

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	山田裕子
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	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんけんわかい 医療法人謙和会	
主たる事務所の所在地	〒020-0866 盛岡市本宮1丁目6番12号	
連絡先	電話番号	019-636-0317
	FAX番号	019-635-1304
	メールアドレス	kenwakai@oginohospital.jp
	ホームページアドレス	http://www.oginohospital.jp/
代表者	氏名	荻野忠良
	職名	理事長
設立年月日	昭和 平成 55 年 3 月 4 日	
主な実施事業	病院業務 ※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) ほしめぐりのさと 住宅型有料老人ホーム 星めぐりの郷	
所在地	〒020-0866 盛岡市本宮1丁目6番48号	
主な利用交通手段	最寄駅	盛岡駅
	交通手段と所要時間	例：①盛岡駅から 県交通バスで乗車13分、本宮小学校前 停留所、徒歩10分 ②自動車利用の場合 ・盛岡駅からタクシーで10分

連絡先	電話番号	019-635-6200
	FAX番号	019-635-5888
	メールアドレス	yyamada@oginohospital.jp
	ホームページアドレス	http://www.oginohospital.jp/
管理者	氏名	山田裕子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 28 年 3 月 20 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 28 年 11 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	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	702.00 m ²	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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		1079.02 m ²			
		うち、老人ホーム部分		789.6 m ²			
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()					
		<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄筋造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()					
所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃貸する建物						
	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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室		1階12室		2階13室	
		<input type="checkbox"/> 2 相部屋あり					
		<input type="checkbox"/> 最小		人部屋			
	<input type="checkbox"/> 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 m ²	24	一般居室個室
	タイプ2		有/無	有/無	15.88 m ²	1	一般居室個室
	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			
タイプ9		有/無	有/無	m ²			
タイプ10		有/無	有/無	m ²			
※「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。							

共用施設	共用便所における 便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4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	0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
	自動火災報知機	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	医療依存度の高い方でも安心して住むことができる施設の提供			
サービスの提供内容に関する特色	協力医療機関との連携により、医療依存度の高い方にも対応可能な施設			
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2	委託
食事の提供	1	自ら実施	2	委託
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	2	委託
健康管理の供与	1	自ら実施	2	委託
安否確認又は状況把握サービス	1	自ら実施	2	委託
生活相談サービス	1	自ら実施	2	委託

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1	救急車の手配
		<input checked="" type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	通院介助
		4	その他 ()
協力医療機関	1	名称	医療法人謙和会 荻野病院
		住所	盛岡市本宮1丁目6番12号
		診療科目	内科、循環器科、リハビリテーション科
		協力内容	内科医の訪問診療、年1回の健康診断実施 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	医療法人大樹会 小笠原歯科クリニック
		住所	盛岡市本宮3-32-5
		協力内容	口腔ケア 歯科治療の受診又は往診

(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		<input type="checkbox"/> 1	一時介護室へ移る場合
		<input type="checkbox"/> 2	介護居室へ移る場合
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	その他 (スタッフステーション近くの居室)
判断基準の内容		常時介護が必要で、スタッフが頻回に居室への訪問が必要となった場合、住み替えを求める場合があります	
手続きの内容		①主治医又は病院の協力病院の医師の意見を聞く ②本人・家族・身元引受人の居室変更について同意を得る	
追加的費用の有無		<input type="checkbox"/> 1	あり <input checked="" type="checkbox"/> 2
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		<input type="checkbox"/> 1	あり <input checked="" type="checkbox"/> 2
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1	あり <input checked="" type="checkbox"/> 2
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり <input checked="" type="checkbox"/> 2
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり <input checked="" type="checkbox"/> 2
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり <input checked="" type="checkbox"/> 2
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり <input checked="" type="checkbox"/> 2
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり
		<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	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	入居時、要介護状態であること		
契約の解除の内容	①入居者が死亡した時 ②入居者または事業者から解約した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	① 不正手段の入居	
		② 費用の滞納	
		③ 設備の故意の破損	
		④ 長期の不在	
	解約予告期間	3 ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月		
体験入所の内容	1 あり (内容: 空き室がある場合、1泊2,000円、食事1,000円)		
	2 なし		
入居定員	25 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	兼務
生活相談員	1		1	兼務
直接処遇職員				
介護職員	16		16	兼務
看護職員	5	5		
機能訓練指導員	0	0		
計画作成担当者	0	0		
栄養士	0	0		
調理員	0	0		
事務員	1		1	兼務
その他職員	0	0		
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2}				
<p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従事者の人数を常勤の従事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>				

職員数は変更する場合あり

(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	14		14
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	1		1
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		非常勤
	常勤		
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復師	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時30分 ~ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	人
介護職員	2 人	2 人

(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	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
応業務に従事した職員の経験年数に	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	0	3	0	0	0	0	0
	3年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0
	3年以上	0	0	0	3	0	0	0	0	0
	5年未満	0	0	0	4	0	0	0	0	0
	5年以上	0	0	0	4	0	0	0	0	0
	10年未満	0	0	0	4	0	0	0	0	0
10年以上	5	0	0	6	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし							

職員の状況は変更する場合あり

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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	物価変動、人件費上昇により、2年に1回改定する場合がある
	手続き	運営懇談会の意見を聞く

(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	5		4		
	年齢	80	歳	90	歳	
居室の状況	床面積	13	m ²	13	m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無		<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無		
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無		<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無		
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無		<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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		130,000	円	130,000	円	
家賃		30,000	円	30,000	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用			円		円
	※2 介護保険外	食費	30,000	円	30,000	円
		管理費	20,000	円	20,000	円
		生活支援費	20,000	円	20,000	円
		光熱水費	15,000	円	15,000	円
	その他（おむつ、洗濯代）	15,000	円	15,000	円	

※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）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物の購入費用の返済と設備備品費、借入利息等を基礎として 1室あたりの家賃を算出した
敷金	家賃の 0 ヶ月分
生活支援費	要支援、要介護上乘せ支援費：長期推計に基づき、要介護者等2人に対し 週40時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、 介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして 合理的な積算根拠に基づく
管理費	共用施設の維持管理・修繕費、事務管理部門・生活支援サービスの人件費 ・事務費
食費	1日3食を提供するための費用
光熱水費	共用スペース、及び各居室の費用
その他（おむつ、洗濯代）	実費
利用者の個別的な選択に よるサービス利用	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	11 人
	女性	13 人
年齢別	65歳未満	0 人
	65歳以上75歳未満	5 人
	75歳以上85歳未満	7 人
	85歳以上	12 人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	7 人
	要介護5	17 人
入居期間別	6ヶ月未満	8 人
	6ヶ月以上1年未満	5 人
	1年以上5年未満	11 人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	84 歳
入居者数の合計	24 人
入居率※	100 %
※ 入居者数の合計を入居定員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	0 人
	医療機関	0 人
	死亡者	12 人
	その他	3 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	0 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)※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	星めぐりの郷介護相談窓口	
電話番号	019-635-6200	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	土日祝祭日	

(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) 日新火災海上保険
	2	なし	加入予定
介護サービスの提供により賠償すべき	1	あり	(その内容) 別紙：医療法人謙和会の医療安全管理マニュアルに基づく
	2	なし	
事故が発生したときの対応	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	常時意見箱を設置する
		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	
	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 :)	
	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	
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	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
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		なし	
「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		なし	
不適合事項がある場合の内容			

添付書類：別添1（別を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

説明者 _____

説明年月日 令和 年 月 日

【事業者】

所在地 盛岡市本宮1丁目6番12号
名称 医療法人謙和会
役職・氏名 理事長 荻野忠良 印

施設名 住宅型有料老人ホーム 星めぐりの郷
役職・氏名 施設長 山田裕子 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から、住宅型有料老人ホーム星めぐりの郷についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意いたしました。尚、本書面記載事項、利用料金及び個人情報の使用にあたる利用範囲とその説明について併せて同意します。

【入居者】

住 所

氏 名 印

【代理人】

住 所

氏 名 印

続 柄