

## 有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	平間 健司	所属・職名	生活相談課長補佐

## 1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事業所の所在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	無し	<input checked="" type="radio"/> 有り
	名称	(ふりがな)かぶしきがいしゃ ほくせい 株式会社 北星	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒073-0032 滝川市明神町2丁目1番15号		
事業主体の連絡先	電話番号	0125-22-0101	
	FAX番号	0125-22-7200	
	ホームページアドレス	無し	<input checked="" type="radio"/> 有り :http://www.hokusei.gr.jp/
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	中島 康	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	昭和25年3月13日		

事業主体が北海道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	ゆい	滝川市新町3丁目11番29号
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	あおぞら	滝川市花月町3丁目6番17号
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＞				
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	なの花すながわ.すずらん	砂川市空知太西1条3丁目3-22
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		
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	ゆい	滝川市新町3丁目11番29号
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	あおぞら	滝川市花月町3丁目6番17号
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	なの花すながわ.すずらん	砂川市空知太西1条3丁目3-22
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		
介護療養型衣料施設	あり	なし		

## 2. 施設概要

施設の名称、主たる事業所の所在及び電話番号その他の連絡先			
施設の名称	(ふりがな) かいごつきゆうりようろうじん 介護付有料老人ホーム あおぞら		
施設の所在地	〒073-0036 滝川市花月町3丁目6番17号		
事業主体の連絡先	電話番号	0125-22-0101	
	FAX番号	0125-22-7200	
	ホームページ アドレス	無し 有り	<a href="http://www.hokusei.gr.jp">http://www.hokusei.gr.jp</a>
施設の開設年月日	平成19年9月1日		
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	高橋 一昭	
	職名	施設長	
施設までの主な利用交通手段			
JR滝川駅、中央バス滝川ターミナルから徒歩10分			
施設の類型及び表示事項	介護付有料老人ホーム(一般特定施設入居者生活介護)		
介護保険事務所番号	177500352		
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日(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	平成19年9月1日		
指定の年月日	平成19年8月24日		
指定の更新年月日	令和元年8月21日		

3. 従業者に関する事項

職種別の従業員の人数及びその他の勤務形態(令和3年4月1日現在)

有料老人ホームの従業員の人数及びその勤務形態						
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			2	2
看護職員	1	1			2	2
介護職員	17		10		27	21.8
機能訓練指導員(兼務)		1			1	1
計画作成担当者		1			1	1
栄養士			1		1	0.4
調理員	3		7		10	7.2
事務員	1				1	1
その他従事者	2				2	2
<p>※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>						
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						
介護福祉士	13		2			
実務者研修	3					
介護職員初任者研修	2		4			
介護支援専門員						
従業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						
看護師及び准看護師		1				
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員 の人数	最小時の人数(宿直の従業者を除いた人数)				3	
	平均時の人数				3	

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

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			2	2
看護職員	1	1			2	2
介護職員	17		10		27	21.8
機能訓練指導員(兼務)		1			1	1
計画作成担当者		1			1	1
その他従業者	7		8		15	11.6

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40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		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非 専 従	専 従	非 専 従		
社会福祉士						
介護福祉士	13		2		15	11.2
実務者研修	3				3	3
介護職員初任者研修	2		4		6	4.4
介護支援専門員						

従業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		合 計	常勤換算 人数
	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						
看護師及び准看護師		1			1	1
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						

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 社会福祉士
---------------------	----	----	-----------------

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

3:1

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						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験数						
1年未満の者の人数					1	
1年以上3年未満者の人数			2	2		
3年以上5年未満者の人数			3	1		
5年以上10年未満者の人数	1		8	1	1	
10年以上の者の人数	1		4	6		
	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						
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			
人生の終末 心身に障がいが生じても 穏やかに尊厳ある暮らしを 支援します			
介護サービスの内容、利用定員等			
入居継続支援加算(介護報酬加算)の有無		なし	あり
生活機能向上連携加算(介護報酬加算)の有無		なし	あり
個別機能訓練の実施(介護報酬加算)の有無		なし	あり
夜間看護体制加算(介護報酬加算)の有無		なし	あり
若年性認知症入居者受入加算(介護報酬加算)の有無		なし	あり
医療機関連携加算(介護報酬加算)の有無		なし	あり
口腔衛生管理体制加算(介護報酬加算)の有無		なし	あり
栄養スクリーニング加算(介護報酬加算)の有無		なし	あり
退院・退所時連携加算(介護報酬加算)の有無		なし	あり
看取り介護加算(介護報酬加算)の有無		なし	あり
認知症専門ケア加算 (介護報酬加算)の有無	(Ⅰ)	なし	あり
	(Ⅱ)	なし	あり
サービス提供体制強化加算 (介護報酬加算)の有無	(Ⅰ)イ	なし	あり
	(Ⅰ)ロ	なし	あり
	(Ⅱ)	なし	あり
介護職員処遇改善加算 (介護報酬加算)の有無	(Ⅲ)	なし	あり
	(Ⅳ)	なし	あり
	(Ⅴ)	なし	あり
	(Ⅵ)	なし	あり
	(Ⅶ)	なし	あり
介護職員等特定処遇改善加算(介護報酬加算)の有無	(Ⅰ)	なし	あり
	(Ⅱ)	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			
文屋内科消化器科医院 滝川脳神経外科病院 そらち乳腺・肛門クリニック 神部ペインクリニック・内科医院 (協力の内容) ・入居者の健康管理                      ・医療機関での治療			
協力歯科医療機関の名称	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	その名称 はらおか歯科医院
(協力の内容) ・医療機関での受診治療・健康診断・歯科受診他			
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
居室			
入居後に居室を住み替える場合			
介護室へ移る場合			
判断基準・手続きについて			
(その内容)			
追加的費用の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
居室利用権の取扱い			
(その内容)			
入居一時金償却の調整の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
従前の居室から面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
従前の居室との仕様の変更			
便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
その他の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
(その内容)			



	その他	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	判断基準・手続きについて		
	(その内容)		
	追加的費用の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	居室利用権の取扱い		
	(その内容)		
	入居一時金償却の調整の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	従前の居室から面積の増減の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	従前の居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	浴室の変更の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	洗面所の変更の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	台所の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	その他の変更の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	(その内容)		
	施設の入居に関する要件		
	自立している者を対象	なし	<input checked="" type="radio"/> あり
	要支援の者を対象	なし	<input checked="" type="radio"/> あり
	要介護の者を対象	なし	<input checked="" type="radio"/> あり
	留意事項		
	契約の解除の内容	利用金を2ヶ月以上滞納した場合、暴力等で他入居者に対し、著しい傷害を与えた場合。	
	体験入居の内容	あり	
	入居定員	55名	
	その他		

入居者の状況(令和 3年 4月 1日現在)

入居者の人数						53人
	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
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満	2	4	2			8
85歳以上	15	7	7	2	1	32
	自立	要支援1	要支援2	経過的介護		合計
65歳未満						0
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満		1	1			2
85歳以上		5	6			11
入居者の平均年齢		90.1歳(男性 87.8歳 女性 90.7歳)				
入居者の男女別人数		男性 12人		女性 41人		
入居率(一時的に不在になっている者を含む)				98.2		%
前年度の退去数						13人
	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
社会福祉施設						0
医療機関	2		2	2	1	7
死亡者		2	1	1	2	6
その他						0
	自立	要支援1	要支援2	経過的介護		合計
自宅等						0
社会福祉施設						0
医療機関						0
死亡者						0
その他						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	7	4	23	9	10	

※平成30年度の退去者数は19名

※令和元年度の退去者数は9名

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	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			なし	あり	
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	55室	21.70~22.50㎡	
	居室相部屋	あり	なし			
	一時介護室	あり	なし			
共有便所の設置数	9	うち男女別の対応が可能な数			4	
個室の便所の設置数	55	個室における便所の設置割合			全室	
		うち車椅子等の対応が可能な数			全室	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		2	1	1	0	
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況		3ヶ所(1階~3階に設置) 合計面積 約138.5㎡				
入居者等が調理を行う設備状況			なし	あり		
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) レクリエーション・機能訓練室 4階(約46.1㎡) 喫茶コーナー・展望廊下他				
バリアフリーの対応状況						
(その内容)		全施設対応				
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室にあり			
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室にあり			
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室にあり			
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積	2,491,40㎡					
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	終		
		契約の自動更新		なし	あり	
抵当権の設定		なし	あり			
施設の建物に関する事項						
建物の床面積	2,851,07㎡					
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	終		
		契約の自動更新		なし	あり	

利用者からの苦情に対する窓口等の状況

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	あおぞら 苦情処理委員会		
電話番号	0125-22-0101		
対応している時間	平日	8:30~17:00	
	土曜	休み	
	日曜・祝祭日	休み	
定休日等			
上記以外の利用者からの苦情に対する主な窓口等			
窓口の名称	(株)北星		
電話番号	0125-24-7177		
対応している時間	平日	8:30~17:00	
	土曜	休み	
	日曜・祝祭日	休み	
定休日等			
サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応			
損害賠償責任保険の加入状況			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) (財)介護労働安定センター「ケアワーカー等福祉共済制度」	
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時の対応に関する			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) (財)介護労働安定センター「ケアワーカー等福祉共済制度」	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)			
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り組みの状況			
なし	<input checked="" type="radio"/>	実施した年月日	随時
		当該結果の開示状況	なし <input checked="" type="radio"/>
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="radio"/>	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 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/>

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合		(なし)	あり
一時金に関する費用			
①居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部分の利用のため家賃相当額に充当されるもの)		(なし)	あり
名 称			
	最低の額	最高の額	最多価格帯
1人の場合	円	円	円 戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の場合	円	円	円 戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の場合	円	円	円 戸
一時金の償却に関する事項			
償却期間	入居をした月	(なし)	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その方法)
②利用者の選定による介護サービスの利用料(人員は配置が手厚い場合の介護サービス)		(なし)	あり
〔「あり」の場合、その内容及び利用料〕			
〔「あり」の場合、介護保険給付金及び利用者負担による収入によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠		(なし)	あり
名 称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その方法)

③利用者の個別的な選定による介護サービス利用料		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名 称	「介護サービス等の一覧表」		
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容及び利用料)	
その他に要する一時金		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
家賃2ヶ月相当額：96,000円			
名 称	敷金		
解約時返還金の算定方法	居室清掃費、修繕費用を控除後に返還		
保全処置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容及び利用料)	
一時金に対する留意事項			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容及び利用料)	

介護保険給付以外のサービスに要する費用			
月額の場合の利用料の額			
管理費	なし	(あり)	15,750円
(「あり」の場合の、その用途) 施設の維持管理等			
食費	なし	(あり)	51,840円(1日1,728円・税込)
(「あり」の場合の、その用途) 食材購入、人件費等			
光熱水費	なし	(あり)	12,600(5～10月)～18,600(11～4月)円
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス		(なし)	あり
(「あり」の場合の、その用途)			
「あり」の場合の、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な算出根拠			
		なし	あり
個別的な選択による介護サービス		なし	(あり)
(「あり」の場合の、その内容及び利用料) 「介護サービス等の一覧表」			
家賃	なし	(あり)	48,000円
その他に必要な月額利用料			
		なし	(あり)
(「あり」の場合の、その内容及び利用料) 個人が使用する医療費、通信費、日用品費、介護用品費、理美容代、娯楽費等			
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」の場合の、その内容及び利用料)			

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

※ \_\_\_\_\_ 様

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、説明を受けた者の署名を求める。

上記のとおり説明を受けました。

署名 \_\_\_\_\_

