

重要事項説明書

記入年月日	2020 年 7 月 1 日
記入者名	出端 梢
所属・職名	管理者代行

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人 / 法人	
	※法人の場合、その種類	社会医療法人
名称	(ふりがな) しゃかいりりょうほうじん せいしゅうかい 社会医療法人 青洲会	
主たる事務所の所在地	〒811-2316 福岡県糟屋郡粕屋町長者原西4丁目11番8号	
連絡先	電話番号	092-938-0345
	FAX番号	092-938-0346
	ホームページアドレス	http://www.seisyukai.jp
代表者	氏名	中村 幹夫
	職名	理事長
設立年月日	昭和 59 年 5 月 16 日	
主な実施事業	※別添1（別の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) ゆうりょうろうじんほーむ さくら 有料老人ホーム さくら	
所在地	〒859-6204 長崎県佐世保市鹿町町下歌ヶ浦109-1	
主な利用交通手段	最寄駅、バス停	江迎・鹿町駅、歌ヶ浦
	最寄駅等からの所要時間	①バス利用の場合 ・歌ヶ浦バス停で下車、徒歩2分 ②自動車利用の場合 ・佐々ICから30分
連絡先	電話番号	0956-73-2005
	FAX番号	0956-73-2022
	ホームページアドレス	
	メールアドレス	
管理者	氏名	伊福 眞澄
	職名	医師（施設長）
建物の竣工日	平成 17 年 3 月 1 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 27 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	
	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	6,281 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	3431.42 m ²
		うち、有料老人ホーム部分	460.150 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
		1 鉄筋コンクリート造	
	構造	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 (H17年3月10日~H37年2月10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	13.54 m ²	7	一般居室個室
タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.29 m ²	5	一般居室個室
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.16 m ²	2	一般居室個室
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.06 m ²	1	一般居室個室
タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	1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	ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室	ヶ所	
			大浴場	1ヶ所	
	共用浴室における 介助浴槽	ヶ所	チェアー浴	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	<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	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) <input checked="" type="checkbox"/> 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	※介護老人保健施設併設
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし	※介護老人保健施設併設
その他					

4 サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	入居される方の心身の特性を踏まえて、その有する機能に応じ自立した日常生活を営むことが出来る様に、また、入居者様の社会的孤立感の解消と心身機能の維持並びにご家族様の身体的及び精神的負担の軽減を図るため専門的支援を提供します。
サービスの提供内容に関する特色	食事の提供や健康相談など対応し、また、入居者様の選択による介護保険外でのサービスの提供も可能です。
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	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	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	<input checked="" 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 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	社会医療法人青洲会 青洲会病院
		住所	長崎県平戸市田平町山内免 612-4
		診療科目	内科・外科・整形外科・胃腸科・放射線科・リハビリテーション科
		協力内容	入居者の方の受診、緊急時対応、健康診断
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	山部歯科	
	住所	長崎県佐世保市江迎町長坂 180-9	
	協力内容	入居者の方受診、往診	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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	65歳以上	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合。 ②入居者から契約解除が行なわれた場合。 ③事業主体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
	解約予告期間	2 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 2,000円 食事：朝382円昼505円夕505円) 2 なし
入居定員	15 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		
管理者代行	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	22	22		
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				
※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	15	15	
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			
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 (時～ 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		人	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

※ 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	医師							
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			6							
前年度1年間の退職者数			6							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満		3							
	1年以上 3年未満		4							
	3年以上 5年未満		4							
	5年以上 10年未満		6							
	10年以上		5							
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	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	1 減額なし <input checked="" 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【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			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	13.06 m ²	m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
	浴室	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	1 あり 2 なし	
	台所	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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		91,260円	円	
家賃		43,380円	円	
サービス費用	2 特定施設入居者生活介護等の費用※1		円	
	2 介護保険外※	食費	41,760円	円
		管理費	6,120円	円
		介護費用	(自費)円	円
		光熱水費	※管理費に含む円	円
		その他	(自費)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	近辺の有料老人ホーム及び、賃貸住宅の家賃相当額を参照
敷金	0円
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	リネン費、共用施設の維持管理費、事務費
食費	朝食 382 円 昼食 505 円 夕食 505 円の計 (1,392 円/日)
光熱水費	管理費に含む
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、医療費、レクリエーション等に関わる費用

(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	
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。	

(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	7人
	女性	8人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	2人
	85歳以上	9人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	4人

	要支援2	3人
	要介護1	5人
	要介護2	3人
	要介護3	0人
	要介護4	0人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	13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	83歳
入居者数の合計	15人
入居率※	100%
※ 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	人	死亡者	人
	その他	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	2人 (解約事由の例) 他施設の入所希望		

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	有料老人ホームさくら	
電話番号	0956-73-2005	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜・日曜祝日・お盆・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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 居宅介護賠償責任保険 (東京海上日動火災)
	<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) 居宅介護賠償責任保険 (東京海上日動火災)
	<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 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	
	<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 2 入居希望者に交付 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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：介護老人保健施設つつじの郷) 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 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 _____ 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。