

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 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	<a href="http://www.satsukihome.jp">http://www.satsukihome.jp</a>
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	有料老人ホーム事業 ※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

## (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	048-557-6366
	ホームページアドレス	<a href="http://www.satsukihome.co.jp">http://www.satsukihome.co.jp</a>
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	介護保険事業者番号	1173700376

当する場合	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28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㎡				
	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㎡			
		うち、老人ホーム部分	1113.12㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他( )				
		4 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～平成46年10月17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㎡	6	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	13.2㎡	26	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
	タイプ6	有/無	有/無	㎡		
	タイプ7	有/無	有/無	㎡		
	タイプ8	有/無	有/無	㎡		
	タイプ9	有/無	有/無	㎡		
タイプ10	有/無	有/無	㎡			

※「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	2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		
	非常食・非常時用調理備品・非常時用介護用品・非常時用日用品・非常灯・防災頭巾・ランタン・担架・ラジオ			
その他	玄関ロビー、談話スペース、機能訓練室			

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	<p>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。</p> <p>入居者の方の身体状況や性格に合わせ入浴、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。</p> <p>生活運動機能の低下を出来る限り防ぐためのリハビリ、レクリエーションを行う。</p> <p>日々の穏やかな生活の中で、人との交流や楽しみのある時間が過ごせる環境や時間を提供する。</p> <p>寄り添って介護させる方々の理解を深められるようなコミュニケーションを大切にする。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>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。自社厨房スタッフによる手作りの食事の提供。笑顔と挨拶、会話を常とし安心してご利用頂けるような信頼関係を築きつつ、命をお預かりする立場として慎重な業務をこなす。</p>
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	
	生活機能向上加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	介護職員処遇改善加算	I 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(訪問診療医・歯科医の確保 )	
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・臨時往診・健康管理・健康診断・医療相談(医療費その他の費用は自己負担。)
	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(医療費その他の費用は自己負担。)
協力歯科医療機関	名称	医療法人団体ブライツデンタルケア 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・口腔ケア指導(医療費その他の費用は自己負担。)	

(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	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他(全室介護居室の為、住み替え無し )	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり 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 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり 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	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	要支援・要介護の認定を受けている方。生活サポートが必要な自立の方。医療行為に関して要相談。	
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27条 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:空き室がある場合。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	身元引受人が設定できない場合は要相談	

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	17	9	8	13.9
介護職員	14	8	6	12.3
看護職員	3	1	2	1.6

機能訓練指導員	1		1	0.4
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1	1		1
調理員	6	2	4	4.2
事務員				
その他職員	3		3	1
清掃一部	1		1(委託)	0.2(委託)
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				40
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

**(資格を有している介護職員の人数)**

	合計	勤務形態	
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	10	7	3
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	13	9	4
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	勤務形態	
		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	0人	0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)	契約上の職員配置比率 <sup>※</sup> <b>【表示事項】</b>	a 1.5:1以上 b 2:1以上 c 2.5:1以上 d 3:1以上
---	--	--

本欄は省略可能)	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)	2.2:1
----------	----------------------------------	-------

**(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								
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			2								
	3年以上5年未満											
	5年以上10年未満			5	1							
	10年以上	1	1	1	5	1			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  
(利用料金のプラン)**

入居者の状	要介護度
-------	------

況	年齢	歳	
居室の状況	床面積	13.2~13.5㎡	
	便所	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	
	敷金	円	
月額費用の合計		171,750円	
家賃		76,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>*1</sup> の費用		
	介護保険外 <sup>*2</sup>	食費	36,900円
		管理費	57,750円
		介護費用	円
		光熱水費	1,100円
		その他	円

**(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、共有部分の維持管理・修繕。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。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2

**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	12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	9人
	85歳以上	20人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	4人
	要介護1	2人
	要介護2	1人
	要介護3	7人
	要介護4	10人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	16人
	5年以上10年未満	4人



	10年以上15年未満	3人
	15年以上	0人

**(入居者の属性)**

平均年齢	86歳
入居者数の合計	32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	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	2人
	死亡者	1人
	その他	1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	1人
	(解約事由の例) * 特別養護老人ホームへの移動のため。	

**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
定休日		土・日・祝日
窓口の名称		行田市役所 高齢者福祉課
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	損保保険ジャパン日本興亜株式会社 業務災害補償保険・賠償責任保険 (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
	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1回
	2 なしの年	
	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	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 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。

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	なし					あり			
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担 <sup>*1)</sup>	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)				備考			
		包含 <sup>*2</sup>	都度 <sup>*2</sup>	料金 <sup>*3</sup>					
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				
	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				協力医療機関の場合
生活サービス									
	居室清掃	なし	あり	なし	あり				
	リネン交換	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				
	おやつ			なし	あり				
	理美容師による理美容サービス			なし	あり				
	買い物代行	なし	あり	なし	あり				通常業務内で可能な買物
	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				
健康管理サービス									
	定期健康診断			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				協力医療機関の場合
	入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				協力医療機関の場合
	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、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、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。