

重要事項説明書

記入年月日	平成27年9月1日
記入者名	高橋貴子
所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

種類	個人／法人 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 さつきけあさーびす 有限会社さつきケアサービス	
主たる事務所の所在地	〒361-0011 埼玉県行田市荒木 2131-3	
連絡先	電話番号	048-550-7633
	FAX番号	048-557-6366
	ホームページアドレス	http://www.satsukihome.jp
代表者	氏名	高橋貴子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 15年 3月 15日	
主な実施事業	※別添1 (別々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) さつきホーム	
所在地	〒361-0011 埼玉県行田市荒木 2131-3	
主な利用交通手段	最寄駅	秩父鉄道 武州荒木駅
	交通手段と所要時間	徒歩 10分
連絡先	電話番号	048-550-7633

	FAX番号	048-557-6363
	ホームページアドレス	http://www.satsukihome.co.jp
管理者	氏名	高橋貴子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和 平成 16年 9月 7日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和 平成 16年 10月 18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	1173700376	
	指定した自治体名	埼玉県	
	事業所の指定日	特定施設	平成 16年 10月 18日
		介護予防特定施設	平成 19年 4月 1日
指定の更新日 (直近)	特定施設	平成 22年 10月 18日	
	介護予防特定施設	平成 25年 4月 1日	

3. 建物概要

土地	敷地面積	1636.63 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 (平成 16年 10月 18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	1113.12 m ²
		うち、老人ホーム部分	1113.12 m ²
	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 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	① あり 2 なし				
	契約期間	① あり (平成 16 年 10 月 18 日～ 年 月 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	13.5 m ²	6	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	13.2 m ²	26	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/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		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	8ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	2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	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	1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	非常食・災害時用備品あり	

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	要支援 1, 2・要介護 1～5の方が入居され、出来る限りご自分の家にいるようなライフスタイルで楽しく過ごしていただけるよう努める。 入居者の方の身体状況や性格に合わせて入浴、排泄、食事などの介護やその他の日常生活のお世話をを行う。
サービスの提供内容に関する特色	自社運営による、32床のみの家庭的な温かみのある介護の提供
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	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
	医療機関連携加算	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) : 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	1	名称	池畑クリニック
		住所	埼玉県行田市宮本 16-1
		診療科目	内科
		協力内容	月 2 回の往診、随時電話対応
	2	名称	川島胃腸科
		住所	埼玉県行田市佐間 1-18-39
		診療科目	胃腸科・循環器科・消化器科
		協力内容	優先予約
協力歯科医療機関		名称	医療法人団体ブライトデンタルケア 羽生リボンシティ歯科
		住所	埼玉県羽生市川崎 2-281-3
		協力内容	週 1 回の訪問治療

(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	契約書内にて記載	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第 5 章 契約の終了 第 28 条の 1, 2, 3
	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 あり (内容: 1 日 2 千円。原則として 1 泊~2 泊)	

	2 なし	
入居定員		32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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	15	11	4	14
介護職員	13	10	3	12.1
看護職員	2	2		2
機能訓練指導員	1			0.4
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1	1		1
調理員	8	1	7	5.4
事務員				
その他職員	2		2	1.6
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※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	7	4	3
実務者研修の修了者	7	4	3
初任者研修の修了者	12	9	3

介護支援専門員	3	1	2
---------	---	---	---

(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	1
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 (17 時～9 時)		
	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	2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)	1.9 : 1

(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		2						

前年度1年間の 退職者数			1	1							
応じた業務に従事した経験年数に した職員の人数	1年未満										
	1年以上 3年未満			1							
	3年以上 5年未満			2							
	5年以上 10年未満			2	1				1		
	10年以上	2	1	5	2	1			1		
	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) 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		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	13.5 m ²	m ²

	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	300 万円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		135,600 円	円	
家賃		40,000 円	円	
サービス費用	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	36,900 円	円
		管理費	57,750 円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	1,100 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、本欄には記入していない）				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	全室個室の介護居室
管理費	事務・管理部門の人件費・事務用品費・消耗品、共有部分の光熱費等。 一日当たり 1,925 円にて利用日数にて清算。
食費	1 か月 3 食提供した場合 36,900 円。一食 410 円にて実食数のみ清算。
光熱水費	使用料に関わらず毎月一定金額とする。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2

(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	介護居室、共有部分の利用の為の家賃相当額に充当されるもの。
想定居住期間（償却年月数）	60 ヶ月
償却の開始日	入居日を含む
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）	60 万円

初期償却率	20%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	初期償却は無とし、入居日から部屋の明け渡し日までを1日2,000円計算にて日数分を償却分とする。未償却分は無利子にて返還。	
	入居後3月を超えた契約終了	
	$\text{返還金} = (\text{入居一時金} - \text{初期償却分}) \times \frac{(\text{想定居住期間} - \text{入居期間})}{\text{想定居住期間}}$ <p style="text-align: center;">*契約終了日が属する月はその月を日割り計算とする。</p>	
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：埼玉りそな銀行・群馬銀行での定期預金）

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	9人
	女性	20人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	24人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	0人
	要介護1	6人
	要介護2	6人
	要介護3	8人
	要介護4	5人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	15人
	5年以上10年未満	4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	86.7歳
入居者数の合計	29人
入居率※	90%
※ 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	2人
	医療機関	8人
	死亡者	4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	2人
		(解約事由の例) 特別養護施設への移動

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		さつきホーム
電話番号		048-550-7633
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		無し
窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	

定休日	土・日・祝日	
窓口の名称	行田市役所 介護保険課	
電話番号	048-556-1111	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	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) 介護施設損害賠償保険に加入。サービスの提供上で事故が発生し、入居者の生命・身体に損害が生じた場合、不可抗力による場合を除き賠償する。
	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 あり	(その内容) 事故発生時の迅速な対応、原因究明、再発防止策を講じる。
	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	常時
		結果の開示	1 あり 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 回
	② なし	
	① 代替措置あり	(内容) 施設内イベント時の公表 イベント時のご家族様と地域の老人会・自治会の方々のご参加
	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	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)	

性	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	無し
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添1（別の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 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。

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		
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		
<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表

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	特定施設入居者生活介護（利用者生活サービス） （利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス （利用者一部負担※1）		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	特定施設入居者生活介護（利用者一部負担※1）	個別の利用料で、実施するサービス（利用者一部負担※1）	包含※2	都度※2				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代	なし	あり	なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	¥1,000	施設・病院間の送迎と受診同行
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
衣類交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり				
おやつ	なし	あり	なし	あり				
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断	なし	あり	なし	あり				
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	¥1,000	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	¥1,000	入院準備・病院送迎・同行
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				通常業務内で可能な買物
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※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比べて、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。