

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和7年7月1日 |
| 記入者名 | 江濱 豊美 |
| 所属・職名 | 所長（管理者） |

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 | 社会医療法人財団 |
| 名称 | (ふりがな) しゃかいいりょうほうじんざいだん はくじゅうじかい 社会医療法人財団 白十字会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒867-1195 長崎県佐世保市大和町15番地 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0956-33-7151 |
| | F A X 番号 | 0956-33-8557 |
| | ホームページアドレス | http://www.hakujujikai.or.jp/chuo/ |
| 代表者 | 氏名 | 碓 秀樹 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和26年9月10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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほ一む どリーむすていさんらいず 住宅型有料老人ホーム ドリームステイサンライズ | |
| 所在地 | 〒857-1165 長崎県佐世保市大和町30番地 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅、バス停 | J R 日宇駅 |
| | 最寄駅等からの所要時間 | ① J R 日宇駅から車でス利用の場合 ② 西肥バス大和町バス停から徒歩12分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0956-34-8881 |
| | F A X 番号 | 0956-34-8882 |
| | ホームページアドレス | |
| | メールアドレス | ds-nozomi@hakujujikai.or.jp |
| 管理者 | 氏名 | 江濱 豊美 |
| | 職名 | 所長 |
| 建物の竣工日 | 平成26年6月10日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成26年7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) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 | |
| | 指定した自治体名 | 県・市 |
| | 事業所の指定日 | 年 月 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|---------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 13943.90 m ² | |
| | 所有関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 8851.66 m ² |
| | | うち、有料老人ホーム部分 | 2201.86 m ² |
| | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 () | |
| | 所有関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 有/無 | 有/無 | 13.55~15.94 m ² | 20 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | 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 | 8ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 8ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 8ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 0ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 2ヶ所 | | |
| | 共用浴室における 介助浴槽 | 0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 () | 0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 | 協力医療機関が隣接している特性を活かし、経管栄養・透析などが必要な方にもご利用いただけます。 | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 医療機関との密接な連携により医療面の対応が充実している | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 | 2 委託 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療支援 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い <input checked="" 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 | 佐世保中央病院 |
| | | 住所 | 長崎県佐世保市大和町 15 番地 |
| | | 診療科目 | 内科/神経内科/小児科/外科/整形外科/脳神経外科/呼吸器外科/心臓血管外科/皮膚科/泌尿器科/眼科/耳鼻咽喉科/リウマチ科/放射線科/麻酔科/リハビリテーション科/循環器内科/消化器内科/消化器外科/糖尿病内科/内分泌内科/腎臓内科/人工透析内科/内視鏡内科/乳腺外科/大腸・肛門外科/胸部外科/病理診断科/臨床検査化/救急科/放射線治療科 |
| | | 協力内容 | 定期健診、救急時の受け入れ |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 鳥越歯科医院 | |
| | 住所 | 長崎県佐世保市大和町 15 番地 | |
| | 協力内容 | 緊急に治療を要する際の往診、処置 | |

(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"/> 1 あり | 2 なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| 留意事項 | いずれも 40 歳以上 | | |
| 契約の解除の内容 | ① 入居者が逝去した場合 | | |

| | | |
|----------------|--------------------------------------------|-------------------|
| | ② 入居者から契約解除が行なわれた場合 ③ 事業者から契約解除が行なわれた場合 | |
| 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 1～3 項 |
| | 解約予告期間 | 90 日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30 日 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容 1泊2日 3,500円) 2 なし | |
| 入居定員 | 20 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 | | | | |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | | | | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | | | | |
| 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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

]

(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 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (17時～翌9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 | 1人 | 1人 |

(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 | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数に応じた 職員の人数 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 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 <input type="checkbox"/> 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】 | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 | |
| | 4の場合 ※該当する方法を 全て選択 | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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 | <input type="checkbox"/> 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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【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4 | | |
| | 年齢 | 81歳 | | |
| 居室の状況 | 床面積 | 13.55㎡ | | |
| | 便所 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 浴室 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 台所 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 0円 | | |
| | 敷金 | 0円 | | |
| 月額費用の合計 | | 62,500円 | 77,500円 | |
| 家賃 | | 15,000円 | 30,000円 | |
| サー ビス 費用 | 特定施設入居者生活介護等の費用※1 | | 0円 | |
| | 介 護 保 険 外 ※2 | 食費 | 30,000円 | 30,000円 |
| | | 管理費 | 8,500円 | 8,500円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 6,000円 | 6,000円 |
| | その他 | 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 | 近辺の有料老人ホーム及び賃貸住宅等の家賃相当額を参照 |
| 敷金 | なし |
| 介護費用 | 算定なし |
| 管理費 | 共用施設等の維持管理費、事務費、介護職員以外の人件費、光熱水費、日常の健康維持管理費等 |
| 食費 | 委託費等を勘案 |
| 光熱水費 | 居室で使用する水道・電気の使用量等の公共料金 |
| 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 | 理美容、レクリエーション活動に係る費用等実費徴収 |

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 | 8人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 1人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 4人 |
| | 85歳以上 | 12人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援 1 | 0人 |
| | 要支援 2 | 0人 |
| | 要介護 1 | 3人 |
| | 要介護 2 | 5人 |
| | 要介護 3 | 4人 |
| | 要介護 4 | 4人 |
| 入居期間別 | 要介護 5 | 1人 |
| | 6ヶ月未満 | 18人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 0人 |
| | 1年以上 5年未満 | 0人 |
| | 5年以上 10年未満 | 0人 |
| | 10年以上 15年未満 | 0人 |
| 15年以上 | 0人 | |

(入居者の属性)

| | |
|-----------------------------------------------------|------|
| 平均年齢 | 85 歳 |
| 入居者数の合計 | 18 人 |
| 入居率※ | 90% |
| ※ 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 | 1 人 | 社会福祉施設 | 3 人 |
| | 医療機関 | 10 人 | 死亡者 | 2 人 |
| | その他 | 48 人 | | |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0 人 | | |
| | | (解約事由の例) | | |
| | 入居者側の申し出 | 62 人 | | |
| | | (解約事由の例) 他施設への入所、長期の入院 | | |

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 | | 住宅型有料老人ホーム ドリームステイサンライズ |
| 電話番号 | | 0956-34-8881 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:30 |
| | 土曜 | 8:30~17:30 |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 日曜日、祝祭日 |

(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 | 1 あり | (その内容) (株)損保ジャパンの『施設賠償総合保険』 |
| | 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) サービス提供上で事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に障害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、入居者に対して速やかに損害の賠償を行う。但し、入居者に過失がある場合は損害額を減じることがある。 |
| | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日 | 平成 27 年 5 月 15 日より |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | <input type="checkbox"/> 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 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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 |

