

重要事項説明書

記入年月日	2019.10
記入者名	岩渕 千穂
所属・職名	管理的職員

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	非営利法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんせいふうかい 社会福祉法人 星風会	
主たる事務所の所在地	〒328-0004 栃木県栃木市田村町 928 番地	
連絡先	電話番号	0282-27-3969
	FAX番号	0282-27-5408
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	早川 武憲
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 51年 11月 8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) かーさ・ら・づいーだ しき あねつくす カーサ・ラ・ヴィーダ志木 アネックス	
所在地	〒353-0002 埼玉県志木市中宗岡 4 丁目 10 番 27 号	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 志木駅
	交通手段と所要時間	自動車利用で 最寄駅から 10 分
連絡先	電話番号	048-424-4860
	FAX番号	048-487-7391
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	岩渕千穂
	職名	管理的職員

建物の竣工日	昭和・平成	29年	5月	31日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	29年	6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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	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	1,215.25 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (H29年3月1日～H59年2月28日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	999.97 m ²
		うち、老人ホーム部分	999.97 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	2 鉄骨造		
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造		
	4 その他 ()		
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物		
	抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (H29年3月1日～H59年2月28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】	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	有/無	有/無	22.21 m ²	27	一般居室個室
タイプ2	有/無	有/無	m ²			
※「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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		1ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	0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 ()		ヶ所	
食堂	1	あり 2 なし				
入居者や家族が利用 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	地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていく。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関との連携により、自立支援のサポートを行う。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 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 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 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	医療法人社団武蔵野会 宗岡中央病院
		住所	埼玉県志木市上宗岡五丁目14番50号
		診療科目	内科、外科、整形外科、循環器科、リハビリ科
		協力内容	診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1あり 2 なし
留意事項	60歳以上で、自立、要支援、要介護の方。共同生活を円滑に過ごせる方。	

契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者又は事業者から解約した場合。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 10 条
	解約予告期間	相当の期間
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	1 あり（内容：1泊2日自立：5,300円（税別） 介護：6,300円（税別）） 2 なし	
入居定員	27 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	非常勤	
管理者			
生活相談員			
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			
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 特定施設入居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		

(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) (19時00分 ~ 8時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	人	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											
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	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				<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	手続き	覚書の締結

(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	自立～要介護	
	年齢	概ね60歳以上 歳	
居室の状況	床面積	22.21 m ² m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 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	円
	敷金		110,000 円	円
月額費用の合計			0 円	円
家賃 (非課税)			55,000 円	円
共益費 (非課税)			30,000 円	円
サービス費用	介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護※ ₁ の費用	円	円
		食費 (30 日計算の場合) (税別)	48,000 円	円
		共益費	円	円
		状況把握・生活相談サービス費 (税別)	20,000 円	円
		光熱水費 (税別)	10,000 円	円
		その他	円	円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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)</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近隣同種の家賃相場により設定
敷金	家賃の 2 ヶ月分
状況把握・生活相談サービス費	人件費による
共益費	共用部分の光熱費見込、人件費、消耗品費等による
食費	人件費、食材費による
光熱水費	電気料金・水道料金は共益費に含まれる
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	
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	16 人
	女性	8 人
年齢別	65 歳未満	3 人
	65 歳以上 75 歳未満	10 人
	75 歳以上 85 歳未満	9 人

	85歳以上	2人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	3人
	要介護1	7人
	要介護2	7人
	要介護3	4人
	要介護4	1人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	16人
	5年以上10年未満	0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	73.6歳
入居者数の合計	24人
入居率※	88.8%
※ 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	8人
	医療機関	10人
	死亡者	0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)

(1) 相談窓口

窓口の名称	カーサ・ラ・ヴィーダ志木 アネックス	
電話番号	048-424-4860	
対応している時間	平日	8:30～ 17:30
定休日	土曜・日曜・祝日	

(2) 「高齢者の居住の安定確保に関する法律」に基づく指導、調査等の権限に基づく相談窓口

窓口の名称	埼玉県福祉部高齢者福祉課	
電話番号	048-830-3254 (直通電話)	
対応している時間	平日	8:30～ 17:15
定休日	土曜・日曜・祝日・12/29～1/3を除く	

窓口の名称	埼玉県都市整備部住宅課	
電話番号	048-830-5562 (直通電話)	
対応している時間	平日	8:30～ 17:15
定休日	土曜・日曜・祝日・12/29～1/3を除く	

(3) 消費者契約法等に基づく相談窓口

窓口の名称	志木市消費生活相談コーナー	
電話番号	048-473-1111 (内線 3200)	
対応している時間	平日	10:00～正午、13:00～16:00
定休日	土曜・日曜・祝日・12/29～1/3を除く	

窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター川越	
電話番号	049-247-0888 (相談専用)	
対応している時間	平日	9:00～ 16:00
定休日	土曜・日曜・祝日・12/29～1/3を除く	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 施設損害賠償責任保険
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 職員の過失により事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、損害保険などの手配を行い、誠実に対応します。但し、天災などの不可抗力は除きます。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 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 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 個別の連絡体制を確保
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行	1 あり (提携ホーム名:)	
【表示事項】	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	1 あり 2 なし	
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)

※ _____ 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。

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	訪問介護川口	川口市上青木23-10
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	デイサービス川口	川口市上青木23-10
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		
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		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護川口	川口市上青木23-10
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	デイサービス川口	川口市上青木23-10
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		
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		包含 ※2	都度 ※2	料金※3	備考
	特定施設入居者生活介護費用で、実施するサービス（利用者一部負担※1）	（利用者が全額負担）				
介護サービス						
食事介助	あり	なし	あり	○	1000 円/回	30 分未満（30 分以上 30 分毎に 500 円）
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	○	500 円/回	
おむつ代		なし	あり	○	2000 円/回	30 分未満（30 分以上 30 分毎に 500 円）
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	○	2000 円/回	
特浴介助	あり	なし	あり	○	2000 円/回	30 分未満（30 分以上 30 分毎に 500 円）
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	○	500 円/回	
機能訓練	あり	なし	あり	○	1000 円/回	30 分未満（30 分以上 30 分毎に 500 円）
通院介助	あり	なし	あり	○	500 円/日	
生活サービス						
居室清掃	あり	なし	あり	○	500 円/回	30 分未満（30 分以上 30 分毎に 500 円）
交換	あり	なし	あり	○	500 円/回	
リネンの洗濯	あり	なし	あり	○	1000 円/回	30 分未満（30 分以上 30 分毎に 500 円）
日常の洗濯	あり	なし	あり	○	500 円/日	
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	○	1000 円/回	1 日 3 回
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり	○	500 円/日	
おやつ		なし	あり	○	500 円/日	30 分未満（30 分以上 30 分毎に 500 円）
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり	○	1000 円/回	
買い物代行	あり	なし	あり	○	2000 円/件	30 分未満（30 分以上 30 分毎に 500 円）
役所手続き代行	あり	なし	あり	○	2000 円/月	
金銭・貯金管理		なし	あり	○	2000 円/月	
健康管理サービス						
定期健康診断		なし	あり			
健康相談	あり	なし	あり			
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり			
服薬支援	あり	なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし	あり	○	1000 円/回	30 分未満（30 分以上 30 分毎に 500 円）
入退院時の同行	あり	なし	あり	○	1000 円/回	
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり			30 分未満（30 分以上 30 分毎に 500 円）
入院中の見舞い訪問	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包含される場合と、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。