

重要事項説明書

記入年月日	令和 元年 7月 1日
記入者名	■■■■■
所属・職名	管理者

※ 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(法人)	
	※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 じょうせいかい	
	医療法人 常清会	
主たる事務所の所在地	〒890-0085	
連絡先	電話番号	099-251-2209
	FAX番号	099-250-1607
	ホームページアドレス	http://jyouseikai.jp/
代表者	氏名	川池 浩二
	職名	理事長
設立年月日	昭和 平成 39年 6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) おーずがーでんみなみこおりもと
	オーズガーデン南郡元

所在地	〒890-0069	
主な利用交通手段	最寄駅	南鹿児島 駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・鹿児島市営バスで南小学校前停留所で下車 徒歩1分 ②自動車利用の場合 ・鹿児島中央駅より乗車15分
連絡先	電話番号	099-203-0194
	FAX番号	099-214-3535
	ホームページアドレス	http://jyouseikai.jp/
管理者	氏名	■■■■■■■■■■
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和(平成) 28年 11月 8日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和(平成) 28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	
	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	425.51 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) (H28年12月1日~R8年11月30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	772.29m ²
		うち、老人ホーム部分	516.36m ²

	耐火構造	1 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 事業者が賃借する建物				
	抵当権の設定	1 あり	2 <input checked="" type="radio"/> なし			
	契約期間	1 <input checked="" type="radio"/> あり	(H28年12月1日~R8年11月30日)			
		2 なし				
	契約の自動更新	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	13.52㎡	14室	一般居室個室
	タイプ2	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	13.62㎡	3室	一般居室個室
	タイプ3	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	13.88㎡	4室	一般居室個室
	タイプ4	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	14.09㎡	1室	一般居室個室
	タイプ5	<input checked="" type="radio"/> 有/無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	14.76㎡	1室	一般居室個室
	タイプ6	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	15.08㎡	2室	一般居室個室
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」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	6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	2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	1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	○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	住み慣れた地域において、良質なサービスと家庭的な環境を構築し、「心に響く、温かいケア」をモットーにご利用者様の一人一人を大切にします。また利用者様やそのご家族様に満足していただけるサービスを提供し、ゆったりとした流れの中で支援させていただきます。		
サービスの提供内容に関する特色	介護保険事業所を併設していることで、行き届いたサービスが受けられます。		
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	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	
	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	
	退院・退所時連携加算	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)			
	2	なし	: 1			

(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	尾辻病院		
		住所	鹿児島市南新町1番29号		
		診療科目	精神科		
		協力内容	定期訪問診療、健康管理		
	2	名称	南鹿児島さくら病院		
		住所	鹿児島市南郡元町24-15		
		診療科目	内科、整形外科		
		協力内容	定期通院、異常時や必要時の受診		
協力歯科医療機関	名称	新上橋さくら歯科			
	住所	鹿児島市鷹師2丁目3-13			
	協力内容	定期訪問歯科診療			

(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	③(その他)(入居者様から空室への住み替えの希望が有る場合)	
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 ③(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 ③(なし)
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1	あり	2 ③(なし)
	便所の変更	1	あり	2 ③(なし)
	浴室の変更	1	あり	2 ③(なし)
	洗面所の変更	1	あり	2 ③(なし)
	台所の変更	1	あり	2 ③(なし)
	その他の変更	1	あり	(変更内容)
		2	③(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 ③(なし)
	要支援の者	1	③(あり)	2 なし
	要介護の者	1	③(あり)	2 なし
留意事項	① ご入居時において健康保険及び介護保険に加入されている方。 ② 当ホームの運営趣旨をご理解され、入居者としての品位を保つとともに、他の入居者との共同生活を円満に営むことができる方。 ③ 入居後の諸費用を安定してご負担できる方。 ④ 他の入居者に伝染する疾患のない方。 ⑤ 自傷他害の恐れのない方。			
契約の解除の内容	事業者の定める退去届を事業者に届け出るものとします。			
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書に記載		
	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	③(あり)	(内容：1日4,500円)	※空室が有る場合のみ
	2	なし		
入居定員	25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		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	6	6		
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	3	1	2	
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	3	3	
実務者研修の修了者	1	1	
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

(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)	

※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	
	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	介護支援専門員								
	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							
前年度1年間の退職者数			2							
に業務に就いた従事者の経験年数	1年未満		1							
	1年以上									
	3年未満		2							
	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							

前年度1年間の																				
退職者数																				
に業務に 応じた 従事した 職員の 人数 の 経験 年数	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																			
	10年以上																			
従業員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 <u>利用権方式</u>		
	2 建物賃貸借方式		
	3 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式 【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 <u>月払い方式</u>		
	4 選択方式	1 全額前払い方式	
	※該当する方式を全て選択	2 一部前払い・一部月払い方式	
		3 <u>月払い方式</u>	
年齢に応じた金額設定	1 あり	2 <u>なし</u>	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	2 <u>なし</u>	
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15日以上の場合に限り、半月割り計算で減額		
利用料金の改定	条件	管理規定に記載	
	手続き	管理規定に記載	

(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	1
	年齢	90歳	89歳
居室の状況	床面積	13.52㎡	14.76㎡

	便所	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 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		143,000円	153,000円
	家賃	60,000円	70,000円
	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円
	介護保険外※2	食費	33,000円
		管理共益費	50,000円
		介護費用	円
		光熱費	0円
		その他	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)

費目	算定根拠
家賃	Aタイプ 60,000円 Bタイプ 61,000円 Cタイプ 62,000円 Dタイプ 70,000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。
管理共益費	50,000円
食費	33,000円/30日
光熱水費	管理共益費に含む
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等	理美容代・紙おむつ代等

(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)		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	7人
	女性	18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	8人
	85歳以上	13人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	5人
	要介護2	8人
	要介護3	3人
	要介護4	5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	2人
	1年以上5年未満	22人

	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	1年以上5年未満	人

(入居者の属性)

平均年齢	86 歳
入居者数の合計	25 人
入居率	100%
※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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	2人
	その他	0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	1人
	(解約事由の例) 緩和ケア病棟への入院となったため	

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。

窓口の名称	オーズガーデン南郡元	
電話番号	099-203-0194	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	
定休日	なし	

損害賠償責任保険の加入状況	1 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) サービス提供上で事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力を除き賠償する。
	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 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 当事業所の過失により起こった事故と判断された場合には速やかに賠償の手続きをする。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> あり	実施日		
		結果の開示	1 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="radio"/> あり	(開催頻度) 年 1~2 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	2階 208号内のトイレと3階車イストイレの扉にアコーディオンカーテンを使用
「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	2階 208号内のトイレと3階車イストイレの扉にアコーディオンカーテンを使用
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。