

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ 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絡)」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 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	特定非営利活動法人
名称	(ふりがな) とくていひえいりかつどうほうじん あゆむ 特定非営利活動法人 歩夢	
主たる事務所の所在地	〒849-0101 佐賀県三養基郡みやき町大字原古賀6309番地67	
連絡先	電話番号	0942-94-2071
	FAX番号	0942-94-2071
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	sakurazaka.run@fuga.ocn.ne.jp
代表者	氏名	古賀 富美子
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成・令和 18年 5月 1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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ さくらざか 住宅型有料老人ホーム さくら坂	
所在地	〒849-0101 佐賀県三養基郡みやき町大字原古賀6309番地67	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・西鉄バスで乗車5分、東佐賀病院前停留所 所で下車、徒歩15分 ②自動車利用の場合 ・乗車5分
連絡先	電話番号	0942-94-2071
	FAX番号	0942-94-2071
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	sakurazaka.run@fuga.ocn.ne.jp
管理者	氏名	古賀 富美子
	職名	理事長
建物の竣工日		昭和・平成・令和 29年 3月 19日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 29年 5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	平成・令和 年 月 日
	指定の更新日(直近)	平成・令和 年 月 日

3 建物概要

※「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	3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	0ヶ所	個室	1ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における介護浴室	1ヶ所	チェアー浴	1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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし	
入居者や家族が利用できる調理設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
エレベーター	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり（車椅子対応）	2	<input checked="" type="checkbox"/> あり（ストレッチャー対応）	
	3	<input checked="" type="checkbox"/> あり（上記1・2に該当しない）	4	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
消防用施設等	消火器	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	自動火災報知設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	火災通報設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	スプリンクラー	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	防火管理者	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	防災計画	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> 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	
サービスの提供内容に関する特色	
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		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 ()
協力医療機関	1	名称	医療法人 三樹会 みきクリニック	
		住所	三養基郡みやき町大字市武1331-9	
		診療科目	内科・外科	
		協力内容	健康相談・訪問診療・定期健診・救急時	
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力内容		
協力歯科医療機関	名称	スマイル歯科医院		
	住所	三養基郡みやき町大字原古賀7450-11		
	協力内容	診療・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 ※複数選択可	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 ()		
判断基準の内容	病的その他著しく介護を必要な時		
手続きの内容	入居者及び家族の同意書		
追加的費用の有無	1 あり	2 なし	
居室利用権の取扱い	契約の取直し		
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			
契約の解除の内容	入居契約書第28条及び29条参照		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第28条	
	解約予告期間	3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：一泊2,450円 ※居室に空きがある場合のみの対応) 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	常勤	
管理者	1	1	1（介護職兼務）
生活相談員	1	1	1（併設デイと兼務）
直接処遇職員			
介護職員	2		2
看護職員	3		3
機能訓練指導員			1
計画作成担当者			
栄養士			
調理員	4		4
事務員			
その他職員	2		2
1週間のうち、常勤の従事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	2	2
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	2	2
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		

	10年以上		3		1					
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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用権方式 2 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 3 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方法 【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 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <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 【管理費】	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 <input checked="" type="checkbox"/> 不在期間が30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	要介護3	要支援2
	年齢	80歳	75歳
居室の状況	床面積	9.93㎡	13.24㎡
	便所	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	浴室	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	台所	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		88,500円	88,500円
家賃		31,000円	31,000円
用サ ー ビ ス 費 ※保	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円
	2 除介 食費	37,500円	37,500円
	外護 管理費	20,000円	20,000円
	※保 介護費用	円	円

	光熱水費	円	円
	その他	円	円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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保険サービスに関わる介護費用は、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。）</p>			

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	31,000円
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金額は含まない。
管理費	共用設備の維持管理、光熱水費、事務費、人件費、雑費等
食費	1日当たり1,250円×30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	

(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

費用	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）		ヶ月
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月を超えた契約終了	
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（名称： _____ ）
--	-------------------

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	1人
	女性	15人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	2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	2人
	要介護2	3人
	要介護3	4人
	要介護4	4人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	12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	87歳
入居者数の合計	16人
入居率※	88%
※入居者数の合計を入居定員数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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	2人
	死亡者	3人
	その他	人

生前解約の状況	施設側の申し出		人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出		人
		(解約事由の例)	

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況)※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さくら坂（事務所内）
電話番号		0942-94-2071
対応している時間	平日	8時30分～17時30分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土・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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 三井住友海上（株） 福祉事業者総合賠償責任保険
	2	<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時の対応	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 上記保険により対応
	2	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
			結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
第三者による評価の実施状況	2	<input type="checkbox"/> なし		
	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
評価機関名称				
結果の開示			1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
2	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開
	2	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付
	3	<input type="checkbox"/> 公表していない
管理規程	1	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開
	2	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付
	3	<input type="checkbox"/> 公表していない
事業収支計画書	1	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開

	2 入居希望者に交付 3 公表していない
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 公表していない
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 公表していない

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)
	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29条第1項に 規定する届出	1	あり	2 なし 3 サービス付き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	1	2居室が9.93㎡にて、床面積が基準に満たない。	
「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 指導指針の不適合事項			
不適合事項がある場 合の内容			

添付書類：別添1 (別を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 令和 年 月 日

説明者署名_____

説明を受けた者署名_____

※契約を前提とした説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。