

重要事項説明書

		記入年月日	令和4年9月1日
記入者名	富永 正樹	所属・職名	吉田興産有限会社役員

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	法人等の種類	なし <input checked="" type="radio"/> あり
	名称	(ふりがな) よしだこうさんゆうげんがいしゃ 吉田興産有限会社
事業主体の主たる事務所 の所在地	〒	798-1363
	愛媛県北宇和郡鬼北町大字内深田 1067 番地 2	
事業主体の連絡先	電話番号	0895-45-0125
	FAX 番号	0895-20-6100
	メールアドレス	kaigosakura@sage.ocn.ne.jp
	ホームページ	<input checked="" type="radio"/> なし
	アドレス	あり : http://
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	富永 正樹
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成 14 年 7 月 1 日	
主な実施事業	※別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表) (介護予防) 訪問介護、通所介護、 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護	

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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくさくらんぼ サービス付き高齢者向け住宅桜桃	
所在地	〒798-1363 愛媛県北宇和郡鬼北町大字内深田 1066 番地 3	
主な利用交通手段	最寄駅	近永駅
	交通手段と所要時間	JR 予土線近永駅より徒歩 10 分

連絡先	電話番号	0895-45-0125
	FAX 番号	0895-20-6100
	メールアドレス	kaigosakura@sage.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http : //
管理者	氏名	
	職名	
建物の竣工日		昭和・平成 27 年 4 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 年 月 日

【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	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 土地建物概要

土地	敷地面積	2972.63 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 (年 月 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	1281.82 m ²
		うち、老人ホーム部分	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		

	所有関係	4 その他（ 1階鉄骨造2階木造 ）				
		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 (年 月 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（夫婦部屋）				
		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	18.15 m ²	20	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	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			
※「一般居室個室（夫婦部屋）」「一般居室相部屋」「介護居室個室（夫婦部屋）」「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	2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	2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	0ヶ所	チェアー浴	ヶ所			
	介護浴槽		リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	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				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者が安全、安楽な環境で過ごすことができるよう、必要な日常生活上の支援や援助を行う。			
サービスの提供内容に関する特色	食べやすく美味しい食事を提供できるよう各食事形態に対応した食事の提供。高齢者でも過ごしやすい住環境の提供。			
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)			
	2 なし		: 1			

(医療連携の内容)

医療支援		1 救急車の手配	
		※複数選択可 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	富山医院
		住所	北宇和郡鬼北町近永 1300
		診療科目	内科
		協力内容	往診
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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		1 一時介護室へ移る場合		
※複数選択可		2 介護居室へ移る場合		
		3 その他 ()		
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	(変更内容)	
		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	60歳以上の高齢者、原則身元引受人がたてられる方	
契約の解除の内容	入居者の死亡	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居申し込み及び本契約への虚偽記載その他不正な方法により入居したことが発覚したとき
	解約予告期間	2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	20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
	合計	常勤	非常勤	
管理者				
生活相談員				
直接処遇職員	8			4.2
介護職員	8	2	6	4.2
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3		3	2.0
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				

※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	3		3
実務者研修の修了者 (旧基礎研修・1級課程)			
初任者研修の修了者 (旧2級課程)	8	2	6
介護支援専門員	1		1

(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			
柔道整復師			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤または宿直を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16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	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							
			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										
応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満			1	1					
	1年以上				2					
	3年未満									
	3年以上			1	3					
	5年未満									
	5年以上									
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況			① 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	要介護 3	要介護 1
	年齢	85 歳	80 歳
居室の状況	床面積	18.15 m ²	18.15 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	0 円	0 円
	敷金	0 円	0 円
月額費用の合計		76,500 円	79,500 円
家賃		24,000 円(非課税)	27,000 円(非課税)
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	0 円	0 円
	介護保険外※2		
	食費	39,000 円(税抜)	39,000 円(税抜)
	管理費	1,500 円(税抜)	1,500 円(税抜)
	介護費用	0 円	0 円
光熱水費		12,000 円(非課税)	12,000 円(非課税)
その他		実費	実費

※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）

（注）NHK受信料については、入居者が個々で契約して負担してください。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	
敷金	-
介護費用	
管理費	生活支援サービス費に係る人件費
食費	朝 300 円 昼 500 円 夕 500 円 1 日 1,300 円 (税抜)
光熱水費	1 ヶ月 12,000 円 入居者等が居室で使用する電話、インターネット、NHK 受信料、新聞購読料、及びこれらに類する料金については、これを供給する事業体の料金規定及び支払い方法により、居室ごとに別途実費負担となります。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	
その他のサービス利用料	必要に応じて実費

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※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

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 (上乗せサービス)	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間 (償却年月数)	ヶ月
償却の開始日	入居日
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 月を超えた契約終了
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 (名称:)

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	7 人
	女性	14 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	15 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	2 人
	要介護 2	6 人
	要介護 3	6 人
	要介護 4	3 人
	要介護 5	4 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	14 人
	5 年以上 10 年未満	0 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	88 歳
入居者数の合計	21 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	1 人
	社会福祉施設	0 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	8 人
		(解約事由の例) 他施設入所決定のため、入院後退院予定未定のため

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	サービス付き高齢者向け住宅桜桃	
電話番号	0895-45-0125	
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	9:00～17:00
	日曜・祝日	9:00～17:00
定休日	年末年始 (12 月 31 日～1 月 3 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) 入居者、家族、身元引受人等との協議の上、必要な措置を講ずる
	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	
		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		実施日	
	1 あり	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	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 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
	<input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	<input checked="" type="radio"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし <input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 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。