

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃあかねかい 有限会社 茜会	
主たる事業所の所在地	〒892-0831 鹿児島市船津町3-11	
連絡先	電話番号	099-248-7029
	FAX番号	099-248-7032
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	外園 実
	職名	代表取締役
設立年月日	平成14年5月31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. 老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) それいゆふなつ それいゆ船津	
所在地	〒892-0831 鹿児島市船津町3-11	
主な交通手段	最寄駅	市電 天文館通電停
	交通手段と所要時間	徒歩5分
連絡先	電話番号	099-248-7029
	FAX番号	099-248-7032
管理者	氏名	XXXXXXXXXX
	職名	施設長
建物の竣工日		平成22年5月31日
老人ホーム事業の開始日		平成22年8月1日

(類型)【表示事項】

1 介護付（一般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	市	
	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	169.92㎡	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃貸する土地	
		抵当権の有無	
		契約期間	
	契約の自動更新		
建物	延床面積	全体	772.29㎡
		うち、老人ホーム部分	508.52㎡
	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 事業者が賃貸する建物		
	抵当権の設定		
	契約期間		
	契約の自動更新		

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	人部屋			
	最大	人部屋				
		トイレ (有無)	浴室 (有無)	面積	戸数・ 室数	区分※
	タイプ1	無	無	11.6m ²	4	一般個室
	タイプ2	無	無	11.7m ²	4	一般個室
	タイプ3	無	無	11.8m ²	4	一般個室
	タイプ4	無	無	12.5m ²	4	一般個室
	タイプ5	無	無	10.0m ²	3	一般個室
タイプ6	無	無	12.8m ²	3	一般個室	

※「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」「一時介護室」の別を記入

共用施設	共用便所における 便房	8ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車いす等の対応が可能な便房	4ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽		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 (車いす対応) 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	
	自動火災通報装置	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				

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		22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名	1名		
生活相談員	1名	1名		
直接処遇職員	8名	2名	6名	
介護職員	6名	1名	5名	
看護職員	2名	1名	1名	
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べ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	2名	2名	
介護福祉士			
実務研修の終了者			
初任者研修の終了者	1名		1名
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		
	2名	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	2名	1名	1名
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
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)

夜勤対の設定時間 (16:30~翌9:30)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1名	1名

(職員の状況)

管理者	他の業務との兼務		① あり		2 なし						
			① あり								
			資格等の名称		社会福祉主事						
		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											
応じた業務に従事した経験年数に	1年未満										
	1年以上					2					
	3年未満										
	3年以上		1	2	3	1			1		
	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 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 あり ② なし	
利用料金 の改定	条件	
	手続き	

(利用料金)

費目	金額
家賃相当分	30,000円/月
敷金	なし
介護費用	なし
管理費	22,680円/月（税込）
食費	1,080円/日（税込）
光熱水費	10,800円/月（税込）
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	寝具リース 86円/日 ※季節による寝具入替やシーツの洗濯等家族で行う場 合は不要

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	6人
	女性	16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	11人
	85歳以上	5人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	1人
	要介護1	2人
	要介護2	5人
	要介護3	3人
	要介護4	5人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	11人
	5年以上10年未満	1人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(前年度における退去者の状況)

退居先別の 人数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	2人
	死亡者	2人
	その他	3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)

窓口の名称		それいゆ船津
電話番号		099-248-7029
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
窓口の名称		鹿児島市・市役所 介護保険課
電話番号		099-216-1277 099-216-1242
対応している 時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
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) 事業活動総合保険
	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) 事故発生時は速やかに連絡し対応する。
	2 なし	
事故対応及びその予防の為の指針	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)

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り組みの状況	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	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

※ _____ 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。

重要事項の説明を受けました。

入居者氏名 _____

代理人氏名 _____

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>		
訪問介護	あり	なし
訪問入浴介護	あり	なし
訪問看護	あり	なし
訪問リハビリテーション	あり	なし
居宅療養管理指導	あり	なし
通所介護	あり	なし
通所リハビリテーション	あり	なし
短期入所生活介護	あり	なし
短期入所療養介護	あり	なし
特定施設入居者生活介護	あり	なし
福祉用具貸与	あり	なし
特定福祉用具販売	あり	なし
<地域密着型サービス>		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし
夜間対応型訪問介護	あり	なし
認知症対応型通所介護	あり	なし
小規模多機能型居宅介護	あり	なし
認知症対応型共同生活介護	あり	なし
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし
地域密着型通所介護	あり	なし
居宅介護支援	あり	なし
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし
介護予防訪問看護	あり	なし
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし
介護予防短期入所生活介護	あり	なし
介護予防短期入所療養介護	あり	なし
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし
介護予防福祉用具貸与	あり	なし
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし
<地域密着型介護予防サービス>		
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし
介護予防支援	あり	なし
<介護保険施設>		
介護老人福祉施設	あり	なし
介護老人保健施設	あり	なし
介護療養型医療施設	あり	なし

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

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 （個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担） で実施するサービス （利用者一部負担※1）	特定施設入居者生活介護費用 （利用者一部負担※1）	個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）	包含※2	都度※2	料金※3	備考
介護サービス						
食事介助	あり	なし				
排泄介助・おむつ交換	あり	なし				
おむつ代						
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし				
特浴介助	あり	なし				
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし				
機能訓練	あり	なし				
通院介助	あり	なし				
生活サービス						
居室清掃	あり	なし				
リネン交換	あり	なし				
日常の洗濯	あり	なし				
居室配膳・下膳	あり	なし				
入居者の嗜好に応じた特別な食事						
おやつ						
理美容師による理美容サービス						
買い物代行	あり	なし				
役所手続き代行	あり	なし				
金銭・貯金管理						
健康管理サービス						
定期健康診断						
健康相談	あり	なし				
生活指導・栄養指導	あり	なし				
服薬支援	あり	なし				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし				
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし				
入退院時の同行	あり	なし				
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし				
入院中の見舞い訪問	あり	なし				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）
 ※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に依りて、いずれかの欄に○を記入する。
 ※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。