

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	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃほしがおかかいごさーびすふきのとう 有限会社 星ヶ丘介護サービスふきのとう	
主たる事務所の所在地	〒807-1264	
連絡先	電話番号	093-617-5541
	FAX番号	093-617-0313
	メールアドレス	sumirechan @me.com
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	有川道子
	職名	代表取締役
設立年月日	2003年 12月 18日	
主な実施事業	別添1	

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) しえあはうすばんびちゃん シェアハウスバンビちゃん	
所在地	〒807-1264 北九州市八幡西区星ヶ丘1-18-11	
主な利用交通手段	最寄駅	(1) 黒崎駅 (2) 直方駅

	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 (1) 星ヶ丘団地行き 乗車 40 分 西鉄バス「星ヶ丘 1 丁目」停留所で下車、徒歩 3 分 (2) 直方イオン行き イオン降車徒歩 15 分 ②自動車利用の場合 北九州都市高速金剛出入口・九州自動車道八幡インターより 乗車 3 分
連絡先	電話番号	0 9 3 - 6 1 7 - 0 6 3 3
	F A X 番号	0 9 3 - 6 1 7 - 0 3 1 3
	メールアドレス	sumirechan@me.com
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	有川道子
	職名	施設長
建物の竣工日		1 9 9 4 年 5 月 3 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		2 0 0 9 年 4 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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	3 3 8 . 4 6 m ²	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 1 9 . 3 8 m ²
		うち、老人ホーム部分	9 9 . 3 1 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造		

		4 その他 ()				
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物					
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
	契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最少	2 人部屋			
		最大	3 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.25 m ²	1	一般居室相部屋
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.53 m ²	1	一般居室相部屋
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	23.19 m ²	1	一般居室相部屋
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	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	1ヶ所	チェアー浴	1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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 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） <input checked="" type="checkbox"/> 4 なし
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	自動火災報知設備（A）	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	火災通報設備（B）	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	A, Bの連動	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
その他	5月と11月に防災訓練実施	

4 サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	1. 家族的で穏やかな雰囲気 2. 尊厳が守れる暮らし 3. 安全・安心な暮らし
サービスの提供内容に関する特色	入居者様個々に応じた食事の提供と排泄方法の工夫 日常生活リハビリを取り入れ身体機能の維持に心掛けている 看取りケアを実施している
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

（医療連携の内容）

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他（ ）		
協力医療機関	1	名称	小野外科胃腸科医院
		住所	直方市感田 1875
		診療科目	外科・胃腸科
		協力科目	内科・外科
		協力内容	健康管理
	2	名称	末廣医院
		住所	北九州市八幡西区香月中央 3-2-15
		診療科目	内科

		協力科目	内科・外科
		協力内容	健康管理
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
	協力内容		
協力歯科医療機関	名称	はなだ歯科医院	
	住所	北九州市八幡西区星ヶ丘6-1-42	
	協力内容	定期的な口腔相談	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	個室でない入居者様が24時間医療処置や介護が必要となったとき。	
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との仕 様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	1. 入居者が死亡した場合 2. 入居者から契約解除がなされたとき場合 3. 事業者から契約解除をなした場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第19条
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 3,000円/日 食事・おやつ含む) 2 なし	
入居定員		9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	1.00 人	1	1.00 人	
生活相談員	1.00 人		1.00 人	
直接処遇職員	4.00 人			
介護職員	4.00 人		4.00 人	
看護職員	0.00 人			
機能訓練指導員	0.00 人			
計画作成担当者	0.00 人			
栄養士	1.00 人		1.00 人	
調理員	4.00 人		4.00 人	
事務員	1.00 人		1.00 人	
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 4.00 人		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	1.00 人		1.00 人
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	3.00 人		3.00 人
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 0.00 人		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			

5年以上10年未満				2						
10年以上				2						
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	
	手続き	

(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1	要介護5	
	年齢	78歳	103歳	
居室の状況	床面積	13.25㎡	13.53㎡	
	便所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
	浴室	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
	台所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
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		円	円	
家賃		9,500円	9,500円	
サービス	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	37,500円	37,500円
		管理費	10,000円	10,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	3,000円	3,000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	
敷金	家賃の 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	朝食 300 円 昼食 400 円 夕食 550 円 おやつ含む
光熱水費	
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	居室にテレビを設置した場合は、「NHK受信料窓口」にて入居者もしくはご家族様が受信契約の手続きが必要

（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	9 人

年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	2人
	85歳以上	6人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	1人
	要介護2	人
	要介護3	5人
	要介護4	1人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	4人
	5年以上10年未満	1人
	10年以上15年未満	2人
	15年以上	2人

(入居者の属性)

平均年齢	86歳
入居者数の合計	9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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	1人
	死亡者	人
	その他	1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		有限会社星ヶ丘介護サービスふきのとう
	電話番号		093-617-5541
	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		
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	8:30～17:15
		土曜	対応していない
		日曜・祝日	対応していない
定休日			

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(あいおいニッセイ同和損保)
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(あいおいニッセイ同和損保)
	<input type="checkbox"/> 2	なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	2022.6.30
			結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2	なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	2022.6.30
			評価機関名称	自治会
			結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(開催頻度) 年	1回
-------	---------------------------------------	----	----------	----

	2 なし				
	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 代替措置なし</td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)	2 代替措置なし	
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「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					
「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					
不適合事項がある場合 の内容	廊下幅及び居室面積が規定要件を満たしていない				

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
