

住宅型有料老人ホーム フラワーガーデンひまわり

重要事項説明書



社会福祉法人

愛友会



重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙5の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙5の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

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 あいゆうかい 社会福祉法人 愛友会	
主たる事務所の所在地	〒762-0001 香川県坂出市京町三丁目6番55号	
連絡先	電話番号	(0877)59-1165
	FAX 番号	(0877)59-1175
	ホームページアドレス	http://aiyuukai.net/
代表者	氏名	前田 直俊
	職名	理事長
設立年月日	昭和・ 平成 28 年 1 月 12 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. 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 ふらわーがーでんひまわり 住宅型有料老人ホーム フラワーガーデンひまわり
----	--

所在地	〒762-0001 香川県坂出市京町三丁目6番55号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR坂出駅
	交通手段と所要時間	JR坂出駅から徒歩10分
連絡先	電話番号	(0877)59-1165
	FAX番号	(0877)59-1175
	ホームページアドレス	http://aiyuukai.net/
管理者	氏名	■■■■■
	職名	■■■■■
建物の竣工日		昭和・平成 29年 3月 20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30年 9月 1日

(類型)【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入所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所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	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	香川県
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,961.55㎡	
	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	1,946.79㎡

		うち、老人ホーム部分	132.08㎡			
耐火構造	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> ② 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()					
所有関係	<input checked="" type="radio"/> 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 【表示事項】	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	12.86㎡	4室	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	12.55㎡	1室	一般居室個室
	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	㎡		
タイプ7	有 / 無	有 / 無	㎡			
タイプ8	有 / 無	有 / 無	㎡			
タイプ9	有 / 無	有 / 無	㎡			
タイプ10	有 / 無	有 / 無	㎡			
※「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	0か所	うち男女別の対応が可能な便房		0か所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		0か所	
	共用浴室	1か所	個室		1か所	
			大浴場		0か所	
共用浴室における	1か所	チェア一浴		0か所		

	介護浴槽		リフト浴	0か所
			ストレッチャー浴	0か所
			その他（ 個浴 ）	1か所
	食堂	① あり	2 なし	
	入所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	
	火災通報設備	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	入所者、同居者及び来訪者（以下「入所者等」といいます。）が快適で心身ともに充実、安定した生活を営むことに資するとともに、施設の良い生活環境を確保する。
サービスの提供内容に関する特色	安否確認や生活相談サービス、食事の提供（委託）を行います。グループ関連病院、施設と連携し、より安心いただける体制を整えています。
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		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	医療法人社団 まえだ整形外科外科医院
		住所	香川県坂出市室町三丁目 1-13
		診療科目	内科、整形外科、外科、皮膚科
		協力内容	診療及び治療
	2	名称	社会医療法人財団 大樹会 総合病院 回生病院
		住所	香川県坂出市室町三丁目 5-28
		診療科目	
		協力内容	診療及び治療
協力歯科医療機関		名称	いぬい歯科えり矯正歯科
		住所	香川県坂出市江尻町 409-1
		協力内容	診療及び治療

(入所に関する要件)

入所対象となる者 【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	① 施設において共同生活が円滑に営める方 ② 概ね60歳以上の自立支援及び要支援・要介護の方 ③ 入所契約及び運営規程を厳守できる方 ④ 入所に関する費用及び毎月の費用等支払い能力のある方 ⑤ 要介護度が、要支援1、要支援2、要介護 ⑥ 要介護度の方は応相談 ・介護保険：在宅サービスの利用可（介護が必要になった場合、介護保険の在宅サービスを利用する施設です。）		

契約の解除の内容	① 入所者が逝去した場合 ② 入所者が解約した場合（30日の予告期間が必要） ③ 事業者が解約した場合（60日の予告期間が必要） 主な解除事由 ・入所申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入所したとき ・月払いの利用料、その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ・入所者の行動が、他の入所者又は職員の生命に危害を及ぼす危険性があるとき。又は、その危害の切迫した恐れがあり、有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法でこれを防止することができないとき等（その他は入所契約書参照）。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第28条
	解約予告期間	2か月
入所者からの解約予告期間	1か月	
体験入所の内容	① あり（内容：食事の提供あり、宿泊あり） 2 なし	
入所定員	5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				
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員		2	4	

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週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ ²				
※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 特定施設入所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			
介護福祉士			
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	1		

(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	
看護師又は准看護師			
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17:30 ~ 8:30)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
介護または事務職員	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	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										
応じた職員 の人数	業務に従事した 経験年数に	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 【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 物価変動、人件費の上昇により改定する場合がある 手続き 運営懇談会で意見を聞いた上で改訂いたします

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入所者の状 況	要介護度	要支援1	要介護1	
	年齢	80歳	85歳	
居室の状況	床面積	12.55㎡	12.86㎡	
	便所	①有 2無	①有 2無	
	浴室	1有 ②無	1有 ②無	
	台所	1有 ②無	1有 ②無	
入所時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	70,000円	70,000円	
月額費用の合計		96,760円	96,760円	
家賃		35,000円	35,000円	
サービス費用	特定施設入所者生活介護※1の費用	0円	0円	
	② 介護保険外※	食費	41,760円	41,760円
		管理費	20,000円	20,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	電気代のみメーター分 (1kWh 22円)	電気代のみメーター分 (1kWh 22円)
その他	円	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、本欄には記入していない）				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	坂出市内の住宅型有料老人ホームの家賃を参考にし、各居室にモーター付きベッド、エアコンを備えていることも考慮している。
敷金	家賃の2か月分
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	事務管理費、生活支援サービスのための人件費、事務費、施設の維持管理費及び修繕費
食費	厨房の維持管理費、1日3食を提供するための費用 (経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合、事業所は当該サービスの利用料金を変更させていただくことがあります。)
光熱水費	電気代のみメーター管理にて使用分実費
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. 入所者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入所者の人数)

性別	男性		人
	女性		人
年齢別	65歳未満		人
	65歳以上75歳未満		人
	75歳以上85歳未満		人
	85歳以上		人
要介護度別	自立		人
	要支援1		人
	要支援2		人
	要介護1		人
	要介護2		人
	要介護3		人
	要介護4		人
	要介護5		人
入所期間別	6ヶ月未満		人
	6ヶ月以上1年未満		人
	1年以上5年未満		人
	5年以上10年未満		人
	10年以上15年未満		人
	15年以上		人

(入所者の属性)

平均年齢		歳
入所者数の合計		人

入所率*	%
※ 入所者数の合計を入所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所者に含む。	

(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	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入所者側の申し出	人
		(解約事由の例)

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の状況) ※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 フラワーガーデンひまわり 担当者: [REDACTED]
電話番号		(0877) 59-1165
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土、日、祝日、12月30日~1月3日
窓口の名称		香川県健康福祉部長寿社会対策課 施設サービスグループ
電話番号		(087) 832-3266
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土、日、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

(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	随時
		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. 入所希望者への事前の情報開示

入所契約書の雛形	1 入所希望者に公開 ② 入所希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入所希望者に公開 2 入所希望者に交付 ③ 公開していない
事業収支計画書	1 入所希望者に公開 2 入所希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入所希望者に公開 2 入所希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入所希望者に公開 2 入所希望者に交付 ③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	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】	1 あり (提携ホーム名:) 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	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	1 あり ② なし	
住宅の登録		
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 (9) - イ	
合致しない事項がある場合 の内容	元あった施設の転用のため、入所者1人当たりの床面積は13㎡未満で ある。(12.55㎡もしくは12.86㎡)	
「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	① 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 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	なし	
不適合事項がある場合の内 容		

添付書類：別添1 (別を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)

11. 緊急時の連絡先

利用者に容体の急変等があった場合、緊急時の連絡先にご記入いただいた連絡先にご連絡いたします。

緊急連絡先 (1)	氏名 (続柄)	氏 名 (続柄:)	
	住 所	〒 -	
	連 絡 先	ご 自 宅	
		携 帯 電 話	
そ の 他			
緊急連絡先 (2)	氏名 (続柄)	氏 名 (続柄:)	
	住 所	〒 -	
	連 絡 先	ご 自 宅	
		携 帯 電 話	
そ の 他			

住宅型有料老人ホーム フラワーガーデンひまわりは、契約書及び本重要事項説明書に基づいて重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 住所 香川県坂出市京町三丁目6番55号
法人名 社会福祉法人 愛友会
理事長名 理事長 前田 直俊
施設名 住宅型有料老人ホーム フラワーガーデンひまわり
代表者名 XXXXXXXXXX 印

説明者 職 名 _____
氏 名 _____ 印

私は、契約書及び本重要事項説明書に基づいて、住宅型有料老人ホーム フラワーガーデンひまわりのサービス内容及び重要事項の説明を受け同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____
氏 名 _____ 印

身元引受人 住 所 _____
氏 名 _____ 印

個人情報使用同意書

私（利用者及びその後見人もしくは家族又は身元引受人）の個人情報については、次に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者の適切な介護サービス提供が施されるため、又は円滑なサービスの提供が施されるために、実施されるサービス担当者会議や主治医との協議、介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において、情報の共有が必要と判断される場合。

2 使用する期間

令和 年 月 日 ～ 前項の必要性がなくなるまで

3 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

住宅型有料老人ホーム フラワーガーデンひまわり
施設長 間島 清史 様

利用者 住 所

氏 名

代理人 住 所

氏 名

身元引受人 住 所

氏 名

印

印

印

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核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	あり	なし		
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	ショートステイ フラワーガーデン ひまわり	香川県坂出市京町三丁目6番55号
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入所者生活介護	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・随時対応型訪問介護看護	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	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入所者生活介護	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	特別養護老人ホーム フラワーガーデン ひまわり	香川県坂出市京町三丁目6番55号
看護小規模多機能型居宅介護	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		
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	ショートステイ フラワーガーデン ひまわり	香川県坂出市京町三丁目6番55号
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所者生活介護	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・サービスマン・サービスマン付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入所者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 （個別の利用料で、実施するサービス（利用者一部負担） ※1）	特定施設入所者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担）※1	包含※2	都度※2	料金※3	備考
介護サービス					
食事介助	なし	あり	(なし)		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	(なし)		
おむつ代			(なし)		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	(なし)		
特浴介助	なし	あり	(なし)		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	(なし)		
機能訓練	なし	あり	(なし)		
通院介助	なし	あり	(なし)		
生活サービス					
居室清掃	なし	あり	(なし)		
リネン交換	なし	あり	(なし)		
日常の洗濯	なし	あり	なし	○	洗濯代：1ネット500円（税別）
居室配膳・下膳	なし	あり	(なし)		
入所者の嗜好に応じた特別な食事			(なし)		
おやつ			なし	○	食事代を含む
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	○	理美容代：1,800円
買い物代行	なし	あり	(なし)		※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	(なし)		
金銭・貯金管理	なし	あり	(なし)		
健康管理サービス					
定期健康診断			(なし)		※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	(なし)		
生活指導・栄養指導	なし	あり	(なし)		
服薬支援	なし	あり	(なし)		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	(なし)		
入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	なし	あり	(なし)		
入退院時の同行	なし	あり	(なし)		
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	(なし)		※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の見舞い訪問	なし	あり	(なし)		

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2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、サービスの利用の都度払いによる場合に於いて、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。



社会福祉法人

愛友会