

## 重要事項説明書

記入年月日	2019年 5月 1日
記入者名	吉田 佳江
所属・職名	施設長

### 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃむうみんほーむ 株式会社夢眠ホーム	
主たる事務所の所在地	〒509-0247 岐阜県可児市塩河 960 番地の 1	
連絡先	電話番号	0574-65-1211
	FAX番号	0574-65-9531
	ホームページアドレス	http://mumingroup.jp
代表者	氏名	佐藤 信輔
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 29年12月20日	
主な実施事業	有料老人ホームの運営	

### 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) ゆうりょうろうじんほーむむうみんやましな 有料老人ホーム夢眠やましな	
所在地	〒607-8218 京都市山科区勸修寺御所内町 20-1	
主な利用交通手段	最寄駅	① 地下鉄東西線「小野駅」
	交通手段と所要時間	① 徒歩 7 分
連絡先	電話番号	075-748-7035
	FAX番号	075-748-7036
	ホームページアドレス	
管理者	氏名	吉田 佳江
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 27年11月30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30年5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	
	事業所の指定日	
	指定の更新日 (直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積					
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 30 年 3 月 1 日~平成 60 年 3 月 31 日)	2 なし		
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体	2322.85 m <sup>2</sup> (地上 5 階建)			
		うち、老人ホーム部分	2322.85 m <sup>2</sup> (1 階の一部を除く)			
	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 ( )				
	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 ( )				
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 30 年 3 月 1 日~平成 60 年 3 月 31 日)	2 なし			
契約の自動更新		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最大	人部屋				
	タイプ 1	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	18 m <sup>2</sup>	44	介護居室個室

	タイプ2	有/無	有/無	13 m <sup>2</sup>	9	介護居室個室		
共用施設	共用便所における便房	10ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		5ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房		10ヶ所			
	共用浴室	8ヶ所	個室		8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	エントランスホール、面談室、駐車場等							

#### 4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	別紙「施設の運営方針」参照					
サービスの提供内容に関する特色	別紙「施設の運営方針」参照					
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) 3 : 1		
	2 なし			

(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 <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保）	
協力医療機関	1	名称	じんのクリニック
		住所	
		診療科目	内科・訪問診療
		協力内容	健康管理、緊急時の対応及び転院必要時の他の医療機関紹介に関する協力等。（医療費その他の費用は入居者の自己負担） 個別の訪問診療。
協力医療機関	2	名称	樋口医院
		住所	
		診療科目	内科・訪問診療
		協力内容	健康管理、緊急時の対応及び転院必要時の他の医療機関紹介に関する協力等。（医療費その他の費用は入居者の自己負担） 個別の訪問診療。
協力医療機関	3	名称	さくらクリニック
		住所	
		診療科目	内科・訪問診療

		協力内容	健康管理、緊急時の対応及び転院必要時の他の医療機関紹介に関する協力等。(医療費その他の費用は入居者の自己負担) 個別の訪問診療。
協力歯科医療機関	1	名称	ホリイ歯科
		住所	
		協力内容	口腔内健康管理、口腔ケア(医療費その他の費用は入居者の自己負担) 個別の訪問診療。

(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 <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	入居者の日常生活の維持及びホーム運営上特に支障があり、特別な配慮が必要であると認められた場合、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。		
手続きの内容	① 施設が指定する医師の意見を聴く ② 一定の観察期間を置く ③ 本人・身元引受人の同意を得る		
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	住み替え後の居室に移行		
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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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)
		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	① 施設で対応できる医療的ケアの範囲を超えない方 ② 著しい自傷他害の恐れのない方 ③ 当施設の運営主旨をご理解の上、ご協力いただける方	

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行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危険を及ぼすかその恐れがあり、かつ通常の介護方法・接遇方法ではこれを防止できない場合、等
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	1 あり 2 なし	
入居定員	53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

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	20	15	6	12.9
介護職員	16	12	4	9.1
看護職員	4	3	1	3.8
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2	1	1	2.0
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
※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。				

(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	1	1	
初任者研修の修了者	4	4	
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	
	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 (0時～7時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
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)	d
※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	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	

は省略可能)	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							
	資格等の名称		介護福祉士							
	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										
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満									
	1年以上			1						
	3年未満									
	3年以上			3	1					
	5年未満									
	5年以上			7	2					
	10年未満									
10年以上	3	1		4						
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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 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	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及び人件等を勘案し改定することがある
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

(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	70歳	80歳	
居室の状況	床面積	18.08㎡	18.08㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入居時点ま でに必要な 費用	前払金	0円	0円	
	敷金※1	100,000円	100,000円	
	家賃（当月分+翌月分）	当月分は日割り計算のため、入居日により異なる		
月額費用の合計		120,000円	120,000円	
家賃		50,000円	50,000円	
サ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者生活介護※2の費用			
	介 護 保 険 外 ※	食費	49,500円	49,500円
		共益費	20,000円	20,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	共益費に含む	共益費に含む
その他		都度払いサービス有	都度払いサービス有	
※1 退去時に原状回復費・居室他クリーニング代・支払い債務等に充当し残金を返却します。				
※2 介護保険自己負担分（1割負担の場合）				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	事業費の総額、周辺賃貸物件の価格、当施設の面積・定員等を考慮して1室当たりの家賃を算出。
敷金	家賃の2ヶ月分
介護費用	介護保険給付額に基づく

共益費	水道光熱費、共用部分の維持管理・事務管理部門にかかる人件費を根拠に算出。
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用 (1日あたり1,650円)
光熱水費	共益費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	委託業者等への委託料、人件費及び実費にて都度算出
その他のサービス利用料	委託業者等への委託料、人件費及び実費にて都度算出

※敷金、家賃相当額、介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定内容及び法令等に従い、利用料も変更になります。

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

費目	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) 該当なし

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	6
	女性	29
年齢別	65歳未満	
	65歳以上 75歳未満	
	75歳以上 85歳未満	
	85歳以上	
要介護度別  平均介護度	自立(申請中)	
	要支援1	
	要支援2	
	要介護1	
	要介護2	
	要介護3	
	要介護4	
	要介護5	
入居期間別	6ヶ月未満	

	6ヶ月以上1年未満	25
	1年以上5年未満	
	5年以上10年未満	
	10年以上15年未満	
	15年以上	

(入居者の属性)

平均年齢	
入居者数の合計	
入居率※	
※ 入居者数の合計を入居定員数（50名）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		人
	死亡者		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		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)

窓口の名称		夢眠やましな相談窓口
電話番号		075-748-7035
対応している時間	平日	午前9:00～午後5:00
	土曜	午前9:00～午後5:00
	日曜・祝日	午前9:00～午後5:00
定休日		なし

(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) 三井住友海上賠償責任保険
---------------	------	---------------------

	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 上記保険内容に基づく
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	<input checked="" 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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年2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: ) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成    年    月    日登録) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
京都市有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (平成 27 年 7 月 1 日施行の設置運営指導指針を適用)
合致しない事項がある場合の内容	
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 3 適合していない
京都市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
不適合事項がある場合の内容	-

重要事項説明書及び添付資料について説明を受け、理解しました。

年            月            日

\_\_\_\_\_ 印

(入居者との続柄: \_\_\_\_\_ )

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印