

重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 9 月 1 日
記入者名	阿部 広典
所属・職名	管理者

1. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	・入居された方に安心して心地よく生活していただけるよう支援します。
サービスの提供内容に関する特色	・ご入居者にとってより良いサービスを提供します。
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

(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 (医療機関への送迎)	
協力医療機関 ①	名称	たまき青空病院
	住所	徳島市国府町早淵字北カシヤ56番地1
	診療科目	内科、循環器内科、腎臓内科、泌尿器科、整形外科、外科、乳腺・甲状腺外科、消化器外科、消化器内科、脳神経外科
	協力内容	外来診療、往診、訪問診療、健康診断など
協力歯科医療機関	名称	井川歯科医院
	住所	徳島市北田宮2丁目3番6号
	協力内容	訪問歯科診療、口腔ケア、義歯調整など

(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	<ul style="list-style-type: none"> ・60歳以上の高齢者 ・要介護（要支援）の認定者 	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者が死亡した場合 ・入居者から契約解除が行われた場合 ・事業者から契約解除が行われた場合 ・月払いの利用料などが正当な理由なく滞納した場合 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書 第11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	① あり (内容:) ② なし	
入居定員	30人	
その他		

2. 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		
生活相談員	0			
直接処遇職員	6	6		
介護職員	6	6		
看護職員	1	1		
機能訓練指導員	0			
計画作成担当者	0			
栄養士	0			
調理員	0			
事務員	2	2		
その他職員	0	0		
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		
	常勤	非常勤	
社会福祉士	0		
介護福祉士	6	6	
実務者研修の修了者	0		
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員	0		

（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	0		
理学療法士	0		
作業療法士	0		
言語聴覚士	0		
柔道整復士	0		
あん摩マッサージ指圧師	0		

（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	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	0人	0人
介護職員	1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

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

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)	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称	
	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		① あり 2 なし							
	業務に係る資格等	① あり		介護福祉士						
		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										
前年度1年間の退職者数										
年業務に 数に従事した 職員の 経験の	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	1		6						
従業者の健康診断の実施状況			① あり 2 なし							

3. 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	11人
	女性	14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	13人
	85歳以上	10人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	0人
	要介護1	4人
	要介護2	7人
	要介護3	8人
	要介護4	5人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上 1年未満	5人
	1年以上 5年未満	12人
	5年以上 10年未満	3人
	10年以上 15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	84.5歳
入居者数の合計	25人
入居率*	83.3%
※ 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	4人
	死亡者	0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	6人
	(解約事由の例) 入院治療のため、自宅で生活するため など	

4. 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		サ高住阿波っ子苦情相談窓口
電話番号		088-678-5553
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30 (管理者出勤時に限る)
	日曜・祝日	8:30~17:30 (管理者出勤時に限る)
定休日		

窓口の名称		徳島県保健福祉部長寿いきがい課施設サービス指導担当
電話番号		088-621-2182・2159
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		

(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)
	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)
	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	
		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	
		評価機関名称	
	結果の開示	1 あり 2 なし	
② なし			

5. 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 ② 公開していない

6. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 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「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		

添付書類：別添 1 (別に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 令和 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。