

# 重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

## 1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) ほっとさーびす かぶしきがいしゃ ホットサービス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒073-0022 滝川市大町2丁目4番10号	
連絡先	電話番号	0125-23-0078
	FAX番号	0125-24-0112
	ホームページアドレス	<a href="http://atatakakan.boj.jp">http://atatakakan.boj.jp</a>
代表者	氏名	多田 幸弘
	職名	代表取締役
設立年月日	平成19年2月22日	

## 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) ゆうりょうろうじんほーむじゅうたくがた あったかかん 有料老人ホーム住宅型 あったか館	
所在地	〒073-0042 滝川市泉町135番20	
主な利用交通手段	最寄駅	滝川駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・市内循環バスで乗車 100年記念塔前停留所で下車、徒歩30秒 ② 自動車利用の場合 ・乗車5分
連絡先	電話番号	0125-23-0078
	FAX番号	0125-24-0112
	ホームページアドレス	<a href="http://atatakakan.boj.jp">http://atatakakan.boj.jp</a>

管理者	氏名	宮武 美由紀
	職名	施設長
建物の竣工日		平成28年3月末
有料老人ホーム事業の開始日		平成28年4月

**(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

**3. サービスの内容**

**(全体の方針)**

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事業の実施にあたっては、入居者がその可能な限り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お手伝いします。</li> <li>2. 入居者がゆったり落ち着いて、安定した生活ができるように努めます。</li> <li>3. 入居者又は、その家族に対して、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。</li> </ol>
サービス項目	内容骨子：細部は、別掲管理規程参照下さい。
食事の提供	1日3食を提供
共用設備の提供管理	玄関、浴室、トイレ、洗面所、居間食堂、エレベーター、暖房設備等
取り次ぎ及び塵芥処理等	外部洗濯物、郵便物等 ゴミ等は、事業者で処理
生活相談	日常生活に関する相談助言及び社会生活上の便宜の提供等
介護サービス等	有料老人ホームでは提供しておりませんので、状況に応じて居宅サービスを利用させていただきます。

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可		① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 ④ その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	滝川市立病院
		住所	滝川市大町2丁目2番34号
		診療科目	内科・整形外科・眼科・耳鼻咽喉科他
		協力内容	救急対応他
	2	名称	おおい内科循環器科クリニック
		住所	滝川市東町3丁目1番2号
		診療科目	循環器内科
		協力内容	往診対応等
	3	名称	佐藤病院
		住所	滝川市泉町135番15
		診療科目	内科・精神科
		協力内容	通院時の対応
協力歯科医療機関		名称	コスモデンタルクリニック
		住所	滝川市大町3丁目4番16号
		協力内容	訪問歯科、通院歯科対応

**(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
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入院、認知症等により、共同生活が不可能と判断された場合等
	解約予告期間	1 ヶ月
入居者からの解約予告期間		1 ヶ月
体験入居の内容	1 あり (内容 : ) ② なし	
入居定員		19 人

#### 4. 職員体制

##### (職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			
	合計			
		常勤	非常勤	
施設長	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	3	3		
施設業務員	1	1		

##### (資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
介護福祉士	2	2	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1	1	
旧ホームヘルパー2級	1	1	
介護支援専門員	1	1	

##### (宿直を行う看護・介護職員の人数)

宿直帯の設定時間 ( 17 時～ 8 時 30 分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
介護職員	1 人	1 人

##### (職員の状況)

	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・介護支援専門員		
施設長		2 なし			
	介護支援専門員		介護職員		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
経験年数に 応じた 業務に従事した	1年未満		1		
	1年以上3年未満				
	3年以上5年未満				
	5年以上10年未満			1	
	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			

## 5. 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】	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	
	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 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	
	手続き	

### (利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	滝川近郊の家賃の相場と生活保護世帯の住宅扶助の金額を参考に算定。
敷金	なし
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	滝川近郊の相場による。
食費	滝川近郊の相場による。
光熱水費	滝川近郊の相場による。

### (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	① あり	(その内容)
	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

※ \_\_\_\_\_様

説明年月日 平成 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。