

重要事項説明書

記入年月日	2023/7/18
記入者名	今池 貴代香
所属・職名	施設長

※ 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	個人 / <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ごうしがいしゃ むらさきがわ 合資会社 紫川	
主たる事務所の所在地	〒 803-0862	福岡県北九州市小倉北区今町1丁目1番41号
連絡先	電話番号	093-571-1616
	FAX番号	093-591-4123
	メールアドレス	goushigaisha.m1@outlook.jp
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	原 三奈實
	職名	代表社員
設立年月日	2005年8月12日	
主な実施事業	別添1	

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) ゆうりょうろうじんほ一む さとみ 有料老人ホーム さとみ	
所在地	〒 804-0052 福岡県北九州市戸畑区丸町2丁目12番3号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	JR戸畑駅より 徒歩15分 西鉄バス 沖台通りより 徒歩10分
連絡先	電話番号	093-881-6729
	FAX番号	093-881-6729
	メールアドレス	goushigaisha.m1@outlook.jp
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	今池 貴代香
	職名	施設長
建物の竣工日	2015年6月1日	
有料老人ホーム事業の開始日	2015年6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	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	地番144番の面積1010.04㎡の一部㎡				
	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				47.46㎡
		うち、老人ホーム部分				47.46㎡
	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				
		最小	1 人部屋			
	最大	2 人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	6.92㎡	1	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	8.06㎡	1	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	10.57㎡	1	一般居室相部屋
	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	1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	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0ヶ所
			その他（	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 （A）	① あり 2 なし		
	火災通報設備（B）	① あり 2 なし		
	A、Bの連動	① あり 3 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				

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	一人一人の個性と尊厳を尊重し、穏やかで心身共に充実した生活環境と安心・安全なサービスを提供し、入居者が心豊かに暮らせるように努める。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関との連携を強固にし、入居者の安全を守ります。
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、掃除等の家事に供与	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

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
	科学的介護推進体制加算	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
	看取り介護加算	1 あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 なし
	サービス提供体制強化加算	1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ 4 なし
	介護職員処遇改善加算	1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ 4 加算Ⅳ 5 加算Ⅴ 6 なし

	介護職員等特定処遇改善加算		1 加算Ⅰ	2 加算Ⅱ
			3 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 腎&レオ なおみ&ふじおクリニック
		住所	福岡県北九州市小倉北区金鶏町5-22
		診療科目	内科・小児科・心療内科・ペインクリニック内科
		協力科目	内科・心療内科・ペインクリニック内科
		協力内容	健康管理・健康相談・緊急時の対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	あまの歯科
		住所	福岡県北九州市戸畑区小芝3-1-15
		協力内容	月1回程度の訪問歯科診療

(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			
手続きの内容			
追加的費用の有無		1 あり	2 なし
居室利用権の取扱い			
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	原則、65歳以上の第2号被保険者で介護保険法における要支援、要介護1から要介護5までの認定を受けた方	
契約の解除の内容	<p>○以下のいずれかに該当する場合に、契約は終了するものとします。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者が死亡したとき 2. 入居者から契約解除に基づき解除をおこなったとき 3. 事業者から契約解除に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき <p>○入居者は以下に該当したときは30日以上前に規程様式の解約届を事業者へ提出し、契約を解除することができます</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者及び身元引受人が退去を希望する場合 2. 事業者が守秘義務に違反したとき 3. 事業者が故意又は過失により入居者の身体・財物・信用等を傷つけ又は著しい不信行為その他重大な事情が認められる場合 4. 他の入居者が入居者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合 <p>○事業者は以下に該当したときは90日の予告期間をもって契約を解除することができます</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 他の入居者の生活、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき 2. 利用料の支払いを2カ月以上滞納したとき 3. 入居時の提出書類で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 4. 入院、外出等で3カ月以上居室を利用できなくなったとき 5. その他、利用契約の条項に反したとき 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	上記の通り
	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	① あり (内容：1泊 5,000円・3食付き) 2 なし	
入居定員	4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人	1人		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	2人		2人	
看護職員				
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	1人		1人
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		
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		
はり師		
きゅう師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19時30分～9時)		
	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

(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以上

※公告、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						
			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											
前年度1年間の退職者数											
業務に 応じた 事 職した 員 の 経 験 人 数 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年未満				2						
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				○ 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	
	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 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	書面により入居者及びご家族に説明の上、同意を求める

(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	2		
	年齢	80歳	歳	
居室の状況	床面積	6.92㎡~8.06㎡	㎡	
	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	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		90000円	円	
サービス費用	家賃	30000円	円	
	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護の費用 ※1	0円	円
		食費	30000円	円
		管理費	30000円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	0円	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

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	施設の居室料に充当(居室の条件により月額が異なる)
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	共用施設の維持・管理運営に充当します。
食費	食材費・給食管理費に充当します。
光熱水費	なし
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	別紙2

(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

費目	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)	ヵ月
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:)