費	45,000円
		管理費	27,000円
		介護費用	
		光熱水費	
	その他		
※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)

費用	算定根拠
家賃	住居に係る生活保護受給額を参考としています。
敷金	
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	電気料・ガス料・上下水道料・共用部分の維持費及び消耗品（居室蛍光灯を含む）等
食費	朝食450、昼食550（おやつ含む）、夕食500 計1,500円/日
光熱水費	
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	

## 7. 入居者の状況【冒頭に記載した記入日現在】

### (入居者の人数)

性別	男性	3人
	女性	8人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	2人
	85歳以上	7人
要介護度別	自立	人
	要支援1	4人
	要支援2	2人
	要介護1	4人
	要介護2	人
	要介護3	1人
	要介護4	人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	5人
	5年以上10年未満	5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	86.0歳
入居者数の合計	11人
入居率※	84.6%
※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	人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	人
	死亡者	2人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例) 人
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 他施設へ移動 1人

## 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	住宅型有料老人ホームかがやき 管理者 遠藤規雄	
電話番号	0166-50-0000	
対応している時間	平日	10:00~16:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜・日曜・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対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(その内容) 損害保険ジャパン株式会社 対人: 対物60,000千円
	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)
	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>3 公開していない</li> </ol>
管理規程	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>3 公開していない</li> </ol>
事業収支計画書	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>③ 公開していない</li> </ol>
財務諸表の要旨	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>3 公開していない</li> </ol>
財務諸表の原本	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>③ 公開していない</li> </ol>

## 10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 6回
	2 なし	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 代替措置あり</li> <li>2 代替措置なし</li> </ol>	(内容)
提携ホームへの移行	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 あり (提携ホーム名:)</li> <li>② なし</li> </ol>	
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>① あり</li> <li>2 なし</li> <li>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</li> </ol>	
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		
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 適合している (代替措置)</li> <li>2 適合している (将来の改善計画)</li> <li>3 適合していない</li> </ol>	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
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)

説明年月日 令和 年 月 日

住宅型有料老人ホームの入居契約等にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人かがやき  
住宅型有料老人ホームかがやき  
理事長 佐藤 弘子 ⑩

管理者 遠藤 規雄 ⑩

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、住宅型有料老人ホームの入居利用及びサービスの提供について同意いたしました。

利用者 住所.....  
氏名.....⑩

代理人 住所.....  
(身元引受人)  
氏名.....⑩