

## 重要事項説明書

記入年月日	年 月 日
記入者名	松原 祐樹
所属・職名	施設長

※ 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 / <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃめでいかるらいふさぼーと 株式会社メディカルライフサポート	
主たる事務所の所在地	〒858-0903 長崎県佐世保市上本山町975番地1	
連絡先	電話番号	0956-40-8487
	FAX番号	0956-40-8491
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	肥後美樹子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 19 年 3 月 28 日	
主な実施事業	小規模多機能型居宅介護	

## 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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく のどか サービス付き高齢者向け住宅のどか	
所在地	〒857-0145 長崎県佐世保市牧の地町1490-1	
主な利用交通手段	最寄駅、バス停	下小川内 バス停
	最寄駅等からの所要時間	最寄りバス停より、徒歩1分
連絡先	電話番号	0956-59-6180
	FAX番号	0956-40-5111
	ホームページアドレス	
	メールアドレス	nodoka@gaea.ocn.ne.jp



			( 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	18.34 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.40 m <sup>2</sup>	14	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	19.56 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「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	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	0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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・複合型高齢施設（サービス付き高齢者向け住宅と小規模多機能型居宅介護併設）として運営する。</li> <li>・入居者様が安心して日常生活を送ることができるようサービスを提供する。</li> </ul>		
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> <li>・賃貸住宅の自由度の中、併設する小規模多機能型居宅介護やその他介護保険サービス事業所との連携で24時間のケアを実施する。</li> </ul>		
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)		
	2 なし	: 1		

## (医療連携の内容)

医療支援		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 ( ) ※複数選択可	
協力医療機関	1	名称	愛健医院
		住所	長崎県佐世保市上本山町 1059
		診療科目	整形外科・内科・外科・リハビリテーション科
		協力内容	健康相談、定期検診、訪問診療
	2	名称	千住病院
		住所	長崎県佐世保市宮地町 5-5
		診療科目	内科・循環器科・消化器科・呼吸器科
		協力内容	休日・夜間緊急対応
協力歯科医療機関		名称	あずま歯科
		住所	長崎県佐世保市瀬戸越 2-19-5
		協力内容	訪問診療

## (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		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 ( ) ※複数選択可	
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	1 あり	② なし
	要支援の者	① あり	2 なし
	要介護の者	① あり	2 なし
留意事項	要介護認定を受けている者		

契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者が死亡した場合</li> <li>・入居者から契約解除が行われた場合</li> <li>・事業主体から契約介助が行われた場合 (利用料金を正当な理由なく3カ月滞納した場合など)</li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第10条
	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	1 あり (内容 ) 2 なし	
入居定員		18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 10	常勤	非常勤	
管理者	1		1	
生活相談員				
直接処遇職員		2	7	
介護職員		2	7	
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 6		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			

介護福祉士		1	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			

(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	0人	0人
介護職員	0人	0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											
前年度1年間の退職者数											
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				4						
	3年以上 5年未満				5						
	5年以上 10年未満										
	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 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	消費者物価指数及び人件費等を勘案し必要と考えられる時。
	手続き	運営懇談会の意見を聴取する。



(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	要支援2	要介護3	
	年齢	84歳	94歳	
居室の状況	床面積	19.56㎡	18.40㎡	
	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		121,400円	117,400円	
家賃		33,000円	29,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用※1	円	円	
	介護保険外※2	食費	45,900円	45,900円
		管理費	円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	24,000円	24,000円
		その他	18,500円	18,500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	近隣の同様に施設の家賃を参考にした。
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。 徴収していない。
管理費	共益費として（光熱費と建物維持管理費）算定
食費	朝食 350円 昼食 550円 夕食 600円
光熱水費	電気、水道、浄化槽、エレベーター等にかかる費用から算定
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 なし
その他のサービス利用料	なし

(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	6人
	女性	12人
年齢別	65歳未満	1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	14人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	2人
	要介護1	3人
	要介護2	7人
	要介護3	4人
	要介護4	1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	1人
	1年以上5年未満	13人
	5年以上10年未満	2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	87.9歳
入居者数の合計	18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	2人
	医療機関	1人	死亡者	1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	4人 (解約事由の例) ADLの低下等による社会福祉施設への入居等		

## 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け住宅のどか	
電話番号	0956-59-6180	
対応している時間	平日	8:00~17:00
	土曜	8:00~17:00
	日曜・祝日	8:00~17:00
定休日	なし	

(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 回
	② なし	
	① 代替措置あり	(内容) 併設の小規模多機能型居宅介護 の運営推進会議
	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: 特別養護老人ホームたけんの) 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	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      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	指導あり
不適合事項がある場合の内容	消防計画に沿った避難訓練の未実施。（改善済み）

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。