



# 重要事項説明書

## 住宅型有料老人ホーム フルール桶川

株式会社 ひまわりケアサポート

## 住宅型有料老人ホーム フルール桶川

## 重要事項説明書

記入者名	小河 元子 (オガワモトコ)	記入年月日	
		所属・職名	代表取締役

## 1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	法人の種類	営利法人
	名称	(ふりがな) 株式会社 ひまわりケアサポート
事業主体の主たる事務所の所在地	〒362-0063	埼玉県上尾市小泉 4-19-1
事業主体の連絡先	電話番号	048-726-1111
	FAX番号	048-726-8989
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : <a href="http://ひまわりケアサポート.com/">http://ひまわりケアサポート.com/</a>
事業主体の代表者の職名及び氏名	職名	代表取締役
	氏名	小河 元子
事業主体の設立年月日	平成 18 年 8 月 1 日	

事業主体が埼玉県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	ひまわりケアサポート	上尾市小泉 4-19-1	
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	ひまわりケアサポート 桶川ひまわりケアサポート	上尾市小泉 4-19-1 桶川市坂田 1365-7	
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	ひまわりケアサポート 桶川ひまわりケアサポート	上尾市小泉 4-19-1 桶川市坂田 1365-7	
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	福祉用具ひまわり	上尾市上 129-1	
特定福祉用具販売	あり	なし	福祉用具ひまわり	上尾市上 129-1	
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時訪問介護・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	北本ひまわりケアサポート	北本市中丸 7-52-1	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	北本ひまわりケアサポート	北本市中丸 7-52-1	
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			
複合型サービス	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	ひまわりケアサポート	上尾市小泉 4-19-1	
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	ひまわりケアサポート	上尾市小泉 4-19-1	
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	ひまわりケアサポート 桶川ひまわりケアサポート	上尾市小泉 4-19-1 桶川市坂田 1365-7	
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	福祉用具ひまわり	上尾市上 129-1	
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	福祉用具ひまわり	上尾市上 129-1	
<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	北本ひまわりケアサポート	北本市中丸 7-52-1	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	北本ひまわりケアサポート	北本市中丸 7-52-1	
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		

## 2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先	
施設の名称	(ふりがな)じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむふるーるおけがわ 住宅型有料老人ホーム フルール桶川
施設の所在地	〒363-0008
	桶川市大字坂田 1407-1 他
施設の連絡先	電話番号 048-729-0505
	F A X 番号 048-729-0515
	ホームページ なし
	アドレス あり : <a href="http://ひまわりケアサポート.com/">http://ひまわりケアサポート.com/</a>
施設の開設年月日	平成27年12月1日
施設の管理者の職名及び氏名	職名 施設長
	氏名 小河義希
施設までの主な利用交通手段	
<p>電車…JR桶川駅東口・タクシー桶川駅東口～所要時間 10分</p> <p>バス桶川駅東口乗車から坂田又氷川神社にて下車 所要時間 20分</p>	
施設の類型及び表示事項	<p>《施設の類型》</p> <p>住宅型有料老人ホーム</p> <p>《表示事項》</p> <p>○居住の権利形態：利用権方式</p> <p>○利用料の支払い方式：月払い方式</p> <p>○入居時も要件：入居時自立・要支援・要介護</p> <p>○介護保険：在宅サービス利用可（介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用するホームです）</p> <p>○居室区分：全室個室</p>

3. 従業者に関する事項（平成27年12月1日現在）

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1				1	1
生活相談員	1				1	1
看護職員				1	1	0.5
介護職員	2		6		8	5
栄養士				1	1	0.5
調理員	1		1		2	1.5
事務員						
その他従業者				1	1	0.5

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。

宿直を行う職員の人数

1人

宿直帯平均人数（20：30時～翌9：30時）

1人

最少人数（休憩者等を除く）

1人

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針

当施設（住宅型有料老人ホーム フルール桶川）では、自立可能なご入居者様を中心に、又要介護者の方にも安心していただける環境創りを第一に考え、楽しい生活を送って頂ける様、施設の運営を目指します。

サービスの内容等

利用者の個別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

西村ハートクリニック、埼玉県中央病院

（協力の内容）

緊急時対応、診察及び処置、定期による訪問診察及び健康相談

協力歯科医療機関

なし

あり

西村ハートクリニック 歯科

（協力の内容）

緊急時対応、診察及び処置、定期による訪問治療

5. 施設の入居に関する要件等

施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	なし	あり
要支援の者を対象	なし	あり
要介護の者を対象	なし	あり
留意事項	要支援又は要介護の方が自立になられても、居室利用権は継続します。	
契約の解除の内容	<p>(事業所からの契約解除)</p> <p>1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</li> <li>二 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</li> <li>三 入居契約書第19条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき</li> <li>四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき</li> </ul> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合、事業者は次の各号に掲げる手続きを書面で行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 契約解除の報告について90日の催告期間をおく</li> <li>二 前号の通告に先立って入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</li> <li>三 解除催告の予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する。</li> </ul> <p>3 本条1項第四号によって契約を解除する場合は、事業者は前項のほか、書面にて次の手続きを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 医師の意見を聴く</li> <li>二 一定の観察期間をおく</li> </ul> <p>(入居者からの契約)</p> <p>1 入居者は、事業者に対して30日前に解約の申し入れを行うことにより本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出せず居室を退去した場合、事業者が退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとします。</p>	
体験入居の内容	5,000円 /日、食事別途2,100円/日	
入居定員	32人	
その他		



6. 住み替えに関する事項

入居後に居室を住み替える場合		
他の居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
<p>(その内容)</p> <p>原則として居室の移動は行いませんが、入居者に対し、より適切なサービスを提供するため必要と判断する場合には、他の居室へ変更する場合があります。</p> <p>1 この場合、次の手続を書面にて行うものとします。</p> <p>一 事業者の指定する医師の意見を聴取する</p> <p>二 入居者及びその家族の意見を聴取する</p> <p>2 居室の住み替えにより入居者の権利や利用料金等に重大な変更が生じる場合は、前項の手続とあわせ、次に手続を書面で行うものとします。</p> <p>一 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける</p> <p>二 住み替え後の居室の概要、費用負担の増減等について、入居者及び身元引受人等に説明を行う</p> <p>三 入居者の同意を得る。ただし、入居者が自ら判断できない状況にある場合にあっては、身元引受人等の同意を得る</p>		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
<p>(その内容)</p> <p>従前の居室利用権が変更後の居室に移転します</p>		
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
<p>(その内容)</p>		

7. 入居者の状況（平成 年 月 日）

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

	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						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						

入居者の平均年齢

入居者の男女別人数

男性

女性

入居率（一時的に不在となっている者を含む）

前年度に退去した者の人数

	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						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

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						



8. 施設、設備等の状況

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			
	一般居室個室	あり	なし	21		18.00~18.90 m <sup>2</sup>			
	一般居室相部屋 (夫婦部屋)	あり	なし	2	4	31.26 m <sup>2</sup>			
				2	4	31.29 m <sup>2</sup>			
				1	2	30.62 m <sup>2</sup>			
	介護居室個室	あり	なし			m <sup>2</sup>			
	介護居室相部屋	あり	なし			m <sup>2</sup>			
					m <sup>2</sup>				
					m <sup>2</sup>				
一時介護室	あり	なし			m <sup>2</sup>				
共用便所の設置数	3	うち男女別の対応が可能な数			1				
		うち車いす等の対応が可能な数			1				
個室の便所の設置数	27	個室における便所の設置割合			100%				
		うち車いす等の対応が可能な数			27				
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴				
		3	0	0	0				
その他、浴室の設備に関する事項									
食堂の設備状況	1階食堂兼機能訓練室								
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) 食堂兼機能訓練室、中庭テラス、ルーフテラス、相談室、ラウンジ							
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 居室、廊下など施設内はバリアフリー構造となっています。									
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり						
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり						
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり						
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積	1243 m <sup>2</sup>								
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	平成27年12月1日	終				
			平成52年11月30日						
			契約の自動更新	なし	あり				
施設の建物に関する事項									
建物の構造	木造2階建(準耐火)								
建物の延床面積	943.40 m <sup>2</sup>								
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				

9.利用者からの苦情窓口等

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
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	住宅型有料老人ホーム フルール桶川		
電話番号	048-729-0505		
対応している時間	平日	9:00～18:00	
	土曜	9:00～18:00	
	日曜・祝日	9:00～18:00	
定休日等	なし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	① 埼玉県福祉部高齢介護課 ② 桶川市健康福祉部高齢介護課 ③ 埼玉県国民健康保険団体連合会 ※注 ②、③ 当社が提供する介護保険サービス御利用の場合		
電話番号	① 048-830-3254 ② 048-786-3211 (代表) ③ 048-824-2568		
対応している時間	平日	① ② 8:30～17:15 ③ 8:30～12:00 13:00～17:00	
	土曜	—	
	日曜・祝日	—	
定休日等	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3		
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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 東京海上日動による損害賠償責任保険	
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ときの対応に関すること			
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 事故が発生した場合には、直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び埼玉県等関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業者の事故又は過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意又は過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除又は軽減される場合があります。	
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組の状況			
<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="checkbox"/> なし	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	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり



10. 利用料金

利用料の支払い方法	一時金方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式		
敷金	141,000円～462,000円 (家賃相当額の3ヶ月分)				
月払い方式					
月単位で支払う利用料					
年齢に応じた金額設定	なし				
要介護状態に応じた金額設定	なし				
料金プラン					
プラン名称	月額	(内訳)			
	計	家賃相当額	食費	光熱水費	管理費
Aタイプ	135,000円	47,000円	63,000円	15,000円	10,000円
Bタイプ	145,000円	57,000円	63,000円	15,000円	10,000円
Cタイプ	155,000円	67,000円	63,000円	15,000円	10,000円
Dタイプ	165,000円	77,000円	63,000円	15,000円	10,000円
Eタイプ	266,000円	90,000円	126,000円	30,000円	20,000円
Fタイプ	296,000円	120,000円	126,000円	30,000円	20,000円
Gタイプ	330,000円	154,000円	126,000円	30,000円	20,000円
※介護保険サービスの自己担額は含まない。					
算定根拠	家賃相当額	建設費、減価償却費、借入金利子等をベースに近傍類似の家賃を参考として算定。			
	食費	配膳下膳に係る人件費等をベースに算定。			
	光熱水費	総務省「家計調査」65歳以上単身世帯のデータを参考に設定。			
	管理費	施設運営のための人件費、事務費、消耗品費及び維持管理費として算定。			
	有料サービス	別紙にて			
一時金方式・月払い方式共通					
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料					
	個別的な選択による生活支援サービス	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		
算定根拠	サービス提供のための人件費及び物件費等を勘案して設定。				
料金改定の手続き					
施設が所在する地方自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。					



11. その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

※

様

説明年月日 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。

# 個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記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. 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときに、医者・看護師に説明する場合。

### 2. 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に記載されている介護サービス事業所。
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療する事となった場合。）

### 3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

### 4. 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議では、個人情報の内容の経過を記録する

平成 年 月 日

事業所の名称 住宅型有料老人フルールフルール



利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族代表 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印