

(別 紙)

別紙様式

重要事項説明書

		記入年月日	平成29年5月1日
記入者名	黒崎 寿雄	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	法人等の種類	なし	あり 営利法人
	名 称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ くろーばー 株式会社クローバー	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒254-0024 神奈川県平塚市馬入本町13-11		
事業主体の連絡先	電話番号	0463-22-1233	
	FAX番号	0463-23-8818	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり : http://	
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏 名	黒崎 寿雄	
	職 名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成26年5月29日		

事業主体が当該都道府県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	クローバー	沼津市大岡3317
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	クローバーライフ	富士市久沢247-1
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>				
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		
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	クローバー	沼津市大岡3317
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	クローバーライフ	富士市久沢247-1
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		
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		

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ろーばーらいふふじ 住宅型有料老人ホーム クローバーライフ富士	
施設の所在地	〒419-0202 静岡県富士市久沢247-1	
施設の連絡先	電話番号	0545-30-7631
	FAX番号	0545-30-7651
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://
施設の開設年月日	平成29年5月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	林 淳一郎
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
JR身延線 入山瀬駅より徒歩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		
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		
類型	住宅型	
居住の権利形態	建物賃貸借方式	
入居時の要件	入居時自立・要支援・要介護	
介護保険	介護保険在宅サービス利用可	
居室区分	全室個室	
利用料の支払方式	月払い方式	

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその他の勤務形態						
有料老人ホームの従業者の人数及びその勤務形態						
実 人 員	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	0.1
生活相談員		1			1	0.5
看護職員			2		2	1.8
介護職員		9		3	12	6
機能訓練指導員					0	
施設職員		9		3	12	6
栄養士			1		1	1
調理員			2		2	1.8
事務員		1			1	0.5
その他従事者			1		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			1
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1 級						
2 級			6			
介護職員初任者研修			1			
介護支援専門員						
従事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						
夜勤を行う看護職員及び介護 職員の人数	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）				1	
	平均時の人数				1	

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						
実人員	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						
その他従事者						
1 週間のうち、常勤の従事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 級						
3 級						
介護支援専門員						
従事者である機能訓練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						
管理者の他の職務との兼務の有無						な し
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	0	0	0	0	0	0
前年度一年間の退職者数	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年未満者の人数	0	0	0	0	0	0
3年以上5年未満者の人数	0	0	0	0	0	0
5年以上10年未満者の人数	0	0	0	0	0	0
10年以上の者の人数	0	0	0	0	0	0
	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		
前年度一年間の退職者数	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		
1年以上3年未満者の人数	0	0	0	0		
3年以上5年未満者の人数	0	0	0	0		
5年以上10年未満者の人数	0	0	0	0		
10年以上の者の人数	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		
『快適、安全、安心』を追求した新しい発想の老人ホームを展開してまいります。		
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
利用者の個人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	ふじの町クリニック健診センター	
(協力の内容)	医師の訪問による健康診断、相談及び指導、一般診療、緊急時の診療及び指示、入院指示や休日夜間における対応	
協力歯科医療機関	なし	あり
その名称	野中歯科クリニック	
(協力の内容)	医師の訪問による相談及び指導、一般診療、緊急時の診療及び指示	
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う場所		
当施設は要介護状態になられても契約時と同じ居室にて在宅介護が受けられます。		

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			
契約の解除の内容	管理規定、契約書の通り		
体験入居の内容	可 (2泊3日以内の日程、1人1泊5,250円税込)		
入居定員			
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						
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	経過的要介護		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 歳

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）

前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退去した者の人数

	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	経過的要介護		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						

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	50		13.50~13.75 m ²
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²
						m ²
	介護居室個室	あり	なし			m ²
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²
						m ²
一時介護室	あり	なし			m ²	
					m ²	
					m ²	
共用便所の設置数	10	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			10	
個室の便所の設置数	0	個室における便所の設置割合			0	
		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	
		2	0	1	0	
その他、浴室の設備に関する事項 寝たきりの方もご利用できる特殊浴槽がございます。						
食堂の設備状況	各々のレベルに合わせた配置状況					
	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) 機能訓練室			
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 静岡県福祉のまちづくり条例に則し、整備致します。						
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
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	999.77	m 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)						
	なし	あり	契約期間	始	終	
			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	1,479.03	m 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)						
	なし	あり	契約期間	始	平成29年5月	
			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	クローバーお客様苦情相談窓口		
電話番号	055-922-1891		
対応している時間	平日	原則24時間	
	土曜	原則24時間	
	日曜・祝日	原則24時間	
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	富士市保健部介護保険課		
電話番号	0545-55-2863		
	平日	8:30~17:15	
	土曜	閉庁日	
	日曜・祝	閉庁日	
定休日等	土日祝日、年末年始（12月29~1月3日）		
窓口の名称	(公社)有料老人ホーム協会		
電話番号	03-3272-3781		
対応している時間	平日	10:00~17:00	
	土曜	休	
	日曜・祝日	休	
定休日等	土日祝日、年末年始（12月29~1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			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 開設時に損害賠償保険	
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事			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 損害賠償保険にて速やかに対応	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 良質な計画に基づく食事サービス・健康管理サービスによりいつまでも自立機能を保持する。			
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="radio"/>	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="radio"/> あり
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="radio"/>	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="radio"/> あり

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合		なし	あり
一時金に関する費用			
①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のため家賃相当額に充当されるもの）		なし	あり
名 称			
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円 戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円 戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円 戸
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)
②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス) (「あり」の場合、その内容及び利用料)		なし	あり
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠		なし	あり
名 称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)

③利用者の個別的な選定による介護サービス利用料		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名 称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
敷金 126,000円 (家賃3ヵ月分)			
名 称		敷金、諸経費	
解約時返還金の算定方法		契約書参照	
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月額の場合の利用料の額			
管理費	なし	あり	43,000円
(「あり」の場合、その用途) ご利用者様の生活の管理、見守り。光熱費、諸経費等			
食費	なし	あり	33,000円
(「あり」の場合、その内容) 1日3食 朝300円 昼350円 夜450円 30日あたり33,000円(税込) おやつあり ※欠食時の控除は上記の料金を参照			
光熱水費	なし	あり	0円
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス	なし	あり	
(「あり」の場合、その利用料)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な算出根拠			
	なし	あり	
個別的な選択による介護サービス	なし	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
家賃相当額	なし	あり	42,000円
その他に必要な月額利用料			
	なし	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) おむつ代、介護保険1割負担、医療費等			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料			
	なし	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 平成 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。