

重要事項説明書

記入年月日	令和 2年 7月31日
記入者名	取締役
所属・職名	西村 博子

※ サービス付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	法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしやていー・えむしょうじ 有限会社ティー・エム商事	
主たる事務所の所在地	〒802-0042 北九州市小倉北区足立一丁目5番3号	
連絡先	電話番号	093-513-5556
	FAX番号	093-513-5567
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	代表取締役
	職名	田浦 法広
設立年月日	平成14年3月6日	
主な実施事業	※別紙1 (別を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) あまよりすむくえだ アマリリス椋枝	
所在地	〒807-1115 北九州市八幡西区椋枝二丁目12番7号	
主な利用交通手段	最寄駅	西鉄バス 千代小学校入口バス停
	交通手段と所要時間	西鉄バス 千代小学校入口バス停 下車 徒歩約8分
連絡先	電話番号	093-618-0111
	FAX番号	093-618-0112
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	田浦 哲也
	職名	管理者
建物の竣工日		平成29年8月9日
有料老人ホーム事業の開始日		平成29年9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 年 月 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	800.11㎡				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
所有関係	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	398.14㎡			
		うち、老人ホーム部分	178.81㎡			
	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	1 鉄筋コンクリート 2 鉄骨造 <input checked="" type="checkbox"/> 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			
所有関係	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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最小	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 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	8.55㎡	6	一般居室
	タイプ2	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	8.53㎡	12	一般居室
	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」「一次介護室」の別を記入。						

共用施設	共用便所における 便房	4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	1ヶ所
	共用浴室	0ヶ所	個室	ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	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	<input type="checkbox"/> 2 なし		
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 あり	<input type="checkbox"/> 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） <input checked="" type="checkbox"/> 4 なし			
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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	入居者様の意思及び人格を尊重し、常に入居者様の立場に立ったサービス提供に努めます。		
サービスの提供内容に関する特色	入居者様の自主性を重視し、必要最低限のサービス提供に努めます。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事に供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 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	もりぞの内科
		住所	北九州市八幡西区上上津役二丁目14番17号
		診療科目	一般内科、糖尿病・代謝内科、循環器科 他
		協力内容	別紙協定書のとおり
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	ながた歯科クリニック
		住所	北九州市八幡西区三ヶ森四丁目12番12号
		協力内容	別紙協定書のとおり

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ()	
判断基準の内容	入居者様の心身状況、要介護度、安全面を考慮し、居室を変更する場合があります。	
手続きの内容	入居契約書第13条に規定するとおり	
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	変更なし	
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の 変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 【表示事項】	自立している者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	「感染病を罹患されている方」「自傷・他傷のおそれのある方」等は、入居をお断りする場合があります。	
契約の解除の内容	入居契約書第28条及び第29条に規定するとおり	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 一泊3,000円(食事つき)) ※ただし、空室がある場合に限る 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	非常勤	
管理者	1.00人	1.00人		
生活相談員	0.00人			
直接処遇職員	0.00人			
介護職員	9.00人	9.00人		
看護職員	1.00人	1.00人		
機能訓練指導員	0.00人			
計画作成担当者	0.00人			
栄養士	0.00人			
調理員	0.00人			
事務員	0.00人			
その他職員	0.00人			
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		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0.00人		
介護福祉士	1.00人	1.00人	
実務者研修の修了者	0.00人		
初任者研修の修了者	0.00人		
ヘルパー2級	3.00人	3.00人	

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間（17時30分～8時30分）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	人	人
介護職員	1人	1人

(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						
			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				3							
前年度1年間の退職者数				3							
業務に 応じた 従事した 職員の 経験年数 の人数	1年未満			3							
	1年以上 3年未満			3							
	3年以上 5年未満	1		3							
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	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 checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額（1日につき 円減額） 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	入居契約書第26条に規定するとおり
	手続き	入居契約書第26条に規定するとおり

(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	1	1	
	年齢	65歳	65歳	
居室の状況	床面積	8.53㎡	8.55㎡	
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	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		円	円	
家賃		48,000円	48,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用 ※1	0円	0円	
	介護保険外※2	食費	0円	0円
		管理費	0円	0円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
	その他	0円	0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	月額48,000円
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	なし(家賃に含む)
食費	なし(家賃に含む)
光熱水費	なし(家賃に含む)
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	なし

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

※人数は単位の記入不要

性別	男性	5人
	女性	13人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	6人
	85歳以上	12人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	2人
	要介護2	4人
	要介護3	8人
	要介護4	3人
要介護5	要介護5	1人
	6ヶ月未満	3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	人
	10年以上15年未満	人
15年以上	人	

(入居者の属性)

※単位の記入不要

平均年齢	90.3歳
入居者数の合計	18人
入居率※	100.00%

※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)

※人数は単位の記入不要

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	5人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	1人 (解約事由の例) 誤嚥リスクがある為
	入居者側の申し出	4人 (解約事由の例) 特別養護老人ホームへの入所

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。

1	窓口の名称		アマリリス桜枝 苦情相談窓口
	電話番号		093-618-0111
	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		なし	
2	窓口の名称		
	電話番号		
	対応している時間	平日	
		土曜	
		日曜・祝日	
定休日			

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 別紙保険証券のとおり
	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 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 type="checkbox"/> 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	<input 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導指針「6. 規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	居室面積、廊下幅	
「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)	
	<input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)	
	<input type="checkbox"/> 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	なし	
不適合事項がある場合の内容		

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 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。

別添1 事業主体が北九州市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	
訪問入浴介護		なし	
訪問看護		なし	
訪問リハビリテーション		なし	
居宅療養管理指導		なし	
通所介護		なし	
通所リハビリテーション		なし	
短期入所生活介護		なし	
短期入所療養介護		なし	
特定施設入居者生活介護		なし	
福祉用具貸与		なし	
特定福祉用具販売		なし	
＜地域密着型サービス＞			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		なし	
夜間対応型訪問介護		なし	
認知症対応型通所介護		なし	
地域密着型通所介護	あり	アマリリスデイサービスセンター	北九州市八幡西区沖田四丁目15番11号
	あり	アマリリス介護サービス椋枝	北九州市八幡西区椋枝二丁目12番7号
小規模多機能型居宅介護		なし	
認知症対応型共同生活介護		なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし	
看護小規模多機能型居宅介護		なし	
居宅介護支援		なし	
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問介護		なし	
介護予防訪問入浴介護		なし	
介護予防訪問看護		なし	
介護予防訪問リハビリテーション		なし	
介護予防居宅療養管理指導		なし	
介護予防通所介護		なし	
介護予防通所リハビリテーション		なし	
介護予防短期入所生活介護		なし	
介護予防短期入所療養介護		なし	
介護予防特定施設入居者生活介護		なし	
介護予防福祉用具貸与		なし	
特定介護予防福祉用具販売		なし	
＜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	
介護予防地域密着型通所介護 (北九州市予防給付型通所サービス)	あり	アマリリスデイサービスセンター	北九州市八幡西区沖田四丁目15番11号
	あり	アマリリス介護サービス椋枝	北九州市八幡西区椋枝二丁目12番7号
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし	
介護予防支援			
＜介護保険施設＞			
介護老人福祉施設		なし	
介護老人保健施設		なし	
介護療養型医療施設		なし	

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無					なし	あり		
	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			備考		
			含有※2	都度※2	料金※3			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし					
おむつ代				あり		○		別表に記載
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり		あり		○	540円	
特浴介助	なし	あり	なし					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし					
機能訓練	なし	あり	なし					
通院介助	なし	あり		あり		○	3,240円	※付き添いができる範囲を明確化すること
生活サービス								
居室清掃	なし	あり		あり		○	324円	
ゴミ袋代及びゴミ回収	なし	あり		あり		○	324円	※ゴミ袋代を含みます
リネン交換	なし	あり		あり		○	540円	
日常の洗濯	なし	あり		あり		○	350円	※週3回を超えるもの（週2回は無料）
居室配膳・下膳	なし	あり		あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし					
おやつ			なし					
理美容師による理美容サービス			なし					
買い物代行	なし	あり		あり		○	1,000円	※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし					
物品管理	なし	あり		あり		○		
金銭・貯金管理				あり		○	1,080円	
健康管理サービス								
定期健康診断				あり		○		年1回程度（実費）
健康相談	なし	あり		あり	○			月1回程度
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし					
服薬支援	なし	あり	なし					
生活のリズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし					
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり		あり		○	3,240円	
入退院時の同行	なし	あり		あり		○	3,240円	※付き添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし					
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし					

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。