

重要事項説明書

記入年月日	令和元年7月1日
記入者名	下川 拓也
所属・職名	係長

※ 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/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) らいふさぼーとねお ライフサポートNEO	
主たる事務所の所在地	〒840-0811 佐賀県佐賀市大財1丁目8-40	
連絡先	電話番号	0952-60-1456
	FAX番号	0952-60-5510
	ホームページアドレス	http://lsneo.com/
	メールアドレス	t-shimokawa@lsneo.com
代表者	氏名	馬渡 定巳
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 15年 3月 7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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ はーもにーらいふき ぼういちばんかん 介護付有料老人ホーム ハーモニーライフきぼう壺番館	
所在地	〒842-0011 佐賀県神埼市神埼町竹字利田1042-1	
主な利用交通手段	最寄駅	神埼駅
	交通手段と所要時間	①徒歩の場合 ・徒歩 15 分 ②自動車利用の場合 ・乗車5分
連絡先	電話番号	0952-97-7430
	FAX番号	0952-53-7055
	ホームページアドレス	http://lsneo.com/
	メールアドレス	t-shimokawa@lsneo.com
管理者	氏名	下川 拓也
	職名	係長
建物の竣工日		昭和・平成 29 年 4 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 29 年 5 月 1 日

(類型) 【表示事項】

1 又は 2 に該当する 場合	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	
	介護保険事業者番号	4 1 7 2 0 0 0 2 3 6
指定した自治体名	佐賀県 (市)	
事業所の指定日	平成 29 年 5 月 1 日	
指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日	

3 建物概要

土地	敷地面積	1,960㎡				
	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			1,981.54㎡	
		うち、有料老人ホーム部分			1,188.90㎡	
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
		4 その他 ()				
構造	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	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】	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	14.75㎡	30	一般居室個室
タイプ2		有/無	有/無	㎡		
タイプ3		有/無	有/無	㎡		
タイプ4		有/無	有/無	㎡		
タイプ5		有/無	有/無	㎡		
タイプ6		有/無	有/無	㎡		
タイプ7		有/無	有/無	㎡		
タイプ8		有/無	有/無	㎡		
タイプ9		有/無	有/無	㎡		
タイプ10		有/無	有/無	㎡		

※「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	5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	3ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室	4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	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"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応）	<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応）	<input type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4 なし	
消防用施設等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	入居者様が快適で安心した自分らしい生活ができるように施設運営に努めてまいります。画一的でない個々のニーズを尊重したサービスの提供を目指します。そして必要な時に必要なサービスが常に提供できるよう体制を整えます。また、地域社会との交流の機会を積極的に持ち、地域に根差した施設運営を行ってまいります。			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 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) 3 : 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	橋本病院
		住所	佐賀県神埼市神埼町本堀牟田3005
		診療科目	外科、内科、胃腸科、整形外科、肛門科、呼吸器科、リハビリテーション科
		協力内容	健康診断、健康相談、受診、往診、治療その他
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	つかもと歯科	
	住所	佐賀県神埼郡吉野ヶ里町三津840-5	
	協力内容	歯科検診、健康相談、往診、受診、治療その他	

(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 type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	医師の指示及び、より適切な介護等を提供するために必要と判断する場合	
手続きの内容	書面 (居室変更届の提出)	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	契約の継続	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) 居室内クロスの様様 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	入居者の要介護認定区分が自立(非該当)と認定された場合、介護サービスは自費での負担となります。	
契約の解除の内容	入居契約書第29条及び第30条のとおり	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第29条のとおり
	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	<input type="checkbox"/> 1 あり (内容: 一泊5000円(食費込)) <input type="checkbox"/> 2 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 23人	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	12	3	9	8.3
看護職員	6	2	4	3.7
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				
調理員				
事務員	1		1	
その他職員				
1週間のうち、常勤の従事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		
	19	常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士		2	4
実務者研修の修了者		2	4
初任者研修の修了者		2	3
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		
	6名	常勤	非常勤
看護師又は准看護師		2	4
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			

	10年以上		1			1				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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方法 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	運営懇談会により利用者様にご了承を頂く。
	手続き	入居契約書及び重要事項説明書の取り交わしを行う

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1（通常料金）	プラン2（生活保護）	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要支援2	
	年齢	75歳	75歳	
居室の状況	床面積	14.75㎡	14.75㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 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		122,520円	77,500円	
用サ ー ビ ス 費	家賃	45,000円	29,000円	
	特定施設入居者生活介護※1の費用	16,020円	0円	
	2 除介 外護 ※保 介護費用	食費	40,500円	40,500円
	管理費	6,000円	3,000円	
	介護費用	15,000円	5,000円	

	光熱水費	※実費	※実費
	その他（任意選択による）	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。）			

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	建築費用により算定
敷金	なし
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	管理費は共用施設等の維持・管理費、事務管理部門の人件費及び事務費、介護保険によらないサービス提供のための人件費により算定
共益費	施設共用部分の光熱水費（居室内水道代含む）
食費	朝食350円、昼食600円、夕食400円 【特別食提供の場合は+実費/食】
光熱水費	実費 ※ご利用居室内の電気代
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	※電気使用量は実費

(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	介護報酬告示上の額の1割又は2割又は3割
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）	なし
※ 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	1 連帯保証を行う銀行等の名称

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) ・ 自宅近くの施設に空きが出来た為 ・ 医療に特化した施設に入居する必要が出来た為

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		ハーモニーライフきぼう壺番館 担当：施設長
電話番号		0952-97-7430
対応している時間	平日	9：00～17：30
	土曜	9：00～17：30
	日曜・祝日	9：00～17：30
定休日		なし
窓口の名称		佐賀中部広域連合
電話番号		0952-40-1111
対応している時間	平日	8：30～17：15
	土曜	休日
	日曜・祝日	休日
定休日		土・日・祝日
窓口の名称		佐賀県国民健康保険団体連合会介護保険課
電話番号		0952-26-1477
対応している時間	平日	8：30～17：00
	土曜	休日
	日曜・祝日	休日
定休日		土・日・祝日

(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 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 事業活動包括保険
	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時の対応	1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づいて、応急処置、119番通報により他医療機関への搬入を行うと共に、施設長からご家族への連絡を行います。また、賠償すべき事案に対しては上記保険より対応いたします。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 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
第三者による評価の実施状況	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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公表していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公表していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公表していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公表していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公表していない

10 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	
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の不適合事項	あり
不適合事項がある場合の内容	建物に根抵当権の設定あり

添付書類：別添 1（別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。