

重要事項説明書

サービス付き高齢者向け住宅 リリーブ東郷

重要事項説明書

記入年月日	平成30年7月
記入者名	駒本 敏
所属・職名	代表

※ 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 もんじゅふくしかい 社会福祉法人 文珠福祉会	
主たる事務所の所在地	〒919-0317 福井県福井市北山町35字反町5番地の1	
連絡先	電話番号	0776-41-7500
	FAX番号	0776-41-3338
	ホームページアドレス	http://www.monjuen.com
代表者	氏名	諏訪 英樹
	職名	理事長
設立年月日	昭和 59年 7月 3日	
主な実施事業	介護老人福祉施設、短期入所生活介護事業所、通所介護事業所 居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、サービス付き高齢者向け住宅	

2. サービス付き高齢者向け住宅の概要

名称	(ふりがな) りりーぶ とうごう リリーブ 東郷	
所在地	〒910-2165 福井県福井市東郷二ヶ町 27-15-3	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 越美北線「越前東郷」駅
	交通手段と所要時間	駅から約 200m、徒歩 約 3 分
連絡先	電話番号	0776-41-7766
	FAX番号	0776-41-3334
	ホームページアドレス	http:// www.monjuen.com
管理者	氏名	駒本 敏
	職名	代 表
	建物の竣工日	平成 21年 4月 1日
	事業の開始日	平成 21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）		
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	県（市）
	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 1 9 0 . 0 9 m ² (地上3階建)	
	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 5 6 7 . 7 4 m ²			
		うち、住宅部分	1 0 2 3 . 8 4 m ²			
	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	1 人部屋			
	最大	2 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	19.44 m ²	7	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	25.92 m ²	13	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	25.92 m ²	4	一般居室個室
タイプ4	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	38.88 m ²	2	一般居室個室	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	0ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	0ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
その他 ()			0ヶ所			
食堂	<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし					
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし					

	エレベーター	<input checked="" type="radio"/> ① あり（車椅子対応） <input checked="" type="radio"/> ② あり（ストレッチャー対応） <input type="radio"/> 3 あり（上記1・2に該当しない） <input type="radio"/> 4 なし
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし
	防災計画	<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし
その他	カラオケルーム（無料）、洗濯乾燥室（コイン方式：1時間100円）	

4. サービスの内容（全体の方針等）

運営に関する方針	一人暮らしや健康面に不安のある方、将来に不安を抱えている方が、安心して快適に暮らせる生活を応援し、介護が必要になっても、法人全体でサポートします。		
サービスの提供内容に関する特色	24時間体制で職員を配置し、急病による対応も近隣の協力医師の指示により迅速に行います。また、管理栄養士の献立により健康面を考えた食事の提供も行っています。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="radio"/> ③ なし
食事の提供	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> ① 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> ① 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> ① 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> ② 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> ③ 通院介助 <input checked="" type="radio"/> ④ その他（協力医師への往診依頼）		
協力医療機関		1	名称	安原医院
			住所	福井市東郷二ヶ町 36-26
			診療科目	内科、等
		協力内容	健康相談・受診・往診・緊急時の対応	

業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	1年以上 3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	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10日以上の場合に限り減額	
利用料金の改定	条件	入居時より5年を経過した場合、家賃を3,000円～5,000円の減額
	手続き	なし

(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
入居者の状況	要介護度	介護度2 (2-3)	介支援2 (2-15)
	年齢	90歳	75歳
居室の状況	床面積	19.44 m ²	25.92 m ²
	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	
入居時点で 必要な費用	前払金	0 円	0 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		119,000 円	124,000 円	
家賃		35,000 円	40,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	円	円	
	介護保険外※ ²	食費	45,000 円	45,000 円
		管理費	19,000 円	19,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	10,000 円	10,000 円
		その他 (サービス費)	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、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	面積、風呂付に依って異なる
敷金	—
介護費用	—
管理費	エレベーター・電気・防災・防犯設備・ゴミ処分等管理費用・町内会費等
食費	朝食 400 円・昼食 550 円・夕食 550 円
光熱水費	電気代（冷暖房費含む）・水道代（下水代含む）
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	※別添 2（サービスの一覧）の他、居室内の電話代、NHK受信料、衛星放送受信料等・新聞代・牛乳代
その他のサービス利用料	支援費 5,000 円（薬管理・部屋清掃・買い物・集配膳等）

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	11 人
	女性	17 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	9 人
	85 歳以上	18 人
要介護度別	自立	6 人

	要支援 1	1 人
	要支援 2	5 人
	要介護 1	10 人
	要介護 2	6 人
	要介護 3	0 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	4 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	0 人
	1 年以上 5 年未満	12 人
	5 年以上 10 年未満	12 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	85.8 歳
入居者数の合計	28 人
入居率*	100%
※ 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	0 人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	1 人
	死亡者	3 人
	その他	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出	2 人
		(解約事由の例) サ高住での自立生活困難のため
	入居者側の申し出	4 人
		(解約事由の例) サ高住での自立生活困難のため

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		リリーブ東郷苦情窓口
電話番号		0776-41-7766
対応している時間	平日	9 ; 00～17 ; 00
	土曜	9 ; 00～17 ; 00
	日曜・祝日	9 ; 00～17 ; 00
定休日		なし

(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) 社会福祉事業者総合保険
	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	① あり	(その内容) 施設賠償責任保険
	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	必要に応じて (外出・食事等)
		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 ② 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	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 3 公開していない

財務諸表の要旨	① 入居希望者に公開 (ホームページにて) 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 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住宅の登録	① あり 2 なし
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
合致しない事項がある場合の内容	
「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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別の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）

説明を受けた方

※ _____ 様

入居者との関係

本人・家族（ _____ ）

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。

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	訪問介護事業所 東郷	福井市東郷二ヶ町27-15-3
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	デイサービスセンター東郷 デイサービスセンターもんじゅ	・福井市東郷二ヶ町27-15-3 ・福井市北山町35-5-1
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	文珠苑短期入所生活介護	福井市北山町35-5-1
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	あり	なし	文珠苑居宅介護支援事業所	福井市北山町35-5-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護事業所 東郷	福井市東郷二ヶ町27-15-3
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	・デイサービスセンター東郷 ・デイサービスセンターもんじゅ	・福井市東郷二ヶ町27-15-3 ・福井市北山町35-5-1
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	文珠苑短期入所生活介護	福井市北山町35-5-1
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	介護老人福祉施設 文珠苑	福井市北山町35-5-1
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			個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)					なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、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	あり					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					
おむつ代			なし	あり					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					
特浴介助	なし	あり	なし	あり					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり			○		※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					支援費に含む
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			3,000		希望者のみ
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					支援費に含む
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					
おやつ			なし	あり					
理美容師による理美容サービス			なし	あり			1500		理容師訪問
買い物代行	なし	あり	なし	あり					買い物送迎・若しくは代行 2回/月
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					希望に応じて（交通費・人件費）
金銭・貯金管理			なし	あり			1000		希望に応じて（小口現金のみ）
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり					予防接種のみ
健康相談	なし	あり	なし	あり					協力病院
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					管理栄養士
服薬支援	なし	あり	なし	あり					支援費に含む
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	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					交通費・人件費（協力病院は支援費含む）
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり					交通費・人件費（協力病院は支援費含む）
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。