

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記名者名	外尾 理恵
所属・職名	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	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん ゆうきかい 社会福祉法人 由起会	
主たる事務所の所在地	〒857-0126 長崎県佐世保市上柚木町2515番地	
連絡先	電話番号	0956-46-0988
	FAX番号	0956-46-1664
	ホームページアドレス	http://www.cos-mos.jp
代表者	氏名	品川 一博
	職名	理事長
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 24年 4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) けあつきこうれいしゃじゅうたく かとれあ ケア付き高齢者住宅 カトレア	
所在地	〒857-0112 長崎県佐世保市柚木町2194番地1	
主な利用交通手段	最寄のバス停	柚木バス停(柚木行きバス)
	所要時間	柚木バス停より徒歩1分
連絡先	電話番号	0956-41-8555
	FAX番号	0956-41-8558
	ホームページアドレス	http://www.cos-mos.jp
	メールアドレス	catorea@tukumo.jp
管理者	氏名	外尾 理恵
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 24年 3月 20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 24年 4月 1日

(類型)

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	
	事業所の指定日	
	指定の変更日(直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積	3, 221 m ²				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業所自ら所有する土地				
		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, 714, 890 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1, 343, 481 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.2m ²	28	一般居室個室
タイプ2	有 / 無	有 / 無				

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	2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護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	1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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり(車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 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	快適で心身ともに充実し安定した生活を営み、ご家族が安心できるようサービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	入居者の心身の健康状態等を把握し、必要に応じて適切なサービスに繋げるように医療機関や介護保険事業所と連携します。
入浴、排泄、又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯の供与	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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 2 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	品川医院
		住所	長崎県佐世保市柚木町2188
		診療科目	内科、循環器科
		協力内容	緊急時対応の必要性が生じた場合の受入れ
	2	名称	
	住所		
	診療科目		
	協力内容		
協力歯科医療機関		名称	豊村洋歯科医院
		住所	佐世保市小舟町49-5
		協力内容	緊急時対応の必要性が生じた場合の受入れ

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他(他の個室へ)	
判断基準の内容	退院後など一時的に介護を行う必要がある場合。	
手続きの内容	医師の意見及び入居者本人、家族の意思を聴取する。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	入居者本人及び家族の承諾のもと、前の居室の利用権を新たな居室で継続する。	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との仕様変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者	自立している者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	介護保険で「要支援1」以上の認定を受けた方が利用できます。	
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われた場合。 ③ 事業主体から契約解除が行われた場合。 例)・月払いの利用料金を正当な理由なく滞納する場合。 ・禁止されている行為があった場合。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	賃貸借契約書 第9条
	解約予告期間	ヶ月

入居者からの解約予告期間	1 ヶ月
体験入居の内容	1 あり(内容:3,200円/日、食費(朝440円、昼580円、夕食620円)) 2 なし
入居定員	28 人

5. 職員体制

(職種別の職員数)※小規模多機能型居宅介護の職員数、()内は有料老人ホームの職員数

	職員数(実人数)			常勤換算人数
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1(1)	1(0)	0(1)	0.3(0.5)
生活相談員	0(1)	0(0)	0(1)	0(0.5)
直接処遇職員	18(2)	11(0)	7(2)	14.5(1)
介護職員	15(2)	9(0)	6(2)	11.5(1)
看護職員	3(0)	3(0)	0(0)	3(0)
機能訓練指導員	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
計画作成担当者	1(0)	1(0)	0(0)	0.3(0)
栄養士	委託			
調理員	委託			
事務員	1(0)	0(0)	1(0)	0.5(0)
その他の職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40 時間

(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(0)	0(0)
介護福祉士	9(0)	7(0)	2(0)
実務者研修の修了者	0(0)	0(0)	0(0)
初任者研修の修了者	5(1)	4(0)	1(2)
介護支援専門員	1(0)	1(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			
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜間帯の設定時間(17時 ~ 9時)		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	1(0)人	1(0)人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
			資格等の名称							
			<input checked="" type="checkbox"/> 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(0)	3(3)						
前年度1年間の退職者数		1(0)		1(1)						
応業務に 従事した 人数 経験年数に	1年未満	1(0)								
	1年以上 3年未満			4(3)						
	3年以上 5年未満			1(0)						
	5年以上 10年未満			1(0)	1(0)					
	10年以上	2(0)		7(0)	1(0)					1(0)
従業者の健康診断の実施状況					<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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"/> 月払い方式	
	4 選択方式	1 全額前払い 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"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	

入院等による不在時における 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 8日以上入院に限り、光熱水費、リネン代のみ日 割計算で減額
利用料金 の改定	条件	消費税物価指数及び人件費を勘定し、必要と考えられる場合。
	手続き	運営懇談会等で十分に説明を行うものとする。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		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1	
	年齢	80 歳	85 歳	
居室の状況	床面積	18.2 m ²	18.2 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
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		144,300 円	144,300 円	
家賃		33,000 円	33,000 円	
サー ビス 費用	介護 保険 外	食費	49,200 円	49,200 円
		共益費	28,000 円	28,000 円
		光熱水費	5,000 円	5,000 円
		生活支援サービス費	30,000 円	30,000 円
		その他		

(利用料金の算定根拠)

項 目	算定根拠
家賃	近辺の有料老人ホーム及び、賃貸住宅の家賃相場額を参照。
敷金	家賃の 0 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。
食費	朝食440円、昼食580円、夕食620円
光熱水費	5,000円/月
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	理美容代、電話代、その他個人的な支出費用

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	5 人
	女性	21 人
年齢	65歳未満	0 人
	65歳以上75歳未満	0 人
	75歳以上85歳未満	3 人
	85歳以上	23 人

要介護度別	自立	0 人
	要支援1	3 人
	要支援2	5 人
	要介護1	7 人
	要介護2	2 人
	要介護3	3 人
	要介護4	2 人
	要介護5	4 人
入居期間別	6ヶ月未満	2 人
	6ヶ月以上1年未満	3 人
	1年以上5年未満	15 人
	5年以上10年未満	6 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	89.1 歳
入居者数の合計	26 人
入居率※	92.8 %
※入居者数の合計を入居定員で除して得られた割合。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	2 人
	医療機関	2 人
	死亡者	2 人
	その他	0 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	7 人 (解約事由の例) ・体調不良による入院に伴う申し出。 ・自宅で看取りたいという申し出。

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)

窓口の名称	ケア付き高齢者住宅 カトレア	
電話番号	0956-41-8555	
対応している時間	平日	00時00分 ~ 24時00分
	土曜日	00時00分 ~ 24時00分
	日曜日・祝日	00時00分 ~ 24時00分
定休日	無し	

(サービス提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり (その内容) 東京海上日動火災保険「損害賠償責任保険」 に加入。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり (その内容) 東京海上日動火災保険「損害賠償責任保険」 に加入。
	2 なし
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし

(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)

利用者のアンケート調査、意見箱等利用者等の意見を把握する取組取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	開設時より意見箱を設置
		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(小規模多機能型居宅介護の外部評価)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	令和2年2月18日
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
2 なし			

9. 入居希望者への事前情報開示

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
管理規程	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 (小規模多機能型居宅介護分) 3 公開していない
事業収支計算書	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
財務諸表の要旨	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
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 (法人のホームページにて) 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 (小規模多機能型居宅介護の運営推進会議)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度)	年6回
	2 なし		
	1 代替措置あり	(内容)	
	2 代替措置なし		

