

重要事項説明書

	記入年月日	
記入者名	所属・職名	

1 事業所等を運営する法人等に関する事項

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	法人等の種類	なし <input checked="" type="radio"/> 株式会社
	名称	株式会社ニューライフ
事業主体の主たる	〒849-0917	
事務所の所在地	佐賀県佐賀市高木瀬町大字長瀬1910-1	
事業主体の連絡先	電話番号	0952-37-1097
	FAX番号	0952-37-1096
	ホームページアド	なし
	レス	あり : http://
事業主体の代表者の	氏名	北村 百合子
氏名及び職名	職名	
事業主体の設立年月日	平成25年4月24日	

事業主体が当該都道府県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	訪問介護かがやき	同一所在地
訪問入浴介護	なし	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	なし	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	なし	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	なし	<input type="checkbox"/>		
通所介護	なし	<input type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	なし	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	なし	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	なし	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	なし	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	なし	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	なし	<input type="checkbox"/>		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時訪問介護・看護	なし	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	なし	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	なし	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	なし	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	なし	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし	<input type="checkbox"/>		
複合型サービス	なし	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	なし	<input type="checkbox"/>		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	訪問介護かがやき	同一所在地
介護予防訪問入浴介護	なし	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	なし	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	なし	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	なし	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	なし	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	なし	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	なし	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	なし	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	なし	<input type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	なし	<input type="checkbox"/>		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	なし	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし	<input type="checkbox"/>		
介護予防支援	なし	<input type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	なし	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	なし	<input type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	なし	<input type="checkbox"/>		

2 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先	
施設の名称	有料老人ホームかがやき
施設の所在地	〒840-0001
	佐賀県佐賀市巨勢町大字修理田字一本黒木1208-5
施設の連絡先	電話番号 0952-37-5001
	FAX番号 0952-37-5001
	ホームページ なし
	アドレス あり : http://
施設の開設年月日	平成25年7月1日
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名
	職名
施設までの主な利用交通手段	
修理田バス停留所 徒歩1分	
施設の類型及び表示事項	類型：住宅型有料老人ホーム 権利形態：利用権方式 支払い方式：月払い方式 入居時の要件：入居時要支援・要介護 介護保険：在宅サービス利用可 居室区分：全室個室
介護保険事業所番号	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日）	
事業の開始（予定） H25年 7月 1日	
指定の年月日 H25年 7月 1	
指定の更新年月日	

3 従業者に関する事項

職種別の従業者の数、勤務形態						
有料老人ホーム又は軽費老人ホームの職員の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長						
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40H
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士						
実務者研修						
介護職員初任者研修						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復師						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均人数 (17:00時~9:00時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員						

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従業者						
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士						
実務者研修						
介護職員初任者研修						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復師						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無					なし	あり
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						

従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等

(報告計画の基準日の前月)		年		月		
区 分	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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						
	1年未満の者の人数					
	1年以上3年未満の者の人数					
	3年以上5年未満の者の人数					
	5年以上10年未満の者の人数					
	10年以上の者の人数					
		機能訓練指導員		計画作成担当者		
		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						
	1年未満の者の人数					
	1年以上3年未満の者の人数					
	3年以上5年未満の者の人数					
	5年以上10年未満の者の人数					
	10年以上の者の人数					
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

4 サービスの内容

施設の運営に関する方針		
<p>明るく家庭的な雰囲気の中、入居者様の思いや自分らしさを尊重しつつ、生活の質の向上を図り、地域社会に貢献することを目指します。</p>		
介護サービスの内容、利用定員等		
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	なし	
協力医療機関の名称	コールメディカルクリニック佐賀	
<p>（協力の内容）協力医として、入居者の身体的・精神的な健康を維持するための協力および病状の急変などの医療的処置が必要な際の指示・指導・治療等を行います。なお、病状や当院の都合により他の病院に転送の可能性も含まれます。</p>		
協力歯科医療機関	なし	あり
		その名称 大塚医院
<p>（協力の内容） 歯科治療 口腔ケア</p>		
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
一般居室		

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

その他 ()	なし	あり
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	なし	あり
要支援の者を対象	なし	あり
要介護の者を対象	なし	あり
留意事項		
契約の解除の内容	1. 入居者が死亡したとき 2. 事業者からの契約解除 (ア) 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき (イ) 家賃その他の費用の支払いを正当な理由なく、その滞納期間が2ヶ月を超え、催告をしたにもかかわらず支払の意思が示されないとき (ウ) 本契約第18条(禁止又は制限される行為)の規定に違反し	

	<p>たとき</p> <p>(エ) 入居者の行動が、他の入居者の生命及び生活に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき</p> <p>(オ) 入院または外泊が連続して2ヶ月を超えるとき、または予想されるときで、復帰の目途が立たないとき。但し、退去後入居者が復帰を希望する場合、事業者は他の施設への入所も含めてその実現に努めるものとする</p> <p>(カ) 介護保険の認定更新において、自立と認定されたとき</p> <p>3. 入居者からの契約解除</p> <p>入居者が契約を解除しようとする場合、30日以上予告期間をもって、事業者が定める契約解除届を事業者に届出するものとし、予告期間満了日をもって、本契約を解除されるものとします</p>
体験入居の内容	一泊三食付 3,000円
入居定員	9名
その他	

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

区 分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						

入居者の平均年齢 歳

入居者の男女別人数 男性 女性

入居率（一時的に不在となっている者を含む。）

前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退居した者の人数

退 去 先	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上
入居者数						

施設、設備等の状況						
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物		なし	あり		
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物		なし	あり		
	耐火又は準耐火建築物以外の建物であって、火災に係る利用者の安全性の確保対策		なし	あり		
居室の状況	区分		室数	人数	1の居室の床面積	
	一般居室個室	あり	なし	9	9	8.28~9.93m ²
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²
						m ²
						m ²
	介護居室個室	あり	なし			m ²
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²
						m ²
一時介護室	あり	なし			m ²	
共用便所の設置数	2	うち男女別の対応が可能な数		0		
		うち車椅子等の対応が可能な数		1		
個室の便所の設置数	0	個室における便所の設置割合		0%		
		うち車椅子等の対応が可能な数		0		
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		1				
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況						
入居者等が調理を行う設備状況				なし	あり	
その他、共用施設の設備状況						
なし あり (その内容) 玄関、サンデッキ、脱衣所など						
バリアフリーの対応状況						
(その内容)						
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	各居室内はあり		
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積			781.67m ²			
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
抵当権の設定		なし		あり		
貸借(借地)						
なし	あり	契約期間	始		終	
契約の自動更新				なし	あり	
施設の建物に関する事項						
建物の構造			木造			
建物の延床面積			208.68m ²			
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
抵当権の設定		なし		あり		
貸借(借家)						
なし	あり	契約期間	始	H25.7.1	終	H35.6.30
契約の自動更新				なし	あり	

利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対する窓口			
窓口の名称			
電話番号	0952-37-5001		
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	8:30~17:30	
	日曜・祝日	8:30~17:30	
定休日等			
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	佐賀市高齢福祉課		
電話番号	0952-24-3151		
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等			
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			
損害賠償保険の加入状況			
なし	あり	(その内容) 東京海上日動保険に加入しており、サービス提供上で事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した際には、不可抗力による場合を除き、賠償します。	
その他、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に関すること			
なし	あり	(その内容)	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)			
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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況			
なし	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

5 利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式	月払い方式		選択方式			
敷金	0円（家賃の ヶ月分）						
一時金方式							
一時金及び月単位で支払う利用料							
年齢に応じた金額設定		なし			あり		
要介護状態に応じた金額設定		なし			あり		
料金プラン							
プラン名称	一時金	月額	(内訳)				
		計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
算定根拠	家賃相当額						
	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						
	光熱水費						
	管理費						
	一時金						
一時金の償却に関する事項							
償却開始日の設定		入居日					
初期償却率（％）							
		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					
		権利金等（※）の額					
		（※）平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。					
償却年月数（想定居住期間）							

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例											
保全措置の実施状況		なし		あり		(保全先)					
三月以内の契約終了による返還金について											
三月の起算日		入居日									
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法											
一時金の支払い方法											
月払い方式											
月単位で支払う利用料											
年齢に応じた金額設定		なし		あり							
要介護状態に応じた金額設定		なし		あり							
料金プラン											
プラン名称		月額		(内訳)							
		計		家賃相当額		介護費用		食費		管理費	
		77,000		30,000		0		30,000		17,000	
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。											
算定根拠	家賃相当額	家賃									
	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206円、昼食309円、おやつ103円、夕食411円									
	管理費	光熱水費、各種サービスの提供、防犯防炎、広報・連絡など									
一時金方式・月払い方式共通											
介護保険サービスの自己負担額											

	内容	※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。	
	人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）	なし	あり
	内容		
	利用料	円	（ 月額 ・ 日額 ）
	算定根拠		
	支払い方法	月単位（日割りの有無 あり ・ なし）	
	利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料		
	個別的な選択による生活支援サービス	なし	あり
	算定根拠		
	料金改定の手続		
	入居契約書第24条により、運営懇談会に基づき意見を聴取した上で行う。 入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。		

6 その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	
	居室面積	

添付書類：「サービス等一覧表」

※ 様

説明年月日 令和 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。

説明を受けた者 署名 _____