

重要事項説明書

記入年月日	2020年 7月 1日
記入者名	富永浩哉
所属・職名	大塔ホーム・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	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん かじたいいん 医療法人 梶田医院	
主たる事務所の所在地	〒859-3236 長崎県佐世保市南風崎町133-2	
連絡先	電話番号	0956-59-2818
	FAX番号	0956-59-2832
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	梶田 悟
	職名	理事長
設立年月日	昭和 61年 9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) いりょうほうじん かじたいいん だいとうほうむ 医療法人 梶田医院 サービス付高齢者向け住宅 大塔ホーム		
所在地	〒859-3205 長崎県佐世保市田の浦町5番地41		
主な利用交通手段	最寄駅、バス停	大塔駅 勝磯バス停	
	最寄駅等からの所要時間	・JR大塔駅徒歩10分・勝磯バス停徒歩2分 ・西九州道自動車道 大塔インター 2分	
連絡先	電話番号	0956-39-9580	
	FAX番号	0956-39-9581	
	ホームページアドレス	http://daitohome.ec-net.jp/	
	メールアドレス	daitoh-home@bloom.ocn.jp	
管理者	氏名	富永浩哉	
	職名	施設長	
建物の竣工日		平成22年	12月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成22年	12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	3343.21 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	1,257.842 m ²
		うち、有料老人ホーム部分	1,067.172 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	20.646 m ²	10	一般居室個室
タイプ2	有/無	有/無	19.220 m ²	19	一般居室個室
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	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	2ヶ所				
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所				
			大浴場	ヶ所				
	共用浴室における介助浴槽	0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	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	自立支援に向けたサービスの提供
サービスの提供内容に関する特色	職員の24時間常駐
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"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人 梶田医院
		住所	佐世保市南風崎町 133-2
		診療科目	内科・消化器科
		協力内容	入居者に対する医学的処置の提供
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	あずま歯科医院	
	住所	佐世保市瀬戸越2丁目19-5	
	協力内容	入居者に対する医学的処置の提供	

(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	館内の移動・排泄・更衣・食事が自力で可能なこと	
契約の解除の内容	入居契約書11条12条13条に基づく	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書11条12条13条に基づく
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入居定員	30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		1.0
生活相談員	7		7	1.5
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		1	0.5
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			
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			

(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	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						1				
前年度1年間の退職者数						1				
経業 験務 年数に に従事 した に 応じた	1年未満									
	1年以上									
	3年未満					2				
	3年以上					3				

	5年未満									
	5年以上 10年未満					2				
	10年以上									
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	経済状況の変動により不相当となった場合
	手続き	運営懇談会にて説明

(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	自立	要介護1
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	19.22 m ²	19.22 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	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	0円
	敷金	87,000円	87,000円
月額費用の合計		114,005円	114,005円
サ	家賃	29,000円	29,000円
	特定施設入居者生活介護等の費用※1	0円	0円

介護保険外※2	食費	43,101 円	43,101 円
	管理費	26,190 円	26,190 円
	介護費用	0 円	0 円
	光熱水費	15,714 円	15,714 円
	その他	0 円	0 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	
敷金	家賃の 3ヶ月分
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	共用設備等の維持管理・事務管理等人件費
食費	調理人員人件費および水道光熱費、食材費、管理費
光熱水費	居室における水道光熱費
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	リネンレンタル 3,143/月 洗濯機利用料 1,571 円/月

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	6 人
	女性	24 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	9 人
	85 歳以上	19 人
要介護度別	自立	2 人
	要支援 1	5 人
	要支援 2	9 人
	要介護 1	10 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	1 人
	要介護 4	0 人
要介護 5	0 人	
入居期間別	6ヶ月未満	2 人
	6ヶ月以上 1年未満	6 人
	1年以上 5年未満	17 人

	5年以上 10年未満	5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	84.1歳
入居者数の合計	30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	0人	社会福祉施設	9人
	医療機関	2人	死亡者	0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)		0人
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 介護施設入居もしくは医療機関入院		11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	サービス付き高齢者向住宅大塔ホーム	
電話番号	0956-39-9580	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日	年末年始 (12/31~1/3)	

(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)
	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)
	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
	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 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 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 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 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 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】	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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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	なし
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。

重要事項について説明を受け。これに同意いたします。

署名： _____ 印 (続柄)