

重要事項説明書

記入年月日	令和 2 年 7 月 1 日
記入者名	石橋康博
所属・職名	施設長 兼 生活相談員

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 どうじんかい 医療法人 道仁会	
主たる事務所の所在地	〒857-0112 長崎県佐世保市柚木町2188番地	
連絡先	電話番号	0956-46-0005
	FAX番号	0956-46-0036
	ホームページアドレス	http://www.shinagawa-clinic.jp
代表者	氏名	品川知明
	職名	理事長
設立年月日	昭和30年7月25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 しながわ 介護付有料老人ホーム しながわ	
所在地	〒857-0112 長崎県佐世保市柚木町2164番	
主な利用交通手段	最寄駅、バス停	佐世保駅・転石バス停・柚木支所バス停
	最寄駅等からの所要時間	市営バス・西肥バス乗車にて40分
連絡先	電話番号	0956-46-2525
	FAX番号	0956-46-2225
	ホームページアドレス	http://www.shinagawa-clinic.jp
	メールアドレス	info@shinagawa-clinic.jp
管理者	氏名	石橋康博
	職名	施設長 兼 生活相談員
建物の竣工日	平成21年11月11日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成22年4月1日	

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 介護付(一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 住宅型 <input type="checkbox"/> 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	4270203898
	指定した自治体名	長崎県・市
	事業所の指定日	平成22年4月1日
	指定の更新日(直近)	平成28年4月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	879m 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			
所有関係	契約期間	1 あり (H21年 8月 1日～ H51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	884.62m ²			
		うち、有料老人ホーム部分	884.62m 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				
所有関係	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	1人部屋			
	最大	2人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	16.26m ²	19	一般居室
タイプ2	有/無	有/無	31.12m ²	2	一般居室2人部屋	
タイプ3	有/無	有/無	32.15m ²	1	一般居室2人部屋	
タイプ4	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	2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	1ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所	
			大浴場	1ヶ所	
	共用浴室における 介助浴槽	3ヶ所	チェア浴	1ヶ所	
			リフト浴	2ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他()	ヶ所	
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> あり	2 なし		
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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	高齢者の人格を尊重し、入居者が日々安定した暮らしができるよう、居住と食事を提供します。
サービスの提供内容に関する特色	住み慣れた地域で、健康で安心して暮らせるよう、外部の医療機関・介護関係機関との連携を図り支援します。
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		※複数選択可		1 救急車の手配
				2 入退院の付き添い
				3 通院介助
				4 その他()
協力医療機関	1	名称	長崎労災病院	
		住所	佐世保市瀬戸越2丁目12番5号	
		診療科目	内科、循環器科、整形外科、外科、脳神経外科等	
		協力内容	休日、夜間を含め、入居者の緊急時の受診、治療、入院の受け入れに協力、これにかかる医療費は入居者の負担になります。	
	2	名称	医療法人 愛恵会 佐世保愛恵病院	
		住所	佐世保市瀬戸越4丁目2番15号	
		診療科目	精神科、心療内科	
		協力内容	休日、夜間を含め、入居者の緊急時の受診、治療、入院の受け入れに協力、これにかかる医療費は入居者の負担になります。	
	3	名称	医療法人 是心会 久保内科病院	
		住所	佐世保市田原町11番9号	
		診療科目	内科、消化器科、循環器科、神経内科等	
		協力内容	休日、夜間を含め、入居者の緊急時の受診、治療、入院の受け入れに協力、これにかかる医療費は入居者の負担になります。	
	4	名称	医療法人 佐世保回春会 品川眼科医院	
		住所	佐世保市田原町13-15	
		診療科目	眼科	
		協力内容	眼科診療における眼科治療。ただし、これにかかる医療費等は入居者の自己負担になります。	
	5	名称	医療法人 道仁会 品川医院	
		住所	佐世保市柚木町2188番地	
		診療科目	内科、循環器科、小児科等	
		協力内容	施設内での健康診断、体調急変時における施設スタッフへの指示および往診等。ただしこれにかかる医療費等は入居者の自己負担になります。	
協力歯科医療機関	名称	豊村 洋歯科		
	住所	佐世保市小舟町49-5		
	協力内容	一般歯科；歯科治療における通院治療および訪問治療。ただしこれにかかる医療費等は入居者の自己負担になります。		

(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			
手続きの内容			
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の年齢が65歳以上である方(身元保証の可能な方) 	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者が死亡した場合。(入居者が2名である場合は、両者とも死亡した時) ・事業者からの契約解除事項に基づき解除を通告し、予告期間が満了した時(90日間の予告期間が必要) ・入居者からの解約事項に基づき解約を行ったとき 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>入居者が次のいずれかに該当し、かつそのことが入居契約をこれ以上将来にわたって維持する事が社会通念上著しく困難と認められる場合に、契約を解除することがあります。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1・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とき。 2・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。 3禁止または制限される行為の規定に違反したとき。 4入居者の行動が、他の入居者又は、従業員の生命に危害を及ぼし、または、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、これを防止することができないとき。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容:空室があれば随時受付、費用は日割り計算) 2 なし	
入居定員	25人	
その他		

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	2	2		1.0
直接処遇職員				
介護職員	12	8	4	10.2
看護職員	2	1	1	1.1
機能訓練指導員	1		1	0.1
計画作成担当者	1		1	0.5
栄養士				
調理員	5	2	3	3.7
事務員	1		1	0.5
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				
※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	5	5
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	1	1

(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1 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	1人	1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)	3:1
※ 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	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	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数				2							
前年度1年間の退職者数		1		2							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満										
	1年以上 3年未満			3							1
	3年以上 5年未満			2		1					
	5年以上 10年未満								1		
	10年以上	1			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 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	消費者物価指数および人件費等を勘案し、日割り計算で減額
	手続き	運営懇談会または個別に入居者に説明を行います。

(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	要介護5	要支援1・要介護4	
	年齢	90歳	92歳・96歳	
居室の状況	床面積	16.25㎡	31.12㎡	
	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	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		143,820円	247,880円	
家賃		39,000円	60,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用※1	24,120円	5,430円+22,050円=27,480円	
	介護保険外※2	食費	46,260円	46,260円×2人分=92,520円
		管理費	31,440円	31,440円×2人分=62,880円
	介護費用	0円	円	
	光熱水費	3,000円	5,000円	
その他		円	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	1人部屋34,500円~39,000円 2人部屋45,000円~60,000円 (30日計算の場合)
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	共同施設の維持管理、事務費、介護職員以外の人件費、水道料金。 入院や旅行および外泊等で長期に不在する場合も、月額料金とさせていただきます。
食費	栄養士の指導のもと、調理師、調理員が調理し提供する。 1日3食:朝食308円 昼食617円 夕食617円
光熱水費	居室入り口上にメーターを設置しております。1kw=20.1円で計算します。 各居室には温水器設置。水道代は管理費に含まれます。
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	*おむつ代等の日常生活費や放送受信料、電話代等の利用者の嗜好による経費 を記載するおむつ代、理美容代、医師の往診の際の医療費

(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1~2割を徴収する。
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)	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	4人
	女性	18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	2人
	85歳以上	22人
要介護度別	自立	人
	要支援1	4人
	要支援2	3人
	要介護1	3人
	要介護2	2人
	要介護3	4人
	要介護4	6人
入居期間別	要介護5	2人
	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	14人
	5年以上10年未満	5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	92歳
入居者数の合計	24人
入居率※	96%
※ 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	人
	医療機関	1人	死亡者	2人
	その他	人		
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)		
	入居者側の申し出	(解約事由の例)		
		0人		
		0人		

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		医療法人 道仁会 介護付有料老人ホーム しながわ
電話番号		0956-46-2525
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		

(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 損保ジャパン日本興亜損保(株)
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 施設賠償責任保険
	<input type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	1 実施済み	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度)年 4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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類:別添1(別の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 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。