

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	西 和之
所属・職名	代表取締役

※ 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	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃあすなるふくしかい 株式会社あすなる福祉会	
主たる事務所の所在地	〒822-0001 福岡県直方市大字感田 2242 番地 8	
連絡先	電話番号	0949-28-9825
	FAX番号	0949-28-9826
	ホームページアドレス	http://asunaro-f.jp
代表者	氏名	西 和之
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 26 年 1 月 24 日	
主な実施事業	通所介護 居宅介護支援	

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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほ一むおだやか 住宅型有料老人ホーム穏やか	
所在地	〒807-1134 福岡県北九州市八幡西区茶屋の原 4 丁目 13-8	
主な利用交通手段	最寄駅	筑豊電鉄楠橋駅
	交通手段と所要時間	筑豊電鉄楠橋駅より徒歩 30 分
連絡先	電話番号	093-482-6383

	F A X 番号	093-482-6384
	ホームページアドレス	http://asunaro-f.jp
管理者	氏名	山田 賢二
	職名	施設長
建物の竣工日		令和2年10月31日
有料老人ホーム事業の開始日		令和2年12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	269.35 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（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	280.72 m ²
		うち、老人ホーム部分	280.72 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	1 全室個室				
	【表示事項】	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	9.93 m ²	6	個室
	タイプ2	有/無	有/無	9.93 m ²	7	個室
	タイプ3	有/無	有/無	11.59 m ²	1	個室
	タイプ4	有/無	有/無	8.86 m ²	1	個室
	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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便所	0ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便所	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	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 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 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	居室面積は、北九州市が定める面積基準を満たしていない。
-----	-----------------------------

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者様が個人主体で生活できる自由な観念の中、安心した生活が過ごせるよう、支援を行う。		
サービスの提供内容に関する特色	入居者様お一人お一人が安心して過ごせるように適切、丁寧な対応を行う。		
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	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	
	夜間看護体制加算	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	(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	
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	太田医院
		住所	福岡県直方市大字植木 1178-2

		診療科目	内科 外科 整形外科
		協力内容	健康相談 受診 治療その他全般
	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		
	住所		
	協力内容		

(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	住宅部分での夜間安否確認の実施	
契約の解除の内容	入居者が死亡した時 入居者又は事業者からの解約の申し出	
事業主体から解約を求める場 合	解約条項	入居者の言動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、かつ、施設におけ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場合等。
	解約予告期間	2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： 2 なし	
入居定員		15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	1		1
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	3	1	2	1.4
看護職員	2	0	2	0.3
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				40時間
※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			
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

	未満										
	3年以上5年未満										
	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】	<input checked="" type="radio"/> 1 利用権方式 <input type="radio"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="radio"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払方法 【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="radio"/> 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="radio"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 減額なし <input type="radio"/> 2 日割り計算で減額 <input type="radio"/> 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	消費者物価指数及び人件費等を勘定し費用を改定することがある
	手続き	入居者様、御家族等への意見を聴取したうえで改定する。

(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	要介護度 1	要介護度 3
		年齢	70 歳
居室の状況	床面積	9.93 m ²	11.59 m ²
	便所	1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無	<input checked="" type="radio"/> 1 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="radio"/> 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		85000 円	90000 円
	家賃	45000 円	50000 円
	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	31500 円	31500 円
		管理費	8500 円	8500 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	0 円	0 円
		その他	実費	実費
※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	建設費用、設備備品費、借入利息等を基礎として算出
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	共用部分の維持管理、修繕費。人件費、事務費 水道光熱費
食費	人件費、食材費、管理費等により算出
光熱水費	管理費に含む
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	日常生活費 電話代等の入居者様の嗜好による実費

(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	
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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	人
	85歳以上	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	5人
	要介護3	4人
	要介護4	1人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	5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)

平均年齢	81歳
入居者数の合計	13人
入居率※	86%
※ 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	2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		株式会社あすなる福祉会
	電話番号		0949-28-9825
	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		北九州市介護保険課
	電話番号		093-582-2771
	対応している時間	平日	8:30~17:30
		土曜	なし
		日曜・祝日	なし
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) 総合賠償保険
	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) 指針に沿い対応
	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
	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	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

10 その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 個別にてやり取りを行う。
	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	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	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	なし	
不適合事項がある場合 の内容		

添付書類 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)

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)

※ _____ 様

説明年月日 _____ 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。

説明を受けた者の署名
