別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	R5 年 7 月 15 日
記入者名	新谷　真由子
所属・職名	有料老人ホーム　あかり 管理者兼務施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては，「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙４の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合，以下の１から３まで及び６の内容については，別紙４の記載内容で説明されているものとみなし，欄自体を削除して差し支えありません。

１．事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合，その種類	介護事業
名称	（ふりがな） 朝日サービス株式会社（あさひさーびすかぶしきがいしゃ）	
主たる事務所の所在地	〒781-0270　　高知市長浜 1292-17	
連絡先	電話番号	088-837-9145
	FAX番号	088-837-9146
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	岩越　鈴香
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成・令和　17 年　5 月 18 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）	

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） 有料老人ホーム（ゆうりょうろうじんほーむ）　あかり	
所在地	〒781-0270 高知市長浜 6557-29	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間 例：①バス利用の場合	・とさでん交通　長浜営業所より徒歩 9 分 ・はりまや橋から乗用車 20～30 分

	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（　普通賃借　・　定期賃借　）
		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（縁故者居室を含む）
		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)	12.14 ㎡	6	一般居室個室
タイプ2	有／(無)	有／(無)	12.42 ㎡	1	一般居室個室（夫婦部屋）
タイプ3	有／(無)	有／(無)	12.44 ㎡	1	一般居室個室（夫婦部屋）
タイプ4	有／(無)	有／(無)	12.44 ㎡	1	一般居室個室
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」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

共有施設	共有便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェア一浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所

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	入居継続支援加算		1 あり　2 なし
	生活機能向上連携加算		1 あり　2 なし
	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
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり　2 なし
	医療機関連携加算		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
	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
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり　2 なし
		(Ⅱ)	1 あり　2 なし
		(Ⅲ)	1 あり　2 なし
		(Ⅳ)	1 あり　2 なし
		(Ⅴ)	1 あり　2 なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり　2 なし
		(Ⅱ)	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（　　）	
協力医療機関	1	名称	医療法人互光会　長浜病院
		住所	〒781-0270　高知市長浜 801
		診療科目	内科、呼吸器科、循環器科、消化器科、小児科、外科、呼吸器科内科、循環器外科、整形外科、形成外科、

留意事項	健康面や生活面において、独居等の不安や身体的な不安があり、自宅での生活が困難になり、有料老人ホームへの入居を希望され生活面等で自立が出来、家族と共に本人も充実した生活を笑顔で毎日過ごすことが出来る。	
契約の解除の内容	入院等により長期の不在や契約を継続することが出来ないと判断した時。 共同生活において、秩序を乱す行為がある場合や、入居利用料の支払いの遅延が続き信頼関係が著しく害された場合とする。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	有料老人ホーム入居契約書の第 5 章に基づく。
	解約予告期間	14 日
入居者からの解約予告期間	14 日	
体験入居の内容	(1) あり（内容：1 泊 2,000 円食事代別途請求　　） 2　なし	
入居定員	9　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）15 人 合計 16 人			常勤換算人数 ※1※2
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1（管理者兼任）	1		
直接処遇職員	7		7	
介護職員	6		6	
看護職員	1		1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1		1	
調理員	6		6（介護職員兼任）	
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※2				

（一般型特定施設以外の場合，本欄は省略可能）		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	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											
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		1			1					
	5年以上10年未満				4						
	10年以上				2						

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	1　全額前払い方式

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	近隣賃貸料を勘案し、一律 30,000 円が妥当と判断した。
食費	1 食 15,000 円、2 食 30,000 円、3 食 42,000 円/1 ヶ月
光熱水費	使用された電気メーターを計測し、使用量に合わせ請求している。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添２ 買い物代行や家族の付き添いが出来ない時の通院等の付き添い。
その他のサービス利用料	

（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	5 人

	入居者側の申し出	2人
		（解約事由の例） 長期入院となり、主治医、ご家族より当施設に帰る見込みがないと判断された。

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		有料老人ホーム　あかり　　管理者・施設長
電話番号		088-855-7773　　午後5：30以降は088-837-9145
対応している時間	平日	午前8：30～午後5：30　迄
	土曜	午前8：30～午後5：30　迄
	日曜・祝日	午前8：30～午後5：30　迄
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）
	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		

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

※＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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	朝日サービス㈱指定訪問介護事業所	〒781-0270 高知市長浜 666
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	通所介護さくら草	〒781-0270 高知市長浜 6557-111
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	小規模多機能型居宅介護事業所かすみ草	〒781-0270 高知市長浜 6557-29
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		

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※1）		個別の利用料で，実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備　考	
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		○		実費	
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		○		1800円/回	
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			■あり	あり					
理美容師による理美容サービス			なし	■あり		○		外部理容師金額が異なる1,000～1,500円	
買い物代行	■なし	あり	なし	■あり		○		1回/日　2km範囲圏内	
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			■あり	あり				※回数（年○回など）を明記すること	
健康相談	■なし	あり	■あり	あり					
生活指導・栄養指導	■なし	あり	■あり	あり					
服薬支援	■なし	あり	■あり	あり					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	■なし	あり	■あり	あり					
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	■なし	あり	■あり	あり					
入退院時の同行	■なし	あり	■あり	あり				※付添いができる範囲を明確化すること	
入院中の洗濯物交換・買い物	■なし	あり	■あり	あり					
入院中の見舞い訪問	■なし	あり	■あり	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，月額のサービス費用に包含される場合と，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。