

重要事項説明書

記入年月日	R4年 7月 1日
記入者名	豊里 輝賀
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん すいざんかい 医療法人 翠山会	
主たる事務所の所在地	〒857-0064 佐世保市赤崎町77番地	
連絡先	電話番号	0956-26-0555
	FAX番号	0956-26-0043
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	大山 秀幸
	職名	理事長
設立年月日	平成 6年 3月 1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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ あすなる 介護付有料老人ホーム あすなる	
所在地	〒857-0064 佐世保市赤崎町80番地1	
主な利用交通手段	最寄駅、バス停	J R佐世保 駅
	最寄駅等からの所要時間	市営バス:「赤崎(石岳)経由」「下船越方面」行き 「天石」バス停下車 徒歩0分 自動車利用:佐世保駅 港口より 乗車10分
連絡先	電話番号	0956-76-8888
	FAX番号	0956-76-7770
	ホームページアドレス	
理者	氏名	豊里 輝賀
	職名	施設長
建物の竣工日	平成 23年 9月 1日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 23年 9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）		
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	4270204136
	指定した自治体名	長崎県・佐世保市
	事業所の指定日	平成23年 9月 1日
	指定の更新日（直近）	令和5年 9月 1日（予定）

3. 建物概要

土地	敷地面積	1797.58 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	
		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	2354.87 m ²
		うち、有料老人ホーム部分	2354.87 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		
	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	
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	13.21	50	介護居室個室	
共用施設	共用便所における便房	9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		3ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における介助浴槽	4ヶ所	チェアー浴		0ヶ所	
			リフト浴		0ヶ所	
			ストレッチャー浴		0ヶ所	
			その他（個浴・特殊浴槽）		4ヶ所	
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<p>(1) 利用者様の自己決定権・尊厳を尊重し、より良い人生となるよう援助します。</p> <p>(2) 利用者様本位の安全で快適な生活を提供します。</p> <p>(3) 家族、地域の方々、その他の保健・医療・福祉機関と連携し、地域に根ざした施設を目指します。</p> <p>(4) QOLの向上を目指し、知識・技術の習得に努めます。</p>		
サービスの提供内容に関する特色			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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

(介護サービスの内容)

特定施設入居者生活介護の 加算の対象となるサービスの 体制の有無	入居継続支援加算	1 あり	2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり	2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり	2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり	2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり	2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり	2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり	2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり	2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	1 あり	2 なし	
	ADL維持加算	1 あり	2 なし	
	入居継続支援加算	1 あり	2 なし	
	科学的介護推進体制加算	1 あり	2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1 あり	2 なし	
	(I)ロ	1 あり	2 なし	
	(II)	1 あり	2 なし	
	(III)	1 あり	2 なし	
人員配置が手厚い介護 サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1		
	1 なし			

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	医療法人 翠山会 いちようクリニック
		住所	長崎県佐世保市赤崎町 298 番地
		診療科目	内科
		協力内容	夜間・休日に診察・治療等が必要となった場合の緊急対応・受け入れ、ホームへの定期来所(月2~3回)による入居者の健康管理、健康相談、入所者が診察・治療・入院加療を要する場合の受け入れ、他の医療機関にて診察、入院などが必要になった場合の紹介。
	2	名称	医療機関 アリス会 京町内科病院
		住所	長崎県佐世保市本島町 1-20 アソカビル
		診療科目	内科
		協力内容	入居者が診察・治療を要する場合の受け入れ、夜間・休日において診療・治療等が必要な場合の緊急対応・受け入れ、他の医療機関にて診療・入院が必要となった場合の紹介。
	3	名称	医療法人 たかひら外科
		住所	長崎県佐世保市日野町 1901-4
		診療科目	外科
		協力内容	入居者が診察・治療を要する場合の受け入れ、夜間・休日において診療・治療等が必要な場合の緊急対応・受け入れ、他の医療機関にて診療・入院が必要となった場合の紹介。
協力歯科医療機関		名称	土井添内科歯科クリニック
		住所	長崎県佐世保市船越町 1245
		協力内容	入居者の歯科治療

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (居室の移動)
※複数選択可	
判断基準の内容	入居者の心身状態に大きな変化が見られ居室の変更が必要とホームが判断した場合
手続きの内容	入居者にとって最適な居室を選択させて頂き、協力医療機関医師の判断ならびに入居者および身元引受人の意思を確認し同意

	を得た上で手続きをさせていただきます。	
追加的費用の有無	1 あり	2 なし
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり	2 なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容)
	2 なし	

(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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 65 歳以上の方、又は要介護認定により自立、要支援、要介護の方 ・ 心身の入院加療を要するような病態にない方 ・ 他の入居者に伝染する疾患をお持ちでない方 ・ 自傷、他害のおそれのない方 ・ 健康保険・介護保険に加入されている方 ・ 確実な身元引受人を立てることのできる方 ・ ホームの運営趣旨をご理解いただき、他の入居者と協調した生活のできる方 ・ 入居後、管理費、食費、介護費用等を負担できる方 介護保険（特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護）ご利用分は介護報酬告示上の 1 割又は 2 割・3 割負担となり、加算の有無に関しては施設の体制により変更があります。		
契約の解除の内容	利用料の滞納など、入居契約書第 29～31 条へ記載		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 29 条へ記載	
	解約予告期間	1 か月	
入居者からの解約予告期間	1 か月		
体験入居の内容	1 あり	(内容：食事・宿泊・介護サービス等の体験) 1 泊 2 日 5,150 円/人 + 食事代	
	2 なし		
入居定員	50 人		
その他			

5 職員体制

(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	1	1 (介護職員兼務)		0.5
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員				
介護職員	17	14 (計画作成担当者兼務1名・管理者兼務1名)	3	15.1
看護職員	2	2		2.0
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1 (介護職員兼務)		0.5
栄養士				
調理員	5	3	2	4.2
事務員				
その他職員	3		3	1.96
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40時間

(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	8	8	0
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	2	2	

(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	1	1	
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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16 : 00 時 ~ 9 : 30 時)		
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2 人	2 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点の利用者数 : 常勤換算職員数)	2.71 : 1
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制	有料老人ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名所	
	通所介護事業所の名称	

(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	介護支援専門員・介護福祉士										
		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	
前年度1年間の採用者数								1					
前年度1年間の退職者数		1		2									
職員 業務に従事した 経験年数に応じた 人数	1年未満						1						
	1年以上 3年未満				2		1						
	3年以上 5年未満		1		1		1						
	5年以上 10年未満		1		3		1		1		1		
	10年以上				6								
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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 月払い方式 4 選択方式	
	4の場合 ※該当する方法を 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 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
入院等による不在等における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし <input type="checkbox"/> 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	
	手続き	

(利用料金のプラン)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要支援2	要介護1	
	年齢	86歳	88歳	
居室の状況	床面積	13.62㎡	13.71㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		122,230円	129,040円	
家賃		40,000円	40,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用※	9,330円	16,140円	
	介護保険外	食費	39,000円	39,000円
		管理費	25,200円	25,200円
		リネン費	3,300円	3,300円
		水道光熱費	5,400円	5,400円

※上記の金額は、1月あたり30日とした場合（別途加算）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
居室料	1人入居、全室個室
介護費用	介護保険の利用料
管理費	共有施設等の維持管理費・事務管理部門の人件費・事務費等に要する費用。
食費	1,300円/日 朝食：360円、昼食：470円、夕食：470円
水道光熱費	居室の水道光熱費 180円/日
リネン費	1回/週 シーツ・包布・枕カバーを交換。その他適宜交換。
日常生活費	トイレットペーパー、洗髪・洗身剤代、おやつ代
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
日常生活支援費	介護保険適用外者（自立者）40,000円/月

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	要介護度に応じて介護保険利用料の1割又は2割・3割負担（一定以上の所得のある方）
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） 介護予防・地域密着型の場合を含む。	該当なし

(前払金の受領)

算定根拠		
想定居住期間（償却年月数）		か月
償却の開始日		入居日
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（初期償却額）		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を越えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（ ）	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

令和4年7月1日現在

性別	男性	11人
	女性	38人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	6人
	85歳以上	41人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	10人
	要支援2	14人
	要介護1	11人
	要介護2	4人
	要介護3	4人
	要介護4	5人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	8人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	6人
	5年以上10年未満	17人
	10年以上15年未満	10人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	89.4歳
入居者数の合計	49人
入居率※	98%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。
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	5人	社会福祉施設	11人
	医療機関	11人	死亡者	4人
	その他	0人		
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例) 体調不良等により医療機関への入院が必要となった為		
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 転出等による移設の申し出		

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)

窓口の名称	介護付有料老人ホーム あすなる 苦情相談窓口	
電話番号	0956-76-8888	
対応している時間	平日	9:00~17:00 ホームにて対応
	土曜	9:00~17:00 ホームにて対応
	日曜・祝日	9:00~17:00 ホームにて対応
定休日	なし	

(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) 賠償責任保険に加入。業務中事故等、規定により法律上の損害賠償責任を負担しなければならない場合補償されます。
	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) 不可抗力の事由でない場合、速やかに身元引受人へ連絡を行い謝罪。事実関係の詳細説明及び賠償手続きを行います。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針		

(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	
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	2 なし	1 実施済み 2 未実施	
		1 あり	実施日
	評価機関名称		
	2 なし	結果の開示	1 あり 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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="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 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:) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 3 サービス付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="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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に基づく指導の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添 1（事業主体が当該都道府県、政令指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス）

別添 2（高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表）

別添 3（短期利用のサービスの概要）

入居契約に関する説明を受け、その内容に同意致します。

入居者 氏名 _____ ㊞

身元引受人 氏名 _____ ㊞（続柄 _____）

説明年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____