

重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 1 2 月 1 日
記入者名	八木 良
所属・職名	施設長

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	法人等の種類	なし	あり	株式会社
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃかいんどほうす 株式会社 カインドハウス		
事業主体の主たる事務所 の所在地	〒794-0802	愛媛県今治市南鳥生町2丁目3番43号		
事業主体の連絡先	電話番号	0898-35-4335		
	FAX 番号	0898-35-4336		
	メールアドレス	imabari@kindhouse.jp		
	ホームページ	なし		
	アドレス	あり : http://kindhouse.jp/		
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	八木 良		
	職名	代表取締役		
事業主体の設立年月日	昭和39年3月31日			
主な実施事業	※別添1 (別に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 かいんどほうすきたはま 住宅型有料老人ホーム カインドハウス北浜	
所在地	〒794-0011 愛媛県今治市北浜町3番10号	
主な利用交通手段	最寄駅	今治駅
	交通手段と所要時間	例 : ①バス利用の場合 ・瀬戸内バスで乗車15分、本町6丁目 停留所で下車、徒歩3分 ②自動車利用の場合 ・今治港より約5分

連絡先	電話番号	0 8 9 8 - 3 5 - 5 5 1 1
	FAX 番号	0 8 9 8 - 3 5 - 5 5 5 8
	メールアドレス	imabari@kindhouse.jp
	ホームページアドレス	http://kindhouse.jp/
管理者	氏名	八木 良
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 29年1月31日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 29年2月 5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	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 土地建物概要

土地	敷地面積	1 5 3 3 . 9 4 m ²	
	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（普通賃借・定期賃借）	
		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 6 . 4 8 m ²
		うち、老人ホーム部分	1 3 1 7 . 4 8 m ²
	耐火構造	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 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()	

	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物（普通賃借・定期賃借）				
		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】	1 全室個室（縁故者居室を含む）				
		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	15.0㎡	40戸	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	17.5㎡	3戸	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	6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		5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	1ヶ所	チェアー浴		1ヶ所	
	介護浴槽		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	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	
緊急通報装置等	居室	① あり	2 一部あり 3 なし	便所 ① あり 2 一部あり 3 なし
				浴室 ① あり 2 一部あり 3 なし
				その他（ ） 1 あり 2 一部あり ③ 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	「関係する全ての人に優しさと、幸せを」を理念とし 方針は利用者を一番、１に安全２に安心３に快適
サービスの提供内容に関する特色	希望者には 住宅、訪問介護、デイサービスの３事業所の 組み合わせによる２４時間の介護体制の提供
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	井出内科
		住所	今治市常磐町７丁目３－６
		診療科目	内科全般
		協力科目	内科全般
		協力内容	診察、訪問診療、緊急対応、病院（入院）手配等

	2	名称	今治セントラルクリニック
		住所	今治市松本町2丁目6-6
		診療科目	整形外科、外科、循環器内科、内科、リハビリテーション科
		協力科目	整形外科、外科、循環器内科、内科
		協力内容	診察、訪問診療、緊急対応、病院（入院先）手配等
協力歯科医療機関		名称	菊間歯科医院
		住所	今治市菊間町浜722
		協力内容	訪問歯科診療

（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 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	日常的に医療行為が必要でない方	
契約解除の内容	入居契約書 第5章、契約の終了による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第5章第29条による
	解約予告期間	基本2ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 あり （内容：2,000円／一泊 食事別） 2 なし	
入居定員	46人	
その他	常時医療機関で治療の必要な方、一部の感染症の方は入居出来ません	

5. 職員体制 ※契約時に在職している人数を、その都度、記入している

※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				
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				4 0 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。				

(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 (旧基礎研修・1 級課程)			
初任者研修の修了者 (旧 2 級課程)			
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			
柔道整復師			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤または宿直を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (1 7 時～9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	2 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	入居契約書第4章第27条による
	手続き	入居契約書第4章第27条による

(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		3		4		
		年齢		80歳		90歳		
居室の状況		床面積		15.0㎡		17.5㎡		
		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		円		円		
		敷金		30,000円		30,000円		
月額費用の合計				115,980円		115,980円		
		家賃		38,000円		38,000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		45,360円		45,360円	
			寝具使用費（洗濯・修繕込）		2,420円		2,420円	
			管理費		17,600円		17,600円	
			介護費用		円		円	
			光熱水費		6,600円		6,600円	
その他（共益費）		6,000円		6,000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	居室及び施設の維持費等に充当
敷金	30,000円
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	生活相談、安否確認などの住宅サービス費に充当(人件費込み)
食費	食材費及び厨房費用(人件費込み)
光熱水費	電気代、ガス代、水道代
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(共益費)	食堂 浴室その他共用施設の光熱水費及び維持費等

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	8 人
	女性	31 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	3 人
	75 歳以上 85 歳未満	9 人
	85 歳以上	27 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	1 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	13 人
	要介護 4	16 人
	要介護 5	5 人
入居期間別	6 ヶ月未満	10 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	6 人
	1 年以上 5 年未満	18 人
	5 年以上 10 年未満	5 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	92.29 歳
入居者数の合計	39 人
入居率※	84.8%
※ 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	1 人
	社会福祉施設	1 人
	医療機関	19 人
	死亡	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) ※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		施設長
電話番号		0 8 9 8 - 3 5 - 5 5 1 1
対応している時間	平日	8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		1 2 月 3 1 日 ~ 1 月 3 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) 東京海上日動火災保険株式会社 超ビジネス保険 (賠償責任に関する補償)
	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) 管理規定苦情処理細則で対応
	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	事故発生防止の為の指針

(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	意見箱設置
		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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> ③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> 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:) <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 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 事業主体が県内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	訪問介護 カイトハウス	今治市南島生町2-3-43
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	ケアステーションかいんど	今治市本町7-3-33
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	訪問看護 カイトハウス	今治市南島生町2-3-43
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービス カイトハウス北浜	今治市北浜町3番10号
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	居宅介護支援事業所 カイトハウス	今治市本町7-3-33
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	訪問介護カイトハウス	今治市南島生町2-3-43
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービス カイトハウス北浜	今治市北浜町3番10号
その他の支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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（利用者が全額負担）		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				入居者の指定した訪問介護または通所介護での対応となります
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				
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				入居者の指定した訪問介護での対応となります。
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				体調不良の場合
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		○	108 円	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	1,100 円	
移送サービス（施設⇄目的地）	なし	あり	なし	あり		○	2,200 円	施設車両での送迎 2,200 円/往復
買い物代行	なし	あり	なし	あり			無料	
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				希望者は手配いたします
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			2,200 円	施設車両での送迎 2,200 円/往復
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			無料	
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。