

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	平成24年2月1日
記入者名	波江野 満	所属・職名	代表理事

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	あり 一般社団法人
	名 称	(ふりがな) いっぽんしゃだんほうじん なみのうえかい 一般社団法人 波之上会	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒893-0055 鹿児島県 鹿屋市 野里町 2486番地		
事業主体の連絡先	電 話 番 号	0994-36-6000	
	F A X 番 号	0994-36-6001	
	ホームページアドレス	なし あり : http://	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏 名	波江野 満	
	職 名	代表理事	
事業主体の設立年月日	平成23年4月20日		

事業主体が鹿児島県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	風の舞介護センター	鹿屋市野里町2486番地
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	風の舞デイサービスセンター	鹿屋市野里町2486番地
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>				
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		
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	風の舞介護センター	鹿屋市野里町2486番地
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	風の舞デイサービスセンター	鹿屋市野里町2486番地
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		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな)	かぜのまい 風の舞
施設の所在地	〒893-0055 鹿児島県鹿屋市野里町2486番地	
施設の連絡先	電話番号	0994-36-6000
	FAX番号	0994-36-6001
	ホームページアドレス	なし あり : http://
施設の開設年月日	平成24年4月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	波江野 満
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
鹿児島交通 鹿屋⇒高須経由⇒垂水港行き (岡泉バス停から徒歩10分)		
施設の類型及び表示事項	類型 :	住宅型有料老人ホーム
	居住の権利形態 :	建物賃貸借方式
	利用料の支払方式 :	月払い方式
	入居時の要件 :	自立・要支援・要介護
	介護保険 :	居宅系サービス利用可能
	居室区分 :	全室個室
	その他 :	

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその他の勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長				1	1	1
生活相談員	1				1	1
看護職員		2			2	1
介護職員	5	1			6	6
機能訓練指導員		2			2	1
計画作成担当者		1			1	1
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従業者						

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40時間

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				1
介護福祉士	4			
介護職員基礎研修				
訪問介護員1級				
〃 2級	3			
〃 3級				
介護支援専門員				1

従事者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				1
言語聴覚士				
看護師及び准看護師		2		
柔道整復師				
あん摩マッサージ指圧師				

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数等

夜	時間帯	16:30 ~ 翌 9:30			
	最少時の人数	看護職員	名	・ 介護職員	1名
勤	平均時の人数	看護職員	名	・ 介護職員	1名
	時間帯				
宿	最少時の人数	看護職員	名	・ 介護職員	名
	平均時の人数	看護職員	名	・ 介護職員	名
直	時間帯				
	最少時の人数	看護職員	名	・ 介護職員	名
直	平均時の人数	看護職員	名	・ 介護職員	名

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
<p>当施設を含むグループ全体で、医療、看護、介護、福祉、住居、生活サービスを24時間・365日継続して提供できる体制を敷いており、第5次介護保険事業計画の目玉である地域包括ケアシステムを構築しています。</p> <p>今回の住宅型有料老人ホームの設立により経済的困窮者も救済できるような料金体制も設定し、誰もが平等に医療、看護、介護、福祉、生活サービスを楽しみ温もりのある環境で安寧な生活が送れるように配慮した運営を行います。</p>			
介護サービスの内容、利用定員等			
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況		別紙	
協力医療機関の名称	風の村クリニック		
(協力の内容)	<ul style="list-style-type: none"> ・診療科目 : 内科・外科 ・協力内容 : <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の対応 ・内科医の定期訪問による健康相談（随時） 		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 吉留歯科 鹿児島県鹿屋市旭原町2524-1
(協力の内容)	訪問歯科診療（月1回，医療費等は入居者負担）		
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
一般居室			

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合	なし	あり
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護居室へ移る場合		
一時介護室へ移る場合	なし	あり
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

<住宅型・健康型>

その他		なし	あり
判断基準・手続について	(その内容)		
追加的費用の有無		なし	あり
居室利用権の取扱い	(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無		なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無		なし	あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		なし	あり
浴室の変更の有無		なし	あり
洗面所の変更の有無		なし	あり
台所の変更の有無		なし	あり
その他の変更の有無		なし	あり
	(その内容)		
施設の入居に関する要件			
自立している者を対象	なし	あり	
要支援の者を対象	なし	あり	
要介護の者を対象	なし	あり	
留意事項	年齢65歳以上		
契約の解除の内容	賃貸借契約書の第10条・第11条を参照		
体験入居の内容	空室のある場合は可能。(最大7日間まで) 1泊2,400円(部屋代800円・管理費400円・食事代1,200円)		
入居定員	55名		
その他			

入居者の状況						
入居者の人数（平成 年 月 日現在）						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	人	人	人	人	人	人
65歳以上75歳未満	人	人	人	人	人	人
75歳以上85歳未満	人	人	人	人	人	人
85歳以上	人	人	人	人	人	人
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満	人	人	人	人		人
65歳以上75歳未満	人	人	人	人		人
75歳以上85歳未満	人	人	人	人		人
85歳以上	人	人	人	人		人
入居者の平均年齢	歳					
入居者の男女別人数	男性	人		女性	人	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						
前年度の退去した者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等	人	人	人	人	人	人
社会福祉施設	人	人	人	人	人	人
医療機関	人	人	人	人	人	人
死亡	人	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人	人
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等	人	人	人	人		人
社会福祉施設	人	人	人	人		人
医療機関	人	人	人	人		人
死亡	人	人	人	人		人
その他	人	人	人	人		人
入居者の入居期間						
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	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
入居者数	人	人	人	人	人	人

施設、設備等の状況									
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				なし	あり			
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				なし	あり			
居室の状況	区 分			室 数	人 数	1の居室の床面積			
	一般居室個室	あり	なし	55	55	10.83㎡			
	一般居室夫婦用個室	あり	なし			㎡ ～ ㎡			
	一般居室相部屋	あり	なし			㎡ ～ ㎡			
	介護居室個室	あり	なし			㎡ ～ ㎡			
	介護居室相部屋	あり	なし			㎡ ～ ㎡			
	一時介護室	あり	なし			㎡ ～ ㎡			
共用便所の設置数	8		うち男女別の対応が可能な数			0			
			うち車椅子等の対応が可能な数			2			
個室の便所の設置数	0		個室における便所の設置割合						
			うち車椅子等の対応が可能な数						
浴室の設備状況	浴室の数		個 浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴			
			0	0	0	0			
その他、浴室の設備に関する事項 ・浴室はデイサービスセンターの施設を利用									
食堂の設備状況									
入居者等が調理を行う設備状況				なし	あり				
その他、共用施設の設備状況									
なし		あり		(その内容) 共同生活室(談話スペース・IHクッキングヒーター・流し台)					
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 全居室内、廊下、共用施設に手すりを設置。車いすで移動可能。									
スプリンクラーの設置状況				なし	あり				
自動火災報知設備の設置状況				なし	あり				
消防機関へ通報する火災報知設備の設置状況				なし	あり				
放送設備の設置状況				なし	あり				
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり					
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり					
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり					
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積				2,984.21㎡					
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり					
抵当権の設定				なし	あり				
貸借(借地)									
なし	あり	契約期間	始	H23.4.20	終	無期			
(所有者名: 渡江野 力)		契約の自動更新			なし	あり			
施設の建物に関する事項									
建物の延床面積				1,285.76㎡ (うち有料老人ホーム 1,074.6㎡)					
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり					
抵当権の設定				なし	あり				
貸借(借家)									
なし	あり	契約期間	始		終				
(所有者名)		契約の自動更新			なし	あり			

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	風の村居宅介護支援センター		
電話番号	0994-36-6363		
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:30	
	土曜	8:30 ~ 17:30	
	日曜・祝日	8:30 ~ 17:30	
定休日等	なし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	鹿児島県保健福祉部介護福祉課		
電話番号	099-286-2703		
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15	
	土曜	—	
	日曜・祝日	—	
定休日等	土・日・祝日・年末年始		
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			
なし	あり	(その内容)	福祉事業者総合賠償責任保険
その他、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に関する事			
なし	あり	(その内容)	福祉事業者総合賠償責任保険
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)			
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			
なし	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合	なし	あり	
一時金に関する費用			
①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの）	なし	あり	
名 称			
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円 戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円 戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円 戸
一時金の算定根拠			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)
②人員配置が手厚い場合の介護サービス利用料	なし	あり	
（「あり」の場合、その内容及び利用料）			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠			
	なし	あり	
名 称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名 称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名 称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	

介護保険給付以外のサービスに関する費用			
月額の場合の利用料の額			
管理費	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	12,000 円
(「あり」の場合、その用途) 階段、廊下等の共用部分の維持管理に必要な事務費、人件費、備品、消耗品費、光熱水費、清掃費等			
食費	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	40,000 円 (10円以下切り捨て)
(「あり」の場合、その内容) 朝食：350円 昼食：400円 夕食：584円 実食数にて精算			
光熱水費	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	円
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な算出根拠			<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
個別的な選択による介護サービス	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
家賃相当額	なし	<input checked="" type="radio"/> あり	24,000 円
その他に必要な月額利用料	<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
その他、一時金及び月額利用料以外に必要な利用料	<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 入居時、敷金(家賃の2ヶ月分：48,000円)が必要ですが、分割払いも可能です。 洗濯代：1回 300円 入浴代：1回 300円 清掃代：1回 300円			

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 平成 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。