

様

慈恵病院 有料老人ホームむつみ

重要事項説明書

医療法人慈恵睦会

重要事項説明書

記入年月日	平成 30 年 3 月 19 日
記入者名	野見山 將代
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 type="radio"/> 法人 <input checked="" type="radio"/>	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんじけいむつみかい 医療法人慈恵陸会	
主たる事務所の所在地	〒807-1261 北九州市八幡西区木屋瀬 1-12-23	
連絡先	電話番号	093-618-2100
	FAX番号	093-618-6521
	ホームページアドレス	http://www.mutsumi.or.jp/
代表者	氏名	眞角 正
	職名	理事長
設立年月日	昭和 <input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 3 年 3 月 1 日	
主な実施事業	※別添 1 (別に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) じけいびょういんゆうりょうろうじん 慈恵病院 有料老人ホームむつみ	
所在地	〒807-1261 北九州市八幡西区木屋瀬 3-2-30	
主な利用交通手段	最寄駅	筑豊電鉄 新木屋瀬駅
	交通手段と所要時間	①筑豊電鉄利用の場合 新木屋瀬駅下車、徒歩10分 ②西鉄バスの場合 ・緑ヶ丘バス停、徒歩20分
連絡先	電話番号	093-619-5550
	FAX 番号	093-619-5530
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	野見山 將代
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和・平成30年 3月27日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成30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	令和 年 月 日
	指定の更新日(直近)	令和 年 月 日

3. 建物概要

上地	敷地面積	5, 557 m ²				
	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	(30年4月1日～60年3月31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	2, 414. 52 m ²			
		うち、老人ホーム部分	m ²			
	耐火構造	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				
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	(30年4月1日～60年3月31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	18.00 m ²	50	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			

※ 「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所	8ヶ所	うち男女別の対応が可能な便所	2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便所	6ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室	2ヶ所	
			大浴場	1ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	1ヶ所	
			その他（ ）	0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	エントランスホール、食堂、ラウンジ、健康管理室、応接室兼相談室、洗濯室、事務所、駐車場				

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"> 入居者様が安心して日常生活を送ることができるよう、サービスを提供いたします。 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。 入居者様が介護や医療を必要とする場合は、円滑に介護サービスや医療サービスを受けられるよう、介護事業所や医療機関と連携を図ります。
サービスの提供内容に関する特色	同一敷地内に訪問介護・訪問看護、通所介護があります。また同一敷地内に地域密着型サービスの定期巡回・随時対応型訪問介護看護（連携型）もあり、必要に応じて介護保険で利用できます。
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	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	
	医療機関連携加算	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	① 救急車の手配 ② 通院介助 (原則家族対応) ③ その他 (体調不良時などの連絡対応など)		
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	医療法人慈恵陸会 慈恵病院
		住所	北九州市八幡西区木屋瀬1丁目 12-23
		診療科目	内科・消化器内科・循環器科・放射線科・リハビリテーション科
		協力内容	訪問診療、緊急時の対応、健康相談、健康診断
	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	上野歯科医院	

	住所	北九州市八幡西区医生ケ丘
	協力内容	利用者の健康相談、受診、治療

(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(医療の必要度に応じ、部屋を入れ替わる場合あり。)		
判断基準の内容	常時介護が必要となった場合に、一般居室から介護居室への住み替えを求める場合があります。		
手続きの内容	1 ホームが指定する医師の意見を聴く ② 概ね3カ月間の観察期間を置く ③ 本人・身元引受人の同意を得る		
追加的費用の有無	1 あり ② なし		
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行		
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	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は事業者が解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合等。 入居申込書に虚偽記載がある場合。 正当な理由がなく、利用料金の遅滞が続いた場合。

	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:空室がある場合。1泊食事付(3,000円+税)) 2 なし	
入居定員		50人
その他	身元引受人が設定できない場合要相談	

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) 6			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員	4	4		
介護職員	3	3		
看護職員	1	1		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
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			
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	1	1	
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		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時30分～ 9時00分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	1人
介護職員	1人	1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 (記入日時点での利用者数 : 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に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)	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称	
	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	看護師							
		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		2		4							
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した職員の人数 に応じた経験年数に	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年以上	2		4							
従業者の健康診断(※年1回の実施)			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	
利用料金の支払方法 【表示事項】	1 金額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 金額前払い方式 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	
入院等による不在時における利用料金(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10日以上の場合に限り、管理費は日割り計算で減額。家賃の減額はなし。	
利用料金の改定	条件	・土地又は建物に対する租税その他の負担の軽減により資料が不相当となった場合。 ・土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により賃料が不相当となった場合。

	・近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合、
手続き	運営懇談会の意見を聴いて改定を行う。

(利用料金の口座振替先)

金融機関名	西日本シティ銀行 小嶺支店
口座番号	普通預金口座 0489510
口座名義	医療法人 慈恵陸会 真角 正

(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	要支援1	要介護3	
	年齢	65歳	70歳	
居室の状況	床面積	18.00㎡	18.00㎡	
	便所	①有 2無	①有 2無	
	浴室	1有 ②無	1有 ②無	
	台所	1有 ②無	1有 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		117,850円	105,850円	
家賃		40,000円	40,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1	円	円	
	介護保険外※2	食費	44,400円	44,400円
		管理費	30,000円	18,000円
		介護費用	円	円
		光熱費	3,450円	3,450円
		その他	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、本欄には記入しない）

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出 一律 40,000円。 入居初月のみ、2日以降入居日の場合は日割り計算。 1日1,333円 × 入居日数で計算。
敷金	なし
介護費用	なし
管理費	共用施設等の維持・管理費、事務管理給食部門の人件費及び事務費、

	<p>要支援者・要介護者以外の入居者に対する日常生活支援サービス等に係る人件費を勘案して算出。</p> <p>過去の統計を見ると要介護度の高い方より低い方のほうが施設職員の対応する時間が多く、介護保険サービス以外の施設内での見守り、生活相談や病院受診同行、買い物同行等の日常生活支援サービスの必要な入居者に応じて管理費を算出。</p> <p>要支援1 30,000円 要支援2 25,000円 要介護1、要介護2 23,000円 要介護3 18,000円 要介護4 15,000円 要介護5 10,000円</p>
食費	<p>食材費を勘案して算出。</p> <p>朝食 370円 昼食 530円 夕食 580円 1日3食 1,480円</p>
光熱費 (水道費含む)	<p>3,450円(税別) ※但し光熱費は状況により要相談。 入居初月、2日以降入居日の場合は日割り計算。 1日115円 × 入居日数で計算。</p>
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	<p>施設ベッド 必要者に貸与。 1,110円/月(税別)。37円/日(税別) 紙おむつ利用料 ※希望者のみ 3,187円(サラケア、パット 1袋30枚分代) 紙パンツ 4,014円(M~L 22枚) 3,649円(L~LL 20枚) ハイパー 5,474円(30枚) 紙おむつ持ち込みの場合のサービス料(おむつ交換等) 2,280円 黄タオル 346円(30枚単位) おむつカバー 6,204円(Sサイズ 34枚) 5,839円(Mサイズ 小 32枚) 5,474円(Mサイズ 30枚) 4,735円(L 小 L 各々26枚) マットレス 28円 × 利用日数 ラバーシーツ代 57円 × 利用枚数。 シーツ代 1か月 2,850円</p>

	(※内訳 かけ布団、肌布団、枕、ベッドパット、包布、シーツ、枕カバー)
その他のサービス利用料	他病院への受診同行費用。 1時間 2,500円
	一般市販薬代 発熱時、疼痛時 タイレノールA 86円/錠 解熱座薬 117円/錠 排便困難時 コーラック坐薬 106円/錠 突発の発熱時、また疼痛時や排便困難時に使用。 その他処置料 10,000円 ※ご家族の同意を得て、利用前に確認をとる。

(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	10人
	女性	34人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	10人
	85歳以上	28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	6人
	要介護2	12人
	要介護3	9人
	要介護4	15人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	39人
	1年以上5年未満	0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	86.5歳
入居者数の合計	44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	人
	死亡者	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		施設長 野見山 將代
	電話番号		093-619-5550
	対応して いる時間	平日	8時30分～17時
		土曜	8時30分～17時
日曜・祝日			
定休日			
2	窓口の名称		北九州市八幡西区役所 保健福祉課高齢者・障害者相談コーナー 介護保険課
	電話番号		(093) 642 1441
	対応して いる時間	平日	8時30分～17時15分
		土曜	
		日曜・祝日	
定休日		年末年始	

9. 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) あいおいニッセイ同和損害保険 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	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ときの対応	① あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	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

10. 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 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			

10. 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
管理規程	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

11. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1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「6. 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	
「7. 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。