

有料老人ホーム重要事項説明書

記入者名	吉岡 克彦	記入年月日	令和 5 年 7 月 1 日
		所属・職名	運営本部長

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人		
	※法人の場合、その種類 株式会社		
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃりーべ 株式会社りーべ		
事業主体の主たる事業所の所在地	〒062-0055 北海道札幌市豊平区月寒東5条15丁目4番17号		
事業主体の連絡先	電話番号	011-867-9321	
	FAX番号	011-867-9354	
	ホームページアドレス	http://liebe-fiore.com	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	村山 勇樹	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成18年1月18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	(ふりがな) ふいおーれむこうがおかどおり フィオーレ向ヶ丘通		
事業主体の主たる事業所の所在地	〒062-0055 北海道札幌市豊平区月寒東5条15丁目4番17号		
主な利用交通手段	最寄駅	地下鉄東西線「南郷18丁目」駅	
	交通手段と所要時間	地下鉄東西線「南郷18丁目」駅より徒歩12分 北海道中央バス「栄通16丁目」停留所より徒歩1分	
連絡先	電話番号	011-876-0264	
	FAX番号	011-876-0264	
	ホームページアドレス	http://liebe-fiore.com	
管理者	氏名	運営本部長	
	職名	吉岡 克彦	
建物の竣工日	昭和53年9月		
有料老人ホーム事業の開始日	令和4年4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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	事業所の指定日	
	指定の更新年月日（直近）	

3. 建物概要

土地	敷地面積	1 5 1 0 . 0 0 m ²					
	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	()		
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 1 9 8 . 9 1 m ²				
		うち、老人ホーム部分	6 1 6 . 5 7 m ²				
	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					
		抵当権の有無	1	あり	2	なし	
		契約期間	1	あり	()		
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					
		最小	人部屋				人部屋
		最大	人部屋				人部屋
	タイプ	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分	
	1 R	有 / 無	有 / 無	19.14 m ²	5	一般居室 個室	
	1 R	有 / 無	有 / 無	17.63 m ²	1	一般居室 個室	
	1 R	有 / 無	有 / 無	17.49 m ²	1	一般居室 個室	
	1 R	有 / 無	有 / 無	14.87 m ²	4	一般居室 個室	
	1 R	有 / 無	有 / 無	14.28 m ²	2	一般居室 個室	
	1 R	有 / 無	有 / 無	14.94 m ²	2	一般居室 個室	
	1 R	有 / 無	有 / 無	15.96 m ²	2	一般居室 個室	
	1 R	有 / 無	有 / 無	15.00 m ²	1	一般居室 個室	
1 R	有 / 無	有 / 無	15.32 m ²	1	一般居室 個室		
1 R	有 / 無	有 / 無	16.38 m ²	1	一般居室 個室		
共用 施設	共用便所 における便房	5	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0	ヶ所
				うち車いす等の対応が可能な便房		5	ヶ所
	廊下幅	片廊下	m ()				
		中廊下	1.80 m				
	共用浴室	2	ヶ所	個室		2	ヶ所
				大浴場			ヶ所
	共用浴室に おける介護浴槽			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							

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者が、可能な限りその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、日常生活上の援助を行うことにより、入居者の心身の機能の維持、家族の身体的並びに精神的負担の軽減を図るよう支援していく。		
サービスの提供内容に関する特色	関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス機関との緊密な連携により、入居者一人ひとりの身体的及び精神的なレベルを考えた個別ケアを行ない、身体的及び精神的な機能の維持向上を図る。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 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

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称 住所 診療科目 協力内容	
	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		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立しているもの	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	・概ね60歳以上の方で健康な方及び日常生活で介護の必要な方 ・概ね要介護2以下の者および障害支援区分3以下の者を対象とする		
契約の解除の内容	(1) 入居者が死亡したとき(入居者が2名の場合は両者とも死亡したとき) (2) 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 (3) 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由がなく、しばしば遅滞するとき (4) 入居契約書 第20条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき (5) 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第28条(事業者からの契約解除)	
	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	1 あり(内容:)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	20	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	1	1		1.0
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	5	3	2	4.0
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				

※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	0		
介護福祉士	0		
実務者研修の修了者	0		
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員	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		
理学療法士	0		
作業療法士	0		
言語聴覚士	0		
柔道整復師	0		
あん摩マッサージ指圧師	0		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

	夜勤帯の設定時間 (21 時 ~ 6 時)		平均人数		最小時人数 (休憩者等を除く)	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
看護職員			0	人	0	人
介護職員			1	人	1	人

(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
前年度1年間の採用者数			2			
前年度1年間の退職者数			2			
業 経 験 に 年 従 事 し た 職 員 の 数	1年未満		1			
	1年以上3年未満		1			
	3年以上5年未満		1	1		
	5年以上10年未満		1			
	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 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	1 減額なし	
	2 日割り計算で減額	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が 30日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改訂	条件	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案
	手続き	入居者及び身元引受人等に通知

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

入居の状況	要介護度	プラン1		プラン2		
		要支援1		要介護3		
年齢		65	歳	72	歳	
居室の状況	床面積	19.14	m ²	14.87	m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	浴室	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
入居時点で 必要な費用	前払金	該当せず				
	敷金	72,000	円	72,000	円	
	礼金	0	円	0	円	
	賠償責任付き 火災保険料	15,000	円	15,000	円	
月額費用の合計		113,000	円	113,000	円	
家賃		36,000	円	36,000	円	
サービス費用 ※ ² ※ ² ※ ² ※ ² ※ ² ※ ²	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		該当せず			
	介護 保険 外	食費の費用	38,000	円	38,000	円
		管理費	29,000	円	29,000	円
		介護費用	0	円	0	円
		光熱水費	管理費に含まれる			
	その他	冬季暖房費(10~3月)	10,000	円	10,000	円

※¹ 介護予防・地域密着型の場合を含む。
 ※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、本欄には記入しない)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	借家賃料、修繕費、設備備品費、管理事務費等
敷金	家賃の 2 ヶ月分
介護費用	なし
管理費	人件費、共有施設の維持管理費、事務手続き費、備品・消耗品費 町内会費、入居者の居室光熱水費
食費	食材費、食事に関わる消耗品費
光熱水費	管理費に含まれる
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	冬季暖房費(10月~翌年4月)

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	9	人
	女性	9	人
年齢別	65歳未満	2	人
	65歳以上75歳未満	4	人
	75歳以上85歳未満	7	人
	85歳以上	5	人
要介護度別	自立	2	人
	要支援1	0	人
	要支援2	0	人
	要介護1	7	人
	要介護2	5	人
	要介護3	2	人
	要介護4	1	人
入居期間別	要介護5	0	人
	6ヶ月未満	4	人
	6ヶ月以上1年未満	1	人
	1年以上5年未満	13	人
	5年以上10年未満	0	人
	10年以上15年未満	0	人
	15年以上	0	人

(入居者の属性)

平均年齢	77.6	歳
入居者数の合計	17	人
入居率※	85	%

※ 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	0	人
	医療機関	2	人
	死亡者	0	人
	その他	4	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0	人
	入居者側の申し出	6	人

(解約事由の例)

病状的に施設での生活が困難なため、医療機関、ご家族、その他関係機関等での協議において解約となる。

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)

窓口の名称		フィオーレ向ヶ丘通 苦情・事故受付窓口
窓口の責任者		フィオーレ向ヶ丘通 管理者
電話番号		011 - 867 - 9321
対応している 時間	平日	9:00 ~ 18:00
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		土・日曜日・祝祭日、12月29日 ~ 1月3日
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施設指導係
電話番号		011 - 211 - 2972
対応している 時間	平日	8:30 ~ 17:15
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		土・日曜日・祝祭日、12月29日 ~ 1月3日

(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)
	2 なし	あいおいニッセイ同和損害保険の「賠償責任保険」に加入
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 type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり	実施日		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 1 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容) <input type="checkbox"/> 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 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 2 なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「第5 規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある場合	・廊下幅が中廊下1.80m
「第6 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 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	あり
不適合事項がある場合の内容	協力医療機関を定めていない 土地・建物に抵当権が設定されている

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)

私は本契約締結前に重要事項の説明を受けました。

署 名 ※ _____ 印

署名代行者 ※ _____ 印

説明年月日 令和 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、説明を受けたものの署名を求める。