

重要事項説明書

		記入年月日	西暦 年 月 日
記入者名	田邊 文江	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	営利法人
	名称(ふりがな) かぶしきがいしゃ さんれい 株式会社 燦伶			
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒 751-0806			
	山口県下関市一の宮町四丁目10番19号			
事業主体の連絡先	電話番号	083-260-1260		
	FAX番号	083-260-1262		
	ホームページアドレス	☒ なし あり:http://		
	電子メールアドレス	BCL13095@nifty.com		
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏 名	八 木 保		
	職 名	代表取締役		
事業主体の設立年月日	2000年7月19日			

事業主体が山口県内で実施する他の介護サービス						
介護サービスの種類			併設・隣接状況	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	三伶ヘルパーステーション	下関市一の宮町4-10-19	
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接			
訪問看護	あり	なし	併設・隣接			
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	三伶デイサービスセンター	下関市一の宮町4-10-19	
	あり	なし	併設・隣接	晴晴伶デイサービスセンター	下関市長府浜浦町14-4	
	あり	なし	併設・隣接	燦燦デイサービスセンター	下関市大字石原字上岡175番11	
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			
地域密着型通所介護	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			
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			
複合型サービス	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			
＜地域密着型予防介護サービス＞						
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＞						
＜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	三伶ヘルパーステーション	下関市一の宮町4-10-19	
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	三伶デイサービスセンター	下関市一の宮町4-10-19	
	あり	なし	併設・隣接	晴晴伶デイサービスセンター	下関市長府浜浦町14-4	
	あり	なし	併設・隣接	燦燦デイサービスセンター	下関市大字石原字上岡175番11	
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接			

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) じゅうたくがほゆうりょうじん 住宅型有料老人ホーム さんさん 燦燦		
施設の所在地	〒 751-0886	下関市大字石原字上岡175-11	
施設の連絡先	電話番号	083-250-8255	
	FAX番号	083-250-7735	
	ホームページアドレス	なし あり:http://	
	電子メールアドレス	BCL13095@nifty.com 本社アドレス	
建物竣工日	2015年8月31日		
施設の開設年月日	2015年9月22日		
施設の管理者の 氏名及び職名	氏 名	田邊 文江	
	職 名	施設長	
施設までの主な利用交通手段と所要時間			
最寄り駅(新下関駅) サンデン交通バス乗車5分、「サン電子工業前」下車徒歩2分(150m)			
施設の類型及び表示事項	☐ 類型 : 住宅型有料老人ホーム ☐ 居住の権利形態 : 利用権方式 ☐ 利用料の支払い方式 : 月払い方式 ☐ 入居時の要件 : 入居時要支援もしくは要介護認定を受けている方 ☐ 介護居室区分 : 全室個室		
介護保険事業所番号	特定施設の許可申請予定なし		
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、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)			
事業の開始(予定)年月日			
指定の年月日			
指定の更新年月日			

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		
施設長		1			1	0.25
生活相談員						
看護職員		2		1	3	0.50
介護職員		8		9	17人。訪問介護事業所職員を兼務	9.20
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従業者			1			0.4
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。						
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		3			3	
実務者研修		1				
介護職員初任者研修						
ヘルパー1級		1			1	
ヘルパー2級		3			5	
看護師及び准看護師		2			1	
従業者である機能訓練指導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		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
はり師						
きゅう師						
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 (17時30分～ 8時30分)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0		0			
介護職員	2名		1名			

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者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		
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						
※ 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						
実務者研修						
介護職員初任者研修						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧士						
管理者の他の職務との兼務の有無					なし	あり
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし		あり		資格等の名称	
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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	1	1	3	5		
前年度1年間の退職者数	2	1	3	3		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	0	1	1	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	1	2	0	0
5年以上10年未満の者の人数	1	0	3	3	0	0
10年以上の者の人数	1	1	3	3	0	0
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
5年以上10年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
10年以上の者の人数	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況			なし		あり	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針

入居者様の個性を尊重し心身の状況を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を送ることができるように、又、入居者様の社会的孤立感の解消と心身機能の維持並びにご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るためのお手伝いを行います。

①安全に配慮した日常生活空間(設備)において、楽しい会話、個人生活を尊重し、入居者様の立場にたった接遇を心がけます。

②入居者様の自主性や主体性を配慮し、集合住宅の利点である移動時間がほとんどない事による効率的かつ密度の高い在宅サービスが受けられるように、配慮します。

③関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと密な連携を図り、健康作りを進め豊かで明るい共同生活が送れるように配慮します。

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 茜会 勝山サテライトクリニック (診療科目) 内科 (協力科目)	
(協力の内容)	入居者に対する、受診・往診・治療協力。入院加療が必要な場合、入院支援。 入居者に対する年2回の健康診断(入居者負担)。健康相談。	

協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="text" value="あり"/> その名称 福田歯科医院
(協力の内容)	入居者に対する、受診・往診・治療協力。 定期的に口腔内の状況確認及び嚥下咀嚼指導等	

要介護時における居室の住み替えに関する事項

要介護時に介護を行なう場所	
一般居室	

	入居後に居室を住み替える場合		
	一時介護室へ移る場合		
	判断基準・手続きについて		
	(その内容)		
	追加的費用の有無	なし	あり
	居室利用権の取扱い		
	(その内容)		
	入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
	従前居室等の仕様の変更		
	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
	台所の有無	なし	あり
	その他の変更の有無	なし	あり
	(その内容)		
	介護居室へ移る場合		
	判断基準・手続きについて		
	(その内容)		
	追加的費用の有無	なし	あり
	居室利用権の取扱い		
	(その内容)		
	入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室等の仕様の変更			
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	
台所の有無	なし	あり	
その他の変更の有無	なし	あり	
(その内容)			

			その他()	なし	あり	
			判断基準・手続きについて			
			(その内容)			
			追加的費用の有無			
			なし	あり		
			居室利用権の取扱い			
			(その内容)			
			入居一時金償却の調整の有無			
			なし	あり		
			従前の居室からの面積の増減の有無			
			なし	あり		
			従前居室等の仕様の変更			
			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		
台所の有無						
なし	あり					
その他の変更の有無						
なし	あり					
(その内容)						
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		2人部屋は、お二人ともに要支援もしくは要介護認定を受けている事。入居時認定申請中の場合で入居後の認定結果が「自立」と判定された場合は、一定の期間(判定後1ヶ月以内)をもって退去して頂くようになります				
契約の解除の内容		① 入居者様が逝去した時(ご夫婦の場合は、どちらともが逝去した時) ② 入居者が解約した場合 ③ 事業者が解約した場合 主な解約理由 - 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時 - 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 - 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の氏名に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止する事ができないとき等 その他は、入居契約書参照				
体験入居の内容		1泊2日 5,000円＋消費税 (夕食と朝食付き)				
入居定員		53名				
その他						

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	0	0	0	0	0	0
65歳以上75歳未満	0	0	0	0	0	0
75歳以上85歳未満	2	1	3	1	0	7
85歳以上	10	8	10	8	2	38
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満	0	0	0			0
65歳以上75歳未満	0	0	0			0
75歳以上85歳未満	0	0	0			0
85歳以上	0	1	3			4

入居者の平均年齢	88歳					
入居者の男女別人数	男性	10	名	女性	39	名
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)				92%		

前年度に有料老人ホームを退去した者の人数

移転先等	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	0	0	0	0	0	0
社会福祉施設	0	0	1	2	0	3
医療機関	2	2	4	1	0	9
死亡者	0	0	1	0	0	1
その他(有料老人ホーム)	0	1	0	0	0	1
移転先等	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等	0	0	0	0	0	0
社会福祉施設	0	0	0	0	0	0
医療機関	0	0	0	0	0	0
死亡者	0	0	0	0	0	0
その他(有料老人ホーム)	0	0	0	0	0	0

入居者の入居期間

入居期間	6か月未満	6か月以上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	11	6	22	10	0	0

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 (縁故者居室を含む)	なし	☒ あり	46	46	13.08	m ²		
				1	1	16.24	m ²		
	一般居室相部屋 (夫婦部屋)	なし	☒ あり	1	2	21.54	m ²		
				2	2	20.63	m ²		
	介護居室個室	☒ なし	あり				m ²		
							m ²		
	介護居室相部屋	☒ なし	あり				m ²		
							m ²		
	一時介護室	☒ なし	あり				m ²		
						m ²			
						m ²			
廊下の幅	中廊下(向かい合いの居室に面している廊下)			2.75 m	その他の廊下		1.95 m		
共同便所の設置数	3		うち男女別の対応が可能な数				0		
			うち車椅子等の対応が可能な数				3		
個室の便所の設置数	50		個室における便所の設置割合				100%		
			うち車椅子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				
	4	3	1	1	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 : 32席 (1階入居者6名、3階入居者26名 用)								
	2階食堂 : 24席 (2階入居者21名 専用)								
入居者等が調理を行なう設備状況						なし	☒ あり		
その他、共用施設の設備状況									
なし	☒ あり	(その内容) 理美容室・喫茶コーナー・トイレ・浴室 ※ 理美容は外部サービスのため実費利用料が必要							
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 全居室内、廊下、共用施設に手すりを設置。車いすでの移動可能。全フロアー									
緊急通報装置の設置状況	居室	なし	一部あり	☒ あり					
	便所	なし	一部あり	☒ あり					
	浴室	なし	一部あり	☒ あり					
	その他()	なし	一部あり	あり					
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	☒ 各居室内にあり					
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	☒ 各居室内にあり					
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積			1521.33m ²						
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)(普通貸借・定期貸借)									
なし	☒ あり	契約期間	始	平27年3月1日	終	令和17年2月28日			
契約の自動更新						なし	☒ あり		
施設の建物に関する事項									
建物の延床面積			1858.80m ²						
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)(普通貸借・定期貸借)									
☒ なし	あり	契約期間	始		終				
契約の自動更新						なし	あり		
災害警戒区域等									
土砂災害警戒区域		該当なし							
浸水想定区域		該当なし							

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		本社 総務部							
電話番号		083-260-1260							
対応している時間		平日	9:00～17:00						
		土曜	9:00～17:00(ホームにて対応)						
		日曜・祭日	9:00～17:00(ホームにて対応)						
定休日等		本社は、土曜、日曜、祝日、ゴールデンウィーク期間及び年末年始(12月30日～1月3日) ホームは無休							
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		① 下関市福祉部福祉政策課							
		② 下関市福祉部長寿支援課							
電話番号		① 083-231-1723							
		② 083-231-1168							
対応している時間		平日	9:00～17:00						
		土曜	—						
		日曜・祭日	—						
定休日等		土曜、日曜、祝祭日、年末年始等							
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) 東京海上日動火災保険株式会社の「施設賠償責任保険」「受託者賠償責任保険」に加入し、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力や入居者の故意等による場合を除き、賠償される。					
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)					
サービスの提供内容に関する特色等									
(その内容)									
入居者様の個々のニーズに応じたサービスを提供し、QOLの向上に資するサービスの提供し、安心・安楽に生活できる施設運営を志します。									
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り組みの状況									
なし		あり		実施した年月日					
				当該結果の開示状況		なし	あり	開示の方法	
第三者による評価の実施状況									
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		なし	あり	開示の方法	
入居希望者への事前情報開示									
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			
管理規定		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			

5. 利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	90,000～135,000 円(家賃の 3 ヶ月分)		
一時金方式			
一時金及び月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定		なし	あり
要介護状態に応じた金額設定		なし	あり
料金プラン			
プラン 名称	一時金	月額 計	(内訳) 家賃相 当額 介護 費用 食費 光熱 水費 管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算 定 根 拠	家賃 相当 額		
	介護 費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	食費		
	光熱 水費		
	管理 費		
	一時 金		
一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定		入居日	
初期償却率(%)			
想定居住期間を超えて契約が継続する 場合に備えて受領する額			
権利金等(※)の額			
(※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた 施設に限る。			
償却年月数 (想定居住期間)			
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
保全措置の実施状況		なし	あり ；(保全先)
三月以内の契約終了による返還金について			
三月の起算日		入居日	
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法			
一時金の支払方法			

月払い方式									
月単位で支払う利用料									
年齢に応じた金額を設定			なし		あり				
要介護状態に応じた金額設定			なし		あり				
料金プラン									
プラン名称		月額		内訳(消費税込)					
		計 消費税込	家賃 相当額	介護 費用	食費	居室 光熱水費	共益費	管理費	
居室タイプ1 (単身)	税抜	116,500円	30,000円	別添資料参照	48,000円	6,000円	10,900円	21,600円	
	税込	123,100円	30,000円		51,840円	6,600円	10,900円	23,760円	
居室タイプ2 (単身)	税抜	119,500円	33,000円	別添資料参照	48,000円	6,000円	10,900円	21,600円	
	税込	126,100円	33,000円		51,840円	6,600円	10,900円	23,760円	
居室タイプ3 (2人)主契約者	税抜	131,500円	45,000円	別添資料参照	48,000円	6,000円	10,900円	21,600円	
	税込	138,100円	45,000円		51,840円	6,600円	10,900円	23,760円	
居室タイプ3 (2人)従契約者	税抜	80,500円		別添資料参照	48,000円		10,900円	21,600円	
	税込	86,500円			51,840円		10,900円	23,760円	
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。									
算定根拠	家賃相当額	家賃は月極めで月払い方式 近傍同種の住宅及び居室の広さ等を勘案して算定							
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 詳細料金は、別紙「介護サービス一覧表」ご参照							
	食費	朝食450円昼食600円夕食550円を基に算出。							
	光熱水費	一般的な使用量を推定し算出							
	共益費	共用部分の消耗品及び施設の維持管理費用を基に算出							
	管理費	ホーム運営にあたる人件費や事務管理費を基に算出							
一時金方式・月払い方式共通									
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割から3割を徴収する。(介護保険自己負担割合証に基づく)							
人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲)							なし	あり	
内容									
利用料		円(月額 ・ 日額)							
算定根拠									
支払い方法		月単位(日割りの有無 あり ・ 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	あり	
算定根拠		人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。別添介護サービス一覧表を参照。							
料金改定の手続									
ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、運営懇親会の意見を聞いて、家賃相当額以外の月額使用料を改定する事がある。									

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「7.規模及び構造設備」に合致しない事項	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) 個室ではなく2人部屋が3部屋ある。 2人部屋の1人あたりの床面積が13㎡を下回っている。	

※ 添付書類:「介護サービス等の一覧表」

説明年月日 西暦 年 月 日

契約者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。この重要事項説明書は双方同時保管とします。

〔事業者〕

所在地 下関市一の宮町4丁目10番19号

事業者名 株式会社 燦伶 住宅型有料老人ホーム 燦燦

代表者氏名 代表取締役 八木 保 ⑩

説明者署名 ⑩

私は、本書面により、事業者から重要事項に関する説明を受け同意し、これを受領しました。

〔契約者〕

住 所

氏 名 ⑩
〔同居者〕

住 所

氏 名 ⑩

〔家族／代理人／身元引受人〕

住 所

氏 名 ⑩

続柄

重 要 事 項 説 明 書

有料老人ホーム 燦燦

介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス		特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		備 考
							以下に該当される入居者は下記料金となります ○ 介護保険サービスを受けられない方 ○ 介護保険サービスの限度額を超えた方
介護サービス							
食事介助	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	330円(税込363円)／20分未満・回
排せつ介助・おむつ交換	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	330円(税込363円)／20分未満・回
おむつ代	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	実費負担
入浴(一般浴)介助・清拭	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	330円(税込363円)／20分未満・回
特浴介助	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	330円(税込363円)／20分未満・回
身辺介助(体位交換・移動・着替え等)	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	330円(税込363円)／20分未満・回
機能訓練	☐ なし	あり	☐ なし	あり	☐ なし	あり	実施していない。
通院介助(協力医療機関)	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	1,600円(税込1,760円)／1時間未満 交通費はご実費になります。
通院介助(協力医療機関以外)	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	1,600円(税込1,760円)／1時間未満 交通費はご実費になります。
生活サービス							
居室清掃	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	300円(税込330円)／30分未満
リネン交換	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	300円(税込330円)／回
日常の洗濯	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	300円(税込330円)／30分未満
居室配膳・下膳(部屋食)	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	1回ごとに150円(税込165円)
入居者の嗜好に応じた特別な食事	☐ なし	あり	☐ なし	あり	☐ なし	あり	※基本的には提供いたしません。医師の指導等に基づく場合に限り、対応が可能な範囲内で提供します。1食につき90円が加算されます。
おやつ	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	125円(税込135円)／食
楽々食パン	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	5040円(税込5,443円)／食
理美容師による理美容サービス	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	ご実費負担となります。
買い物代行(通常の利用区域)	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	1,100円(税込1,210円)／回
買い物代行(上記以外の利用区域)	☐ なし	あり	☐ なし	あり	☐ なし	あり	実施していない。
役所手続き代行	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	200円(税込220円)／10分未満×所要時間
金銭・預貯金管理	☐ なし	あり	☐ なし	あり	☐ なし	あり	預貯金管理は致しません。少額の金銭管理は、やむなき事由がある場合は、必要最小限の範囲内で少額のみ取り扱います。
健康管理サービス							
定期健康診断	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	年2回 費用は自己負担となります。
健康相談	☐ なし	あり	なし	☐ あり	☐ なし	あり	必要に応じ適宜実施(管理費)。
生活指導・栄養指導	☐ なし	あり	なし	☐ あり	☐ なし	あり	必要に応じ適宜実施(管理費)。
服薬支援	☐ なし	あり	なし	☐ あり	☐ なし	あり	必要に応じ適宜実施(管理費)。
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	☐ なし	あり	なし	☐ あり	☐ なし	あり	必要に応じ適宜実施(管理費)。
入退院時・入院中のサービス							
入退院時の同行(協力医療機関)	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	必要に応じ適宜実施。1,600円(税込1,760円)／1時間。交通費は自己負担。
入退院時の同行(協力医療機関以外)	☐ なし	あり	☐ なし	あり	なし	☐ あり	必要に応じ適宜実施。1,600円(税込1,760円)／1時間。交通費は自己負担。
入院中の洗濯物交換・買い物	☐ なし	あり	☐ なし	あり	☐ なし	あり	実施していない。
入院中の見舞い訪問	☐ なし	あり	なし	☐ あり	☐ なし	あり	必要に応じ適宜実施(管理費)。

注 この「介護サービス等一覧表」記載のサービスには、事業主体が実施している他の介護サービス事業所が提供するサービスは含めないこと。