

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	
所属・職名	

### 1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ しちせ 株式会社七施	
主たる事務所の所在地	〒808-0136 北九州市若松区花野路 1-2-5	
連絡先	電話番号	093-701-7730
	FAX 番号	093-742-7077
	メールアドレス	taishokan@friend.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http://taisho-kan.com/
代表者	氏名	岩崎 康隆
	職名	取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 10 年 4 月 2 日	
主な実施事業	グループホーム大正館	

### 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)	
大正館	たいしょうかん	
所在地	〒808-0136 北九州市若松区花野路 1-2-5	
主な利用交通手段	最寄駅	J R折尾駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・花野路一丁目バス停で下車徒歩 1 分 ②自動車利用の場合 ・北九州都市高速黒崎 IC から約 20 分
連絡先	電話番号	093-701-7730
	FAX 番号	093-742-7077
	メールアドレス	taishokan@friend.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http://www.taishokan.net
管理者	氏名	岩崎 康隆
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 17 年 5 月 1 日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 17 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	4070201068
	指定した自治体名	北九州 (市)
	事業所の指定日	平成 17年 5月 1日
	指定の更新日（直近）	令和 5年 5月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	628.85 m <sup>2</sup>	
	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 (2024年 1月 1日～2025年12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	734.40 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	734.40 m <sup>2</sup>
	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 (2024年 1月 1日～2025年12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	13 m <sup>2</sup>	24	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
※「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	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	7ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	7ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所			
		リフト浴	1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	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						

#### 4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	利用者様を増やすだけでなく、共に勤務するスタッフも増やしていく。利用者様の満足度を上げ、スタッフの待遇も上げていく。
サービスの提供内容に関する特色	重度要介護者の受け入れならびにご要望に応じてターミナルケアの提供。
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	各種加算	① あり 2 すべてなし
	介護職員処遇改善加算	加算Ⅱ
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	名称	ながた内科クリニック
	住所	北九州市若松区高須東 4-3-1
	診療科目	内科
	協力科目	内科
	協力内容	隔週一回の訪問診療及び健康診断
協力歯科医療機関	名称	和泉二島予防歯科クリニック
	住所	北九州市若松区二島 3 丁目 1-40
	協力内容	週一回の訪問歯科診療

(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		
契約の解除の内容	所在不明・死亡・転居・自立等	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第16条
	解約予告期間	0.5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: ¥4,500/日 ) 2 なし	
入居定員	24人	
その他		

## 5. 職員体制

(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		
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	18	6	12	9.5
介護職員	15	4	11	8.0
看護職員	3	1	2	1.4
機能訓練指導員	3	1	2	
計画作成担当者	1		1	
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	6	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2	1	1
介護支援専門員	1		1

(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	1	2	3
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 ( 16:30～翌 9:30 又は 17:00～翌 10:00)		
	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 ④ 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)	2.5 : 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									
		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			1	3						1	
前年度 1 年間の退職者数				2						1	
業務に従事した職員の内、経験年数に応じた職員の人数	1 年未満		1	3						1	
	1 年以上		2	2	5	1					
	3 年未満										
	3 年以上				3						
	5 年未満										
	5 年以上	1		1							
	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 2 建物賃借方式 3 終身建物賃借方式	
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	
	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 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	物諸価の高騰ならびに設備更新などにより多額の費用が乗じた場合
	手続き	改定予定日の一カ月定日前までに文書により説明し同意を得る

(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	共通		
	年齢	(全年齢共通) 歳	歳	
居室の状況	床面積	(全室共通) 13 m <sup>2</sup>		
	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	円	円	
	敷金	120,000 円	円	
月額費用の合計		88,000 円	円	
家賃		31,500 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1		円	
	介護保険外※2	食費	36,000 円	円
		管理費	円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	20,500 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	生活保護法による基準家賃単価を目安に算定
敷金	家賃の 概ね 4 ヶ月分
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	
食費	一日当たり¥1,200 円として算定
光熱水費	居室内及び共用部使用分として算定
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	

(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	介護負担金告示上の額
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。	

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	11 人
	女性	10 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	6 人
	75 歳以上 85 歳未満	7 人
	85 歳以上	7 人
介護度別	自立	0 人
	要支援 1	2 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	7 人
	要介護 2	7 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	1 人

入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	8人
	5年以上10年未満	5人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	77.5歳
入居者数の合計	23人
入居率※	95.8%
※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	2人
	医療機関	2人
	死亡者	3人
	その他	人
生前解約の 状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0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		大正館苦情相談窓口	
	電話番号		093-701-7730	
	対応している時間	平日	9時～17時(電話対応 24時間)	
		土曜	9時～17時(電話対応 24時間)	
		日曜・祝日	9時～17時(電話対応 24時間)	
定休日		なし		
2	窓口の名称		若松区役所高齢者・障害者相談コーナー	
	電話番号		093-761-5321	
	対応している時間	平日	8時30分～17時	
		土曜		
		日曜・祝日		
定休日		土、日、祝祭日、年末年始		

(設置者の責めに帰すべき事由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) 施設賠償責任保険
	2 なし	
設置者の責めに帰すべき事由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) 施設賠償責任保険
	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

(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	随時
		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 2 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 「5. 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		
「6. 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		

「大正館」の利用にあたり、利用者に対して本書面にに基づき、重要事項の説明を実施しました。

説明年月日 令和 年 月 日

株式会社七施 代表取締役 岩崎 康隆

施設名：大正館

住 所：北九州市若松区花野路 1-2-5

管理者：岩崎 康隆

説明者：\_\_\_\_\_

私は、本書面により、「大正館」から当施設の利用について、重要事項の説明を受けました。

【利用者】

【身元引受人】

住 所：\_\_\_\_\_

住 所：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_ 印

氏 名：\_\_\_\_\_ (続柄： ) 印

電話番号：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_