

## 重 要 事 項 説 明 書

		記入年月日	年 月 日
記入者名	土居 司	所属・職名	住宅型有料老人ホームくるみ・管理者

## 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	なし	<div>あ</div> <div>り</div>	株式会社	
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃあけぼの 株式会社 あけぼの			
事業主体の主たる 事務所の所在地	所在地	〒798-1116 宇和島市三間町黒井地 1594-23			
事業主体の連絡先	電話番号	(0895)58-1120			
	F A X 番号	(0895)58-1121			
	ホームペー ジ アドレス	<div>なし</div>			
		あり : http://			
事業主体の代表者の 職名及び氏名		職名	代表取締役		
		氏名	中矢 清介		
事業主体の設立年月日		平成 20 年 11 月 28 日			

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"/>	<input type="checkbox"/>	ヘルパーステーションあいか	宇和島市三間町黒井地 1594-23
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ほっとステーションきらり	宇和島市三間町黒井地 1594-23
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時訪問介護・看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
複合型サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援事業所あいか	宇和島市三間町黒井地 1594 番地 23
<居宅介護予防サービス>				
総合事業第1号訪問事業	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ヘルパーステーションあいか	宇和島市三間町黒井地 1594-23
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
総合事業第1号通所事業	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ほっとステーションきらり	宇和島市三間町黒井地 1594-23
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/>	介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/>	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 くるみ 住宅型有料老人ホーム くるみ		
施設の所在地	〒798-1116 宇和島市三間町黒井地 1594-11		
施設の連絡先	電話番号	0895-58-1120	
	F A X 番号		
	ホームページ	<input type="checkbox"/> なし	
	アドレス	あり : http://	
施設の開設年月日		平成 28 年 1 月 26 日	
施設の管理者の職名及び氏名	職名	管理者	
	氏名	土居 司	
施設までの主な利用交通手段			
宇和島道路三間インターチェンジより車で5分			
施設の類型及び表示事項		住宅型有料老人ホーム	
介護保険事業所番号		なし	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日） ※住宅型有料老人ホームは記載不要			
事業の開始（予定）年月日			
指定の年月日		平成 28 年 1 月 26 日	
指定の更新年月日		年 月 日	

3. 従業者に関する事項

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		
管理者	1				1	
介護職員			4		4	
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40		
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格	延べ人数	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
	社会福祉士					
	介護福祉士					
	介護職員基礎研修					
	訪問介護員 1 級			2		
	訪問介護員 2 級					
	初任者研修	1		2		
	介護支援専門員					
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人 数		夜間帯平均人数		最小時人数（休憩者等を除く）		
介護職員		1 人		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　くるみ）では入居時自立可能なご入居を中心に、かつ自立に若干の不安をかかえていらっしゃる方にも、安心していただける生活環境創りを第一に考えます。更に、ご入居者に対して心の琴線に触れるサービスを提供することで、健全かつ楽しい生活を送っていただける施設の運営を目指します。									
介護サービスの内容、利用定員等									
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無							なし	あり	
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無							なし	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無							なし	あり	
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				医療法人　和霊町松浦内科					
（協力の内容）　急な発病・発作等の緊急事態が起きた場合は、速やかに主治医又は連携病院に連絡し適切な措置を講ずる。又、管理者及び利用者の家族等本人の希望する連絡先に緊急連絡し、対応する。									
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	4		10.83 m <sup>2</sup>		
					1		14.44 m <sup>2</sup>		
		一般居室相部屋	あり	なし	1		14.44 m <sup>2</sup>		
					1		18.05 m <sup>2</sup>		
							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>				
一時介護室		あり	なし			m <sup>2</sup>			
共用便所の設置数		うち男女別の対応が可能な数				0			
		うち車いす等の対応が可能な数				1			
個室の便所の設置数		個室における便所の設置割合				0			
		うち車いす等の対応が可能な数				0			
浴室の設備状況		浴室の数		個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴		
				1					
その他、浴室の設備に関する事項									
食堂の設備状況		他利用者と共に食事が採れるように、テーブルと、椅子を設置しています。							
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)						
バリアフリーの対応状況									
(その内容)									
玄関先、2階への階段以外は段差のない、バリアフリーになっています。									
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		222.83 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		H28.1.8	
						終		H79.1.7	
				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							
建物の延床面積		176.88 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	

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　くるみ	
電話番号		0895-20-7122	
対応している時間		平日	8時15分から17時15分
		土曜	8時15分から17時15分
		日曜・祝日	8時15分から17時15分
定休日等		年中無休	
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		宇和島市高齢者福祉課	
電話番号		0895-49-7018	
対応している時間		平日	8時30分から17時15分
		土曜	なし
		日曜・祝日	なし
定休日等		土日祝	
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	あり	(その内容) 当社加入の損害保険にて対応します。	
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	あり	(その内容) 当社加入の損害保険にて対応します。	
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			

	<div>なし</div>	あり	実施した年月日		
			当該結果の開示状況	<div>なし</div>	あり
	第三者による評価の実施状況				
	<div>なし</div>	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			<div>なし</div>	あり	

5. 利用料金

利用料の支払い方式		一時金方式	<div>月払い方式</div>	日払い方式				
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	<div>なし</div>		あり			
		要介護状態に応じた金額設定	<div>なし</div>		あり			
	料金プラン(30 日計算)							
	プラン名称	月額	(内訳)					
		計	家賃相当額	食費	管理運営費	オムツ代	その他	
		1	91,000 円	32,000 円	39,000 円	20,000 円	実費	実費
	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
	算定根拠	居室使用料	A32,000 円 B36,000 円(相部屋1人27,000 円) C32,000 円 D45,000 円(相部屋 1 人 32,000 円)					
食費		1 日 3 食@1,300 円×30 日=39,000 円						
管理運営費		20,000 円						
その他		必要なものは実費いただきます。						
月払い方式								
介護保険サービスの自己負担額								
	内容	※要介護度に応じて介護費用の 1 割(2 割)を徴収する。						
	支払い方法	月単位 (日割りの有無 <div>あり</div> ・なし)						
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	<div>あり</div>		
	算定根拠							
料金改定の手続き								

6. 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		<div>あり</div>	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			
<div>あり</div>		(その内容) 居室の面積が1人13㎡の基準に満たないものとする。	

住宅型有料老人ホームのサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

愛媛県宇和島市三間町黒井地 1594—11  
住宅型有料老人ホームくるみ

説明者      土居   司      印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意し重要説明事項の説明書を受け取りました。

令和      年      月      日

利用者      住所

氏名      印

家族代表者      住所

続柄  
氏名      印