

重要事項説明書

記入年月日	平成30年10月1日
記入者名	寺元 英雄
所属・職名	事務長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ 株式会社 かくだ	
主たる事務所の所在地	〒914-0812	
連絡先	電話番号	0770-25-4141
	FAX番号	0770-21-3390
	ホームページアドレス	http://care-net.biz/18/kakuda
代表者	氏名	横井 小夜子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和62年8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. サービス付き高齢者向け住宅事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) つるがけあせんたー 敦賀ケアセンターかくだ「はるのさん」	
所在地	〒914-0021 福井県敦賀市中 81 号岩ヶ鼻 1 番地 13	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 北陸線 敦賀駅
	交通手段と所要時間	バス利用の場合 ・バスで乗車 10 分、泉ヶ丘病院前停留所で下車 徒歩 5 分
連絡先	電話番号	0770-21-1177
	FAX番号	0770-21-0155
	ホームページアドレス	http://care-net.biz/18/kakuda

		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 <input checked="" type="checkbox"/> 全室個室				
		2 <input type="checkbox"/> 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	有	無	22.70 m ²	5	一般居室個室
	タイプ2	有	無	24.30 m ²	2	一般居室個室
	タイプ3	有	無	30.60 m ²	1	一般居室個室
タイプ4	有	有	30.60 m ²	2	一般居室個室	
共用施設	共用便所における 便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	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 ()	1ヶ所		
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし				
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 4 なし					
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<p>一. 私たちは、明るさをモットーに、家庭的な雰囲気の中で、常に笑顔で看護・介護サービスにつとめます。</p> <p>一. 私たちは、人としての尊厳を保持し、人命尊重をモットーに、すべての人を平等に、自立した日常生活を営むことができるよう、真心こもった看護・介護サービスにつとめます。</p> <p>一. 私たちは、地域社会及びご家族との連携をモットーに、積極的な活動の展開を行い、社会福祉の参加につとめます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	これまで多くの介護サービスを提供してきた実績と信頼で、利用者様に安全で安心していただけるサービスを今後共提供していきます。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 <input checked="" type="checkbox"/> 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 3 <input checked="" type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり		
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	医療法人 川上医院
		住所	福井県敦賀市松原町 1-39
		診療科目	内科・胃腸科・外科・形成外科・リハビリ
		協力内容	健康管理・病状の急変に対する診療行為
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	ワカバ歯科医院	
	住所	福井県敦賀市若葉町 3-716	
	協力内容	歯科医療・保健指導	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

	要介護の者	1 あり 2 なし
留意事項	物件の増改築など禁止又は制限される事項あり	
契約の解除の内容		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	支払義務違反
	解約予告期間	相当の期間を定めて履行を催告した期間
入居者からの解約予告期間	30日前	
体験入居の内容	1 あり (内容 :) ② なし	
入居定員	10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	1	1（兼務）		0.5
生活相談員（1名はケアマネ）	2	2（1名兼務）		1.5
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	2		2	1.8
事務員				
その他職員	2		2	1.8
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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。				

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
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	入居契約書第4条3項・第5条4項・第7条5項に該当した場合
	手続き	運営懇談会の意見を聴取のうえ改定する。

(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	要介護2	要介護2	
	年齢	86歳	87歳	
設備区分	床面積	22.70㎡	30.60㎡	
	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	40,000円	60,000円	
月額費用の合計		69,428円	101,555円	
家賃		40,000円	60,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		29,428円	41,555円
	介護保険外 ^{※2}	食費	17,550円	28,150円
		管理費	10,000円	10,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	1,878円	3,405円
		その他	0円	0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	施設建設費、設備費、修繕費、管理事務費、近隣同種の家賃参照
敷金	家賃の1ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	人件費、事務費、共用部分の光熱水道料
食費	食材費、水道光熱費、設備及び備品代
光熱水費	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（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
その他のサービス利用料	

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	2人
	女性	7人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	5人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	0人
	要介護1	3人
	要介護2	3人
	要介護3	1人
	要介護4	0人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	4人
	5年以上10年未満	2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	86.3歳
入居者数の合計	9人
入居率*	90%
※ 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	0人
	医療機関	0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	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0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		苦情受付担当者
電話番号		0770-21-1177
対応している時間	平日	24時間
	土曜	24時間
	日曜・祝日	24時間
定休日		無し

(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) 身体・財物に一事故一請求一億円
	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) 身体・財物に1事故1請求に1億円
	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	
		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 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 2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	土地・建物には、賃借人他を債務者とする根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)

※ _____様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 寺元 英雄

※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。

私は上記の説明を受けました。

年月日 平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ	敦賀市昭和町2-20-16
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ	敦賀市昭和町2-20-16
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ	敦賀市昭和町2-20-16
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	かくだデイサービスセンター「さくら」	敦賀市中央町2-1-34
＜地域密着型サービス＞				
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ「ひなたぼっこ」	敦賀市中2-8
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ「みかん」	敦賀市阿曾81号
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ「あずさ」	敦賀市新松島町8-30
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ「はるか」	敦賀市昭和町2-20-16
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ	敦賀市昭和町2-20-16
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ	敦賀市昭和町2-20-16
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ	敦賀市昭和町2-20-16
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ	敦賀市昭和町2-20-16
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	かくだデイサービスセンター「さくら」	敦賀市中央町2-1-34
地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ「ひなたぼっこ」	敦賀市中2-8
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ「みかん」	敦賀市阿曾81号
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ「あずさ」	敦賀市新松島町8-30
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀ケアセンターかくだ「はるか」	敦賀市昭和町2-20-16

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						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）		個別の利用料で、実施するサービス			備考	
			（利用者が全額負担）	包含※2	都度※2		料金※3
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			
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			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			
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			
買い物代行	なし	あり	なし	あり			※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	あり			
金銭・貯金管理			なし	あり			
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			
服薬支援	なし	あり	なし	あり			
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			
入退院時の同行	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
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、月額の利用料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。