

# 重要事項説明書

有料老人ホーム みんなの家

		記入年月日	平成 24 年 5 月 1 日
記入者名	亀井 順	所属・職名	代表取締役

### 1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事業所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ せいかつさぼーとせんたーみんなのいえ 有限会社 生活サポートセンターみんなの家	
事業主体の主たる 事業所の所在地	〒876 - 0823	大分県佐伯市女島 6827-1 6827-4	
事業主体の連絡先	電話番号	0972 - 28 - 7271	
	FAX 番号	0972 - 23 - 3923	
	ホームページ アドレス	<input type="checkbox"/> なし	
		あり : http://	
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏 名	亀井 順	
	職 名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成 14 年 4 月 1 日		

## 2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ みんなのいえ 住宅型有料老人ホーム みんなの家	
施設の所在地	〒876 - 0854 大分県佐伯市常盤西町 2 - 21	
施設の連絡先	電話番号	0972 - 28 - 7585
	FAX 番号	0972 - 24 - 0551
	ホームページ アドレス	<input type="checkbox"/> なし
		<input checked="" type="checkbox"/> あり:http://
施設の開設年月日		平成 20 年 6 月 1 日
施設の管理者の氏名 及び職名	氏 名	梅田 健太郎
	職 名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
施設の類型及び表示事項	住宅型有料老人ホーム	
介護保険事業者番号		
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日）		
事業の開始（予定） 年月日		
指定の年月日		
指定の更新年月日		

事業主体が当該都道府県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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
	訪問介護	あり	なし	(有)生活サポートセンターみんなの家	佐伯市常盤西町1-20
	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		
	居宅療養兼管理指導	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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>					
	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居者生活介護	あり	なし		
	居宅介護支援	あり	なし		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
	介護予防訪問介護	あり	なし		
	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		
	介護予防居宅療養兼管理指導	あり	なし		
	介護予防通所介護	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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>					
	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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
	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		

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他の従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						
※ 常勤換算人数とは、当該事業者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。						
従業者である介護職員が有している資格						
	延べ人数	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
	介護福祉士					
	社会福祉士					
	介護職員基礎研修					
	訪問介護員1級					
	訪問介護員2級					
	訪問介護員3級					
	介護支援専門員					
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
	延べ人数	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
	理学療法士					
	作業療法士					
	言語聴覚士					
	看護師及び准看護師					
	柔道整復士					
	あん摩マッサージ指圧師					
管理者の他の職務との兼務の有無						なし
	管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称		
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						

### 3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長		1			1	0.5
生活相談員						
看護職員	1	1			2	1.5
介護職員	7		6		13	12.0
機能訓練指導員（看護職員と兼務）						
計画作成担当者（サ責）	2				2	1.0
栄養士						
調理員	2		1			
事務員		2			2	1.0
その他の従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						44
※ 常勤換算人数とは、当該事業者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。						
従業者である介護職員が有する資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
介護福祉士	3	1				
社会福祉士						
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
訪問介護員2級	4			3		
訪問介護員3級						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員 の人数	最少時の人数(宿直の従業者を除いた人数)				1	
	平均時の人数				2	

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活指導員	
	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						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数		1	1	3		
1年以上3年未満の者の人数			3	1		
3年以上5年未満の者の人数	1		2			
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
	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
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

#### 4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
<p>有料老人ホーム みんなの家 <span style="border: 1px solid black;">基本理念</span></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ご利用されている皆様一人ひとりの意思を尊重し、それぞれが望む暮らしを安心しておくれるように支援します。</li> </ul> <p><span style="border: 1px solid black;">基本方針</span></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 利用者の方主体の支援をします。</li> <li>2) 質の高いサービスを提供します。</li> <li>3) 地域の方にも信頼されるみんなの家づくりを目指します。</li> <li>4) 職員の人材育成に努めます。</li> </ol>			
介護サービスの内容、利用定員等			
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	<span style="border: 1px solid black;">なし</span>	あり	
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無			
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無			
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙		
協力医療機関の名称	東内科医院		
(協力の内容) 1) 入居者の緊急時の医学的治療を必要とする場合、迅速に受診もしくは入院等の処置を行う。 2) 緊急時等に対する体制を確保する。			
協力歯科医療機関	なし	<span style="border: 1px solid black;">あり</span>	その名称 麻生歯科医院
(協力内容) 歯科全般（添付書類あり）			
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時における介護を行う場所			
各居室にて			



入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
台所の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無 (その内容)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
台所の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無 (その内容)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

その他		なし	あり
判断基準・手続について (その内容)			
追加費用の有無		なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)			
入所一時金償却の調整の有無		なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無		なし	あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		なし	あり
浴室の変更の有無		なし	あり
洗面所の変更の有無		なし	あり
台所の有無		なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)		なし	あり
施設の入居に関する要件			
自立している者を対象		なし	あり
要支援の者を対象		なし	あり
要介護の者を対象		なし	あり
留意事項	要介護認定者		
契約の解除の内容	(事業者からの契約解除) ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居したとき。 ・月額 of 居室使用料その他の支払を正当な理由なくしばしば滞納したとき。 ・第 18 条 (禁止又は制限される行為) の規定に違反したとき。 ・入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ、入居者に対する通常の介護方法では、これを防止することができないとき。 (入居者からの契約解除) ・30 日前に解約の申し入れを行ったとき。		
体験入居の内容	あり。1泊2日 6,000 円		
入居定員	19 名		
その他	特になし		

施設、設備等の状況									
建築の構造	建築基準法第2条9号2に規定する耐火建築物				なし	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	建築基準法第2条9号2に規定する準耐火建築物				なし	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
居室の状況	区分			室数	人数	1つの居室の床面積			
	一般居室個室	あり	<input type="checkbox"/>			m <sup>2</sup>			
	一般居室相部屋	あり	<input type="checkbox"/>			m <sup>2</sup>			
	介護居室個室	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	17		13.1 m <sup>2</sup>			
	介護居室相部屋 (夫婦部屋)	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	1		18.34 m <sup>2</sup>			
	一時介護室	あり	<input type="checkbox"/>			m <sup>2</sup>			
						m <sup>2</sup>			
共用便所の設置数	2	うち男女別の対応が可能な数			2				
		うち車椅子等の対応が可能な数			2				
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合			0%					
	うち車椅子等の対応が可能な数			0					
浴室の設置状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴				
		1	0	1	0				
その他、浴室の設備に関する事項 シャワーチェアあり									
食堂の設備状況									
入居者が調理を行う設備状況					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり		
その他、共用施設の設備状況									
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 食堂兼機能訓練室・健康管理室・洗濯室							
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 全館内バリアフリー									
緊急通報装置の設置状況		なし	<input checked="" type="checkbox"/>	各居室内にあり					
外線電話回線の設置状況		<input type="checkbox"/>	あり	各居室内にあり					
テレビ回線の設置状況		なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/>					
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積				818.71 m <sup>2</sup>					
事業者を運営する法人が所有			<input type="checkbox"/>	あり					
抵当権の設定			なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
賃借 (借地)									
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	契約期間	始	H20, 6	終				
契約の自動変更					なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
施設の建物に関する事項									
建物の延床面積				540.72 m <sup>2</sup>					
事業所を運営する法人が所有			<input type="checkbox"/>	一部あり	あり				
抵当権の設定			なし	<input checked="" type="checkbox"/>					
賃借 (借家)									
	<input checked="" type="checkbox"/>	契約期間	始	H20, 6	終				
契約の自動更新					なし	<input checked="" type="checkbox"/>			

入居者の状況							
入居者の人数（平成 24 年 4 月末日現在）							
		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
	65 歳未満	人	人	人	人	1 人	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	人	人	人	2 人	1 人	3 人
	75 歳以上 85 歳未満	人	1 人	2 人	2 人	2 人	7 人
	85 歳以上	人	2 人	人	2 人	3 人	7 人
		自立	要支援 1	要支援 2	経過的要介護		合計
	65 歳未満	人	人	人	人	人	人
	65 歳以上 75 歳未満	人	人	人	人	人	人
	75 歳以上 85 歳未満	人	人	人	人	人	人
	85 歳以上	人	人	人	人	人	人
	入居者の平均年齢						80.3 歳
	入居者の男女別人数	男性	9 人		女性	9 人	
	入居率（一時的に不在となっている者を含む）						100%
前年度の有料老人ホームを退去した者の人数							
		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
	自宅等	人	人	人	人	人	人
	社会福祉施設	人	人	人	1 人	人	1 人
	医療機関	人	1 人	人	1 人	1 人	3 人
	死亡者	人	人	人	人	人	人
	その他	人	人	人	人	人	人
		自立	要支援 1	要支援 2	経過的要介護		合計
	自宅等						
	社会福祉施設						
	医療機関						
	死亡者						
	その他						
入居者の入居期間							
	入居期間	6 ヶ月未満	6 ヶ月以上 1 年未満	1 年以上 5 年未満	5 年以上 10 年未満	10 年以上 15 年未満	15 年以上
	入居者数	1 人	4 人	13 人	人	人	人

## 5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合				なし	あり
一時金に関する費用					
①入居に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの）				なし	あり
名称		最低の額	最高の額	最多価格帯	
人入居の場合					
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
人入居の場合		円	円	円	戸
一時金の償却に関する事項					
償却開始		入居した月		なし	あり
		上記以外		(その内容)	
初期償却率 (%)					
償却年月数					
解約時返還金算定方法					
保全措置の実施状況		なし	あり	(その内容)	
②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス)				なし	あり
〔「あり」の場合、その内容及び利用料〕					
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠					
				なし	あり
名称					
一時金の償却に関する事項					
償却開始		入居した月		なし	あり
		サービス提供を開始した月		なし	あり
		上記以外		(その内容)	
初期償却率 (%)					
償却年月数					
解約時返還金算定方法					
保全措置の実施状況		なし	あり	(その内容)	

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居した月	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	サービス提供を開始した月	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金算定方法			
保全処置の実施状況			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
解約時返還金算定方法			
保全措置の実施状況			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(「あり」の場合、その内容)	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況				
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口				
	窓口の名称	住宅型有料老人ホームみんなの家		
	電話番号	0972 - 28 - 7585		
	対応している時間	平日	} 24 時間	
		土曜		
		日曜・祝日		
	定休日等	特になし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等				
	窓口の名称	生活サポートセンターみんなの家		
	電話番号	0972 - 23 - 3922		
	対応している時間	平日	} 24 時間	
		土曜		
		日曜・祝日		
	定休日等			
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の状況				
	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 天災等の不可抗力による場合を除き、速やかに損害賠償を行います (ただし、入居者による重大な過失がある場合を除く)	
その他の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に関する事				
	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 富田保険	
サービスの提供内容に関する特色等				
(その内容) ○健康相談○機能訓練○食事の提供○生活相談・助言○生活サービス ○リクリエーション○緊急時の対応と連絡○昼間、夜間の巡回				
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				
	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施した年月日	実施予定
			当該結果の開示状況	なし    あり
第三者による評価の実施状況				
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	実施した年月日	
			実施した評価機関の名称	
			当該結果の開示状況	なし    あり

介護保険給付以外のサービスに要する費用			
月額の場合の利用料の額			
管理費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	10,000 円
(「あり」の場合、その用途) 電気代 (4,000 円)、ガス代 (4,000 円)、水道代 (2,000 円)。平成 24 年 6 月より洗濯代 (3,000 円) 含めた 13,000 円に変更予定。			
食費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	30,000 円
(「あり」の場合、その用途) 1 日 (3 食) 1,000 円 30 日計算 朝 200 円 昼 400 円 夜 400 円			
光熱水費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	管理費に含む
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス		<input type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的積算根拠		<input type="checkbox"/> なし	あり
個別的な選択による介護サービス		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 入居契約書第 27 条			
家賃相当額	個室～40,000 円 相部屋 (夫婦部屋) 1 人当たり～30,000 円		
その他に必要な月額利用料		<input type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料		<input type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ \_\_\_\_\_

説明年月日 平成 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。