

重要事項説明書

記入年月日	令和 2年 7月 1日
記入者名	田崎
所属・職名	シーサイドヴィラ音羽の浜 施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 / (法人)	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) せいしんかい 清真会	
主たる事務所の所在地	〒857-1172 長崎県佐世保市東浜町123番地	
連絡先	電話番号	0956-33-0108
	F A X 番号	0956-33-0109
	ホームページアドレス	http://otowanohama.jp
代表者	氏名	池田 豊
	職名	理事長
設立年月日	平成 15 年 8 月 21 日	
主な実施事業	特別養護老人ホーム、デイサービス、小規模多機能居宅介護ほか ※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 シーサイドびらおとわのはま 介護付有料老人ホーム シーサイドヴィラ音羽の浜	
所在地	〒857-1172 長崎県佐世保市東浜町139番地	
主な利用交通手段	最寄駅、バス停	佐世保駅、辻バス停
	最寄駅等からの所要時間	例：①バス利用の場合 ・佐世保駅前バス停で乗車30分、辻停留所で下車、徒歩15分 ②自動車利用の場合 ・乗車15分程度
連絡先	電話番号	0956-33-0110
	F A X 番号	0956-33-0111
	ホームページアドレス	http://otowanohama.jp
	メールアドレス	s-s-villa@otowanohama.jp
管理者	氏名	田崎 淳
	職名	施設長

建物の竣工日	平成23 年 9 月 24日
有料老人ホーム事業の開始日	平成23 年 10 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	4270204169
	指定した自治体名	佐世保市
	事業所の指定日	平成23年 10月 1日
	指定の更新日(直近)	平成29年 10月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,605 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 (H23年8月1日～R23年7月31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	2,323.71 m ²
		うち、有料老人ホーム部分	2,323.71 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 (H23年8月1日～R23年7月31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	有/無	有/無	18.59 m ²	40	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	19.69 m ²	10	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「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	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介助浴槽	1ヶ所	チェアー浴（ストレッチャー浴兼用）	1ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他（ ）			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			
その他						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の福祉を重視するとともに、安定的かつ継続的な事業運営に努める。理念・基本方針は、法人全体と同様に個人の尊厳を重視した「笑顔あふれる家」「自分が入りたい家」をめざす。		
サービスの提供内容に関する特色	特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話、療養上の世話を行うことにより、入居者が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように支援します。		
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

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

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	
	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) : 1		
	② なし			

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（健康診断介助）	
協力医療機関	1	名称	医療法人 博雅会 田中医院
		住所	佐世保市本島町2番11号
		診療科目	内科、外科、胃腸科、皮膚科、肛門科、リハビリテーション科
		協力内容	内科、皮膚科の往診（月2～3回）・年2回の健康診断（医療費その他費用は利用者自己負担）
	2	名称	千住 博内科
		住所	佐世保市白南風町6-2
		診療科目	内科
		協力内容	内科の往診（月2～3回）・年2回の健康診断（医療費その他費用は利用者自己負担）
	3	名称	加瀬クリニック
		住所	佐世保市日宇町649-9
		診療科目	内科、外科、整形外科、呼吸器内科、消化器内科、胃腸内科、肛門科
		協力内容	内科の往診（月2～3回）・年2回の健康診断（医療費その他費用は利用者自己負担）
	4	名称	医療法人社団 音琴クリニック
		住所	佐世保市大宮町29-5
		診療科目	内科、外科、胃腸科、肛門科、リハビリテーション科
		協力内容	内科の往診（月2～3回）・年2回の健康診断（医療費その他費用は利用者自己負担）
	5	名称	医療法人 フジイ内科胃腸科医院
		住所	佐世保市天神町1228
		診療科目	内科、呼吸器科、胃腸科、循環器科
		協力内容	内科の往診（月2～3回）・年2回の健康診断（医療費その他費用は利用者自己負担）
	6	名称	医療法人 むかい医院
		住所	佐世保市若葉町1-17
		診療科目	外科、消化器科、胃腸科、肛門科
		協力内容	内科の往診（月2～3回）・年2回の健康診断（医療費その他費用は利用者自己負担）
	7	名称	社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院
		住所	佐世保市大和町15
		診療科目	内科、循環器科、外科ほか多岐にわたる総合病院
		協力内容	搬送された入居者を受け入れ診断治療を行う

歯科協力医療機関	名称	医療法人 朝村歯科
	住所	佐世保市宮田町 2-18
	協力内容	歯科医の往診、口腔ケア（月 2 回程度）

（入居後に居室を住み替える場合）※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 ② 介護居室へ移る場合 3 その他（ ）	
判断基準の内容	より適切な介護をするために必要と判断する場合	
手続きの内容	① 事業者の指定する医師の意見を聴く ② 入居者の意見を確認する ③ 入居者の身元引受人の意見	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い	変更なし	
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	65 歳以上	
契約の解除の内容	①入居者死亡の場合 ②入居者からの契約解除の場合 ③事業者からの契約解除の場合	
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
	解約予告期間	3 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 1泊2日・3食付 3,000 円、2泊3日予定) 2 なし	
入居定員	50 人	
その他	短期入所 30 日以内あり (ただし、介護度 1～5 までの者)	

5 職員体制

※ 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	1	1		0.5(生活相談員兼務)
生活相談員	2	2		1(1名はCM兼務)
直接処遇職員	23	22	1	22.4
介護職員	20	19	1	19.5
看護職員	3	3		2.9
機能訓練指導員	1	1		0.1
計画作成担当者	2	2		1.5
栄養士	1(委託)	1		1
調理員	3(委託)	3		3
事務員	1	1		1
その他職員	1	1		1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				40
※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	17	16	1
実務者研修の修了者	5	5	
初任者研修の修了者	11	11	
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	1	1	
理学療法士			
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 時～ 翌朝 10 時)			
	平均人数		最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人		0 人
介護職員	3 人		3 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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	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)	1.9 : 1
※ 広告、パンフレット等における記載内容と合致するものを選択		
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 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	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		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
前年度1年間の採用者数			4	1				
前年度1年間の退職者数	1	1	1	1				
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満		2					
	1年以上							
	3年未満							
	3年以上			2			1	
	5年未満							
	5年以上			9		2		1
	10年未満							

	10年以上	3		6	1				1		
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	
	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 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	
入院等による不在等における 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(ただし、家賃、管理費は減額しない) 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	消費者物価指数及び人件費等を勘案し、必要と考えられる場合
	手続き	運営懇談会の意見を聴取

(利用料金のプラン【代表歴なプランを2例】)

(税込)

		プラン1	プラン2	
入居者の状 況	要介護度	要支援1	要介護3	
	年齢	— 歳	— 歳	
居室の状況	床面積	18.59㎡	18.59㎡	
	便所	①あり 2なし	①あり 2なし	
	浴室	1あり ②なし	1あり ②なし	
	台所	1あり ②なし	1あり 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		145,988円	162,488円	
家賃		60,000円	60,000円	
サー ビス 費用	※1 特定施設入居者生活介護等の費用※1	(1割負担の場合)6,688円	(1割負担の場合)23,188円	
	※2 介護 保 険 外	食費	46,800円	46,800円
		管理費	25,000円	25,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	4,500円	4,500円

	その他（リネン）	3,000 円	3,000 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サービスに係る介護費用は、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	周辺の有料老人ホーム及び賃貸住宅の家賃相当額を参考
敷金	家賃の 月分
介護費用	介護サービス利用料金表に基づき実費徴収
管理費	建物及び付帯設備の維持管理費、人件費（厨房関係除く）、備消耗品費等を勘案
食費	朝食 360 円 昼食 410 円 夕食 675 円 おやつ 115 円 (1560 円/日)
光熱水費	周辺の有料老人ホームでの使用状況を参考
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	おむつ代、理美容代、医師往診に係る医療費等の個人的実費費用

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

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費用の 1～3 割（負担割合）を徴収
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）	該当なし
介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※ 前払金を受領していない場合は省略可能

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)

性別	男性	10人
	女性	33人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	40人
要介護度別	自立	人
	要支援1	3人
	要支援2	8人
	要介護1	10人
	要介護2	5人
	要介護3	11人
	要介護4	5人
入居期間別	要介護5	1人
	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	9人
	5年以上10年未満	20人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	91歳
入居者数の合計	43人
入居率※	86%

※ 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	人	社会福祉施設	2人
	医療機関	6人	死亡者	7人
	その他	人		
生前解約の状況	施設側の申し出	人		
		(解約事由の例)		

	入居者側の申し出	8人 (解約事由の例)・長期入院や特養へ転居のため

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		シーサイドヴィラ 音羽の浜	佐世保市役所長寿社 会課	長崎県国民健康保険団 体連合会介護保険課
電話番号		0956-33-0110	0956-24-1111 (代表)	095-826-1599 (専用)
対応してい る時間	平日	8:30~17:30	8:30~17:15	8:45~17:30
	土曜	8:30~17:30	—	—
	日曜・祝日	8:30~17:30	—	—
定休日		なし	土日祝及び年末年始	土日祝及び年末年始

(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) 事故対応費用補償特約
	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) 事故対応費用補償特約
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	「事故発生防止及び事故発生時対応の指針」あり	

(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	令和2年2月
		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 実施済み		
	② 未実施		
	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	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

	<input checked="" type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 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】	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 適合している (代替措置) <input type="radio"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="radio"/> 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		
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 令和 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。