

重要事項説明書

記入年月日	2021年 7月 1日
記入者名	岩崎 久美子
所属・職名	施設長

1. 設置者概要

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 こうせいかい 医療法人 厚生会		
主たる事務所の所在地	〒852-8255	長崎県長崎市虹が丘町1-1	
連絡先	電話番号	095-856-1111	
	FAX番号	095-856-4755	
	ホームページアドレス	http://www.michinoo.or.jp	
代表者	氏名	松本 純隆	
	職名	理事長	
設立年月日	昭和 35年 12月 1日		
主な実施事業	医療業 ※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

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 ほのか 住宅型有料老人ホーム ほの香		
所在地	〒852-8255	長崎県長崎市虹が丘町1-1	
主な利用交通手段	最寄駅	道ノ尾駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	道ノ尾駅から虹が丘方面へ車で5分 長崎バス・西町経由虹が丘行き (2番系統) で、工業高校前 または虹が丘中央下車徒歩3分	
連絡先	電話番号	095-801-3330	
	FAX番号	095-801-3332	
	ホームページアドレス	https://honoka-n.com/	
	メールアドレス		
管理者	氏名	岩崎 久美子	
	職名	施設長	
建物の竣工日	令和 2年 3月 31日		
有料老人ホーム事業の開始日	令和 2年 4月 13日		
※同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日	年 月 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の指定を受けている場合）	
2	介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）	
<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	
	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	1,296 m ²		
	所有関係	1 設置者が自ら全てを所有する土地		
		2 設置者が自ら一部を所有・一部を賃借する土地		
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 設置者が賃借する土地		
		※1又は2に該当する場合		
		抵当権の有無	有 / 無	
※2又は3に該当する場合				
契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> (令和3年4月1日～令和4年3月31日) / 無			
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> / 無			
建物	規 模	4階建 1棟		
		延床面積	全体	1,385.18 m ²
			うち、有料老人ホーム部分	1,195.99 m ²
	構 造	1 鉄筋コンクリート造		
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造		
		3 木造		
		4 その他 ()		
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物		
		2 準耐火建築物		
		3 その他 ()		
所有関係	1 設置者が自ら所有する建物			
	2 設置者が賃借する建物			
	※1に該当する場合			
	抵当権の有無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	※2に該当する場合			
	契約期間	有 (年 月 日～ 年 月 日) / 無		
契約の自動更新	有 / 無			

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室 2 相部屋あり					※2に該当する場合	
		最小	人部屋			最大	人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※	
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	18.01～ 19.26 m ²	25	一般居室個室	
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	18.29～ 20.90 m ²	2	一般居室個室	
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	18.26～ 19.85 m ²	4	一般居室個室	
	タイプ4	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ5	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	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」「一時介護室」のいずれかを記入。								
共用施設	共用便所における便房	1 か所	うち男女別の対応が可能な便房			か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房			1 か所		
	共用浴室	5 か所	個室			5 か所		
			大浴場			か所		
	共用浴室に設置された介助浴槽	1 か所	チェアー浴			か所		
			リフト浴			か所		
			ストレッチャー浴			1 か所		
その他 ()			か所					
食堂					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無			
入居者や家族が利用できる調理設備					有 / <input type="checkbox"/> 無			
エレベーター	※複数選択可							
	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					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	自動火災報知設備					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	火災通報設備					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	スプリンクラー					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	防火管理者					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
	防災計画					<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		
その他	ロビー、談話コーナー							

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営の方針	
サービスの提供内容に関する特色	
入浴、排せつ又は食事の介護	<ol style="list-style-type: none"> ① サービスの提供あり（設置者が実施） ② サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
食事の提供	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり（設置者が実施） ② サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<ol style="list-style-type: none"> ① サービスの提供あり（設置者が実施） ② サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
健康管理の供与	<ol style="list-style-type: none"> ① サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	<ol style="list-style-type: none"> ① サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
生活相談サービス	<ol style="list-style-type: none"> ① サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし

(介護サービスの内容)

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	有 / 無	
	夜間看護体制加算	有 / 無	
	医療機関連携加算	有 / 無	
	看取り介護加算	有 / 無	
	認知症専門ケア加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	有 / 無
		(I) ロ	有 / 無
(II)		有 / 無	
	(III)	有 / 無	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	有 / 無		
	※有の場合、介護・看護職員の配置率	: 1	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い (原則御家族様対応) <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人厚生会道ノ尾病院
		住所	長崎市虹が丘町1番1号
		診療科目	精神科・心療内科・内科・皮膚科・歯科
		協力内容	入院・外来診療
	2	名称	医療法人厚生会虹が丘病院
		住所	長崎市虹が丘町1番1号
		診療科目	内科・外科・整形外科
		協力内容	入院・外来診療
協力歯科医療機関	名称	医療法人厚生会 歯科室	
	住所	長崎市虹が丘町1番1号	
	協力内容	歯科治療全般	

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (空室にて対応)	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		有 / 無	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	有 / 無	
	便所の変更	有 / 無	
	浴室の変更	有 / 無	
	洗面所の変更	有 / 無	
	台所の変更	有 / 無	
	その他の変更	有 / 無	
		※ 有の場合、	変更内容

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	1 自立している者 2 要支援の者 3 要介護の者 (原則)		
留意事項			
契約の解除の内容	入居契約書第 24 条、第 25 条、第 26 条のとおり		
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 25 条第 1 項、第 2 項、第 5 項、第 6 項、第 7 項、第 8 項のとおり	
	解約予告期間	90日	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居	有 / 無		
	※ 有の場合、内容	3,500 円/1 泊 3 食付 (3 日を限度)	
入居定員	31 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※
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1		1	0.5
直接処遇職員	6		6	3.3
うち介護職員	4		4	1.7
うち看護職員	2		2	1.6
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				40 時間
※ 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。				

(介護職員が有している資格の総数)

	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		
初任者研修の修了者	1	1
介護支援専門員	3	3

(機能訓練指導員が有している資格の総数)

	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		18時～8時	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	1人		人
介護職員	(1)人		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※	1	1.5 : 1 以上
	【表示事項】	2	2 : 1 以上
		3	2.5 : 1 以上
		4	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と合致すること

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)	有料老人ホームの職員数		人
	訪問介護事業所の名称		
	訪問看護事業所の名所		
	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									<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> / 無								
			※ 有の場合、資格等の名称						社会福祉士・介護支援専門員・介護福祉士		
	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年間の採用数											
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	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		2		3		1				
従業者の健康診断の実施状況									<input checked="" type="checkbox"/> / 無		

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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 4 選択方式	
	※ 4の場合 複数選択可	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	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	

入院等による不在等における利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし（当該月日数により日割り、共益費のみ減額あり） <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	改定する利用料の収支状況等や目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数、人件費等を勘案した改定理由について、運営懇談会の意見を聴く
	手続き	入居者・連帯保証人・身元引受人へ事前に通知する

(利用料金のプラン)

(税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	プラン5	
入居者の状況※1	要介護度	1～5	1～5	1～5			
	年齢						
居室の状況※2		タイプ1	タイプ2	タイプ3 (ご夫婦部屋)	タイプ	タイプ	
床面積		18.01～ 19.26 m ²	18.29～ 20.90 m ²	18.26～ 19.85 m ²	m ²	m ²	
便所		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	
浴室		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で必要な費用	前払金※3	円	円	円	円	円	
	敷引金	250,000円	250,000円	250,000円	円	円	
月額費用の合計※4		148,840円	153,840円	153,840円	円	円	
家賃		55,000円	60,000円	60,000円	円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用	円	円	円	円	円	
	介護保険外	食費	51,840円	51,840円	51,840円	円	円
		管理費	30,000円	30,000円	30,000円	円	円
		介護費用※5	円	円	円	円	円
		共益費	12,000円	12,000円	12,000円	円	円
その他	円	円	(管理費、共益費は一人分)	円	円		
都度払いとなるサービス		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / 無	有 / 無	

※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載しています。

※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載しています。

※3 利用料金の支払い方式が選択方式の場合は、前払金の有無以外の条件が同一となる2つのプランを含めて記載しています。

※4 月ごとの利用日数に応じて月額プランを設定している場合は、利用日数を30日として記載しています。

※5 有料老人ホーム事業として受領する費用のみを記載しています。(訪問介護などの介護保険サービスに係る介護費用は、設置者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ません。)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近辺の有料老人ホーム及び賃貸住宅の家賃相当額を参照
敷引金	月額固定費（家賃、管理費、食費固定費）の2.5か月相当分
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	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費 ※実費で提供するサービスは介護サービス等一覧表を参照
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用 （朝 380 円・昼 600 円・夕 620 円） 固定費 15,000 円含む（利用しなかった場合もかかる最低限費用）
光熱水費	個別居室メーターによる実費負担
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	重要事項説明書別添「介護サービス一覧表」による
その他のサービス利用料	※おむつ代等の日常生活費や放送受信料、電話代等の利用者の嗜好による経費は別途実費負担 重要事項説明書別添「介護サービス一覧表」による

(前払金の受領)

算定根拠		
想定居住期間（償却年月数）		か月
償却の開始日		
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月を越えた契約終了	
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（	）

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	11人	女性	20人
年齢別	65歳未満	人	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	5人	85歳以上	25人
要介護度別	自立	2人	要支援1	1人
	要支援2	1人	要介護1	14人
	要介護2	9人	要介護3	2人
	要介護4	1人	要介護5	人
入居期間別	6か月未満	6人	6か月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	22人	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	88歳
入居者数の合計	30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る割合。 なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人	社会福祉施設	2人
	医療機関	1人	死亡者	6人
	その他	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	3人		
		(解約事由の例)	長期入院、在宅復帰、他施設入所	

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	長崎市高齢者すこやか支援課	長崎県国民健康保険団体連合会	
電話番号	095-829-1146	095-826-1599	
対応している時間	平日	8:45~17:30	9:00~17:00
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日	土曜日・日曜日・祝日	土曜日・日曜日・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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 加入済み 2 未加入		
	※ 1 の 場合	加入する保険会社の名称	三井住友海上火災保険会社
		加入する保険の名称	福祉事業者総合賠償責任保険
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり) 2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし) 3 対応なし		

(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 取組あり 2 取組なし		
	※ 1 の 場合	実施日・開始日	2020年 3月 日
		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 実施済み <input checked="" type="checkbox"/> 2 未実施		
	※ 1 の 場合	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
	結果の開示	1 あり () 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	3 公開していない
管理規定	1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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	1 設置済み 2 未設置 (代替措置あり) <input checked="" type="checkbox"/> 3 未設置 (代替措置なし)		
	※ 1 の場合、開催頻度	年 回	
	※ 2 の場合、代替措置の内容		
提携ホームへの移行【表示事項】	1 移行あり (提携ホーム名 :)		

	<input checked="" type="checkbox"/> 2 移行なし
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 届出あり 2 届出なし (届出義務なし) 3 届出なし (届出義務あり)
有料老人ホーム設置運営指導指針「4 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可	1 不適合事項あり (代替措置を実施済み) 2 不適合事項あり (将来の改善計画策定済み) 3 不適合事項あり (1 又は 2 以外) <input checked="" type="checkbox"/> 4 不適合事項なし 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備
※ 1、2 又は 3 の場合、不適合事項の内容 ※ 該当する項目にチェック	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない (<input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 一般居室の 1 人当たり床面積が 13㎡未満 (<input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない (具体的に) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (<input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)
※ 1 の場合、代替措置の概要	
※ 2 の場合、改善計画の概要	
※ 5 の場合、構造設備の基準となる制度の名称	1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度 (登録済み) 2 高齢者専用賃貸住宅登録制度 (登録済み)
有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無 ※複数選択可	1 指導事項あり (過去 1 年以内に指導) 2 指導事項あり (未改善のまま、指導から 1 年経過) <input checked="" type="checkbox"/> 3 指導事項なし
※ 1 又は 2 の場合、指導内容	

添付書類：別添 1 (事業者が運営する介護サービス一覧表)

別添 2 (入居者の個別選択によるサービス一覧表)

※ _____様

説明年月日 _____年 _____月 _____日

説明者署名 _____

