

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	高野 知佐子	所属・職名	ウェカルバ太平 センター長

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	(かぶしきがいしゃ かがやき) 株式会社 輝	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒063-0846	
	北海道札幌市西区八軒6条西9丁目1番37号	
事業主体の連絡先	電話番号	011-623-0027
	FAX番号	011-612-0092
		なし
	ホームページアドレス	あり https://www.kaigo-kagayaki.jp/index.html
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	町田 知尚
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成11年12月22日	
主な実施事業	※別添1（別の実施する介護サービス一覧表）	

2. 施設概要

(住まいの概要)

名称	(うえかるば たいへい) ウェカルバ太平		
所在地	〒002-8004	札幌市北区太平4条1丁目2番22号	
	最寄駅		J R 学研都市線 太平駅
主な利用交通手段	交通手段と所用時間	① 電車利用の場合 JR学研都市線太平駅より、北東に約310m進み左折。北西に約370m進み、「太平4-1、太平3-3」交差点を越えて右折し約30m先の左手。 ② 自動車利用の場合 札幌自動車道札幌北ICを出て、札幌新道を約360m東進し「北33歩東1」を左折。創成川通を約3km北進し「太平3-1」を右折。約160m進み右折後、通り沿い左手。	
	連絡先	電話番号	011-776-4102
		FAX番号	011-776-4103
		ホームページアドレス	なし あり https://www.kaigo-kagayaki.jp/index.html
管理者	氏名	高野 知佐子	
	職名	施設長	
建物の竣工日		平成20年12月18日	
有料老人ホーム事業の開始日		平成28年5月1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	介護保険事業所番号	
	指定した自治体名	北海道/札幌市
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新年月日（直近）	平成28年 5月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,666.95㎡				
	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 (2018年12月27日～2038年12月31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	1,475.27㎡			
		うち、老人ホーム部分	1,205.73㎡			
	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（木造亜鉛メッキ鋼板葺）				
	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 (2018年12月27日～2038年12月31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	1人部屋			
		最大	1人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1 (Aタイプ)	有/無	有/無	10.42㎡	47	介護居室個室
	タイプ2 (Bタイプ)	有/無	有/無	12.11㎡	4	介護居室個室
	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	m ²		
	タイプ 7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ 8	有/無	有/無	m ²		
	タイプ 9	有/無	有/無	m ²		
	タイプ 10	有/無	有/無	m ²		
※ 「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	2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	2ヶ所		
	廊下幅	片廊下	1.23m			
		中廊下	1.685m			
	共用浴室	4ヶ所	個室	4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	
	自動火災報知設備	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	相談室、機能訓練室 (食堂兼用)、コミュニティスペース、厨房 (併設事業所兼用)、談話室、喫煙室、洗濯機 (4台)、乾燥機 (2台)					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>1 老人福祉法等の関連法令に準拠した「管理規程」に従って、事業の円滑な運営を行います。</p> <p>2 要介護認定を受けた入居者に対し、食事、入浴、排泄等の介護、その他の日常生活上のお世話を通じて、入居者がホームにおいてその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、心身機能および生活機能の維持又は回復を目指して支援します。</p> <p>3 入居者の人格を尊重し入居者の立場に立ったサービス計画を作成し実行します。</p> <p>4 個人情報保護法の精神に立って、個人情報の管理を行います。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>1 入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。</p> <p>2 北海道と各地域の恵みを感じる、心を込めた手作り料理を提供。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) イ	1 あり 2 なし
		(Ⅰ) ロ	1 あり 2 なし
(Ⅱ)		1 あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	1 あり 2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（ 訪問診療医の確保 ）
協力医療機関	1	名称 医療法人新産健会 ひがし在宅クリニック
		住所 札幌市東区北26条東6丁目1-2
		診療科目 内科・訪問診療
		協力内容 健康相談、健康診断、訪問診療、往診
	2	名称
		住所
		診療科目
		協力内容
協力歯科医療機関	名称	
	住所	
	協力内容	

(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="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他（同一ホーム内の他の居室に移る場合）	
判断基準の内容	利用者間のトラブル、利用者の都合等により、居室を変更する場合があります。	
手続きの内容	<input type="checkbox"/> ① 事業者の指定する医師の意見を聴取する <input type="checkbox"/> ② 入居者及びその家族の意見を聴取する <input type="checkbox"/> ③ 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	居室の変更及び住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との使用の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) 入居の大きさが異なる居室に移る場合は仕様・料金の変更あり <input type="checkbox"/> 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	入居時原則60歳以上																	
契約の解除の内容	入居契約書第30条による																	
事業主体から解約を求め る場合	解約条項	入居契約書第29条による																
	解約予告期間	90日																
入居者から解約予告期間	30日																	
体験入居の内容	<p>1 あり (内容: 7泊8日まで。料金下記。)</p> <p>① 体験入居料 (税込)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>部屋代</th> <th>Aタイプ</th> <th>Bタイプ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>夏季(5月~10月)</td> <td>1,500円</td> <td>1,500円</td> </tr> <tr> <td>冬季(11月~4月)</td> <td>1,800円</td> <td>1,800円</td> </tr> </tbody> </table> <p>② 食事代 (税込)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>朝食</th> <th>昼食</th> <th>夕食</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>626円</td> <td>626円</td> <td>691円</td> </tr> </tbody> </table> <p>③ 例 (夏季Aタイプ: 2泊3日 6食喫食) $(1,500円 \times 3日) + 食事(朝 \cdot 昼 \cdot 夜各2回) = 8,386円$</p> <p>2 なし</p>			部屋代	Aタイプ	Bタイプ	夏季(5月~10月)	1,500円	1,500円	冬季(11月~4月)	1,800円	1,800円	朝食	昼食	夕食	626円	626円	691円
部屋代	Aタイプ	Bタイプ																
夏季(5月~10月)	1,500円	1,500円																
冬季(11月~4月)	1,800円	1,800円																
朝食	昼食	夕食																
626円	626円	691円																
入居定員	51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）

（職員別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ^{※1}
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員				0.0
直接処遇職員				0.0
介護職員	10	2	8	7.3
看護職員	1		1	0.4
機能訓練指導員				0.0
計画作成担当者				0.0
栄養士				0.0
調理員	7	1	6	4.8
事務員	1		1	0.7
その他職員				0.0
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
<p>※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。</p> <p>※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</p>				

（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	0	0	0
介護福祉士	7	2	5
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	2	0	2
介護支援専門員	0	0	0

(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	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18 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	1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)		

※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							
				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											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			2							
	1年以上 3年未満			1							
	3年以上 5年未満		1	3	2						
	5年以上 10年未満										
	10年以上			1	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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択		
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> ・月額施設利用料および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。 ・介護保険法に基づく介護サービスを利用した場合、介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。 ・自立者生活支援費用については、消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化や介護保険制度の改正などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。 ・敷金、家賃相当額、管理費、共益費および介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用は税法に則り消費税を負担していただきます。消費税率が改定になった場合は、改定の内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。 	
	手続き	運営懇談会にて説明を行い、料金を改定する。	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (Aプラン・夏季)	プラン2 (Bプラン2階・冬季)	
入居者の状況	要介護度	要介護4	要介護1及び2	
	年齢	86歳	76歳	
居室の状況	床面積	10.42㎡	12.11㎡	
	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	0円	0円	
	敷金	72,000円	90,000円	
月額費用の合計		112,990円	131,330円	
家賃		36,000円	45,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用			
	介護保険外※2	食費の費用	58,290円	58,290円
		管理費(共益費)	18,700円	21,800円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他(暖房費)	円	6,240円
<p>※1 介護保険法に基づく介護サービス費は含まず</p> <p>※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)</p> <p>※3 上記プランは歴日数が30日の場合</p> <p>※4 「プラン1」は夏季、「プラン2」は冬季の時期</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠									
家賃	<p>月額支払家賃÷部屋数（51室）にて1部屋当たりの金額を算出し、Aタイプ36,000円、Bタイプ45,000円に設定。差額は共用部維持管理費に充当。</p> <p>【全額月払い方式】</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Aタイプ</td> <td>Bタイプ</td> </tr> <tr> <td>家賃</td> <td>36,000円</td> <td>45,000円</td> </tr> </table>		Aタイプ	Bタイプ	家賃	36,000円	45,000円			
	Aタイプ	Bタイプ								
家賃	36,000円	45,000円								
敷金	家賃の 2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（共益費）	<p>管理部門の人件費・事務費、備品、消耗品費、維持管理費、水道光熱費、冬季除雪費</p> <p>【夏季・冬期】</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>A・Bタイプ</td> <td>A・Bタイプ 2階居室</td> </tr> <tr> <td>夏季(5月～10月)</td> <td>18,700円</td> <td>19,700円</td> </tr> <tr> <td>冬季(11月～4月)</td> <td>20,800円</td> <td>21,800円</td> </tr> </table>		A・Bタイプ	A・Bタイプ 2階居室	夏季(5月～10月)	18,700円	19,700円	冬季(11月～4月)	20,800円	21,800円
	A・Bタイプ	A・Bタイプ 2階居室								
夏季(5月～10月)	18,700円	19,700円								
冬季(11月～4月)	20,800円	21,800円								
食費	<p>食材費、厨房管理費により算定</p> <p>日額 1,630円（朝食 626円、昼食 626円、夕食 691円）</p> <p>1ヶ月 28日の場合は 54,404円 29日の場合は 56,347円 30日の場合は 58,290円 31日の場合は 60,233円</p>									
暖房費（共益費）	<p>居室の暖房費</p> <p>【暖房費】</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>A・Bタイプ</td> <td>A・Bタイプ 2階居室</td> </tr> <tr> <td>夏季(5月～10月)</td> <td>0円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>冬季(11月～4月)</td> <td>6,240円</td> <td>6,240円</td> </tr> </table>		A・Bタイプ	A・Bタイプ 2階居室	夏季(5月～10月)	0円	0円	冬季(11月～4月)	6,240円	6,240円
	A・Bタイプ	A・Bタイプ 2階居室								
夏季(5月～10月)	0円	0円								
冬季(11月～4月)	6,240円	6,240円								
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	<p>(1) ホームの洗濯設備を使用する場合は実費 コインランドリー 普通：200円(税込)/回 大型：300円(税込)/回</p> <p>(2) おむつ代（実費）</p> <p>(3) 趣味活動の材料費（実費）</p> <p>(4) 個人で使用するティッシュペーパー等の日用品（実費）</p> <p>(5) 個人の趣味・趣向、特注品での福祉用具の</p>									

	<p>購入費（自己負担）</p> <p>※上記以外は別添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」参照</p>
--	---

(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

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
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）	
※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		
想定居住期間（償却年月数）		ヶ月
償却の開始日		入居日
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）		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
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	
	5 その他（名称：）	

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	15人
	女性	35人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	9人
	75歳以上85歳未満	18人
	85歳以上	22人
要介護度別	自立	1人
	要支援 1	3人
	要支援 2	4人
	要介護 1	20人
	要介護 2	3人
	要介護 3	3人
	要介護 4	4人
	要介護 5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	20人
	5年以上10年未満	7人
	10年以上15年未満	16人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	82.5歳
入居者数の合計	50人
入居率※	98.0%
※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	6人
	死亡者	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	7人 (解約事由の例) ・看護職員が常駐している施設を希望 ・その他

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) ※複数ある場合は欄を増やして記入こと。

窓口の名称		株式会社輝 お客様相談室
電話番号		0120-915-631
対応してい る時間	平日	9:00～17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日・日曜日・祝休日・年末年始(12月31日から1月3日)を除く)
窓口の名称		札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課
電話番号		011-211-2547 011-211-2972(居宅サービス、有料老人ホーム等)
対応してい る時間	平日	8:45～17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		月曜日から金曜日(土曜・日曜・祝休日・年末年始(12月29日から1月3日)を除く)

窓口の名称		北海道国民健康保険連合会 介護サービス苦情相談窓口
電話番号		011-231-5175
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		月曜日から金曜日（土曜・日曜・祝休日・年末年始（12月29日から1月3日）を除く）
窓口の名称		北海道福祉部高齢者保健福祉課 介護運営グループ
電話番号		011-231-4111
対応している時間	平日	8:45～17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		月曜日から金曜日（土曜・日曜・祝休日・年末年始（12月29日から1月3日）を除く）

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 損害保険ジャパン日本興亜株式会社「賠償責任保険」
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故発生時には、事業所は以下の段階を経て事態を処理・収拾する。 ① 事業所の緊急連絡体制に沿って担当介護支援専門員、主治医、医療機関へ連絡し、適切な処理を図る。 ② 指定の身元保証人、家族連絡先、代理人等へ事態を報告し、対応方法を相談・確認を行う。 ③ また、事故についての検証を行い、今後の防止策を講じる。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	常設
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名 :)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「第6 規模及び構造設備」に合致しない事項	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
合致しない事項がある場合		
「第7 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)	
	<input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
不適合事項がある場合の内容	居室面積10.42㎡、12.11㎡ (18㎡以上要) 廊下幅 片廊下1230mm 中廊下1685mm スプリンクラー未設置	

11. 緊急時の対応

当ホームの利用実施中等に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに身元保証人の他、下記の家族等の緊急連絡先及び、主治医又は協力医療機関と連絡を取り、救急治療、救急入院など必要な措置を講じます。

主治医 またはかかり つけ医療機関	医療機関名	(医療機関名)
	及び主治医名	(主治医名)
	住所	
	連絡先	
ご家族 (医療行為に同 意のできる方)	氏名	(続柄)
	住所	
	連絡先	
担当介護支援 専門員	氏名	
	住所	
	連絡先	
成年後見人 または代理人 が家族ではな い場合	氏名	
	住所	
	連絡先	

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)

契約の締結に当たり、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

説明年月日 年 月 日

署 名 _____

説明者署名 _____

別添1 事業主体が札幌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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	介護サービス かがやき	札幌市西区八軒6条西9丁目1 番37号 かがやき八軒
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		
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	小規模多機能型居宅介護 かがやき西宮の沢	札幌市手稲区西宮の沢3条1 丁目13番20号 かがやき西 宮の沢
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	かがやき西 町デイサー ビス	札幌市西区西町南21丁目1番 5号
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ケアセンタ ー学園前	札幌市豊平区旭町5丁目5番8 号 アルファレシデンス学園前1F
<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		
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・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	なし
	訪問介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別利用料で実施するサービス（利用者が全額負担）			都度※2	料金※3	備考	
			包含※2						
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	440 円/15 分		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	440 円/15 分		
おむつ代			なし	あり		○	実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	440 円/15 分		
特浴介助	なし	あり							
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	440 円/15 分		
機能訓練	なし	あり	なし	あり		○	440 円/15 分		
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	440 円/15 分	札幌市内のみ	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	440 円/15 分		
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	440 円/15 分		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	440 円/15 分	コインランドリー普通 200 円(税込)/回、大型 300 円(税込)/回、クリーニング代は自己負担。	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	100 円/回	配下膳にて 1 回	
入居者の嗜好に応じた特別			なし	あり		○	実費		
おやつ			なし	あり		○	実費		
理美容師による理美容サー			なし	あり		○	実費		
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	440 円/15 分	通常区域内のみ	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	実費	実費のみ請求	
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	訪問医療にて対応	
健康相談	なし	あり	なし	あり					
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					
服薬支援	なし	あり	なし	あり					
生活リズムの記録（排便・睡眠	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		○	440 円/15 分	札幌市内のみ	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	440 円/15 分	札幌市内のみ	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり					
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり					

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3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、月額サービスの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。