

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	朝倉清美
所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ おりづる 有限会社 おり鶴	
主たる事務所の所在地	〒293-0001 千葉県富津市大堀 2-14-25	
連絡先	電話番号	0439-80-4008
	FAX 番号	0439-80-4088
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	朝倉 清美
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 16年 8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)	

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) おりづるのさと ふくろう さーびすつきこうれいしゃじゅ うたく おり鶴の里 ふくろう サービス付き高齢者住宅		
所在地	〒293-0001 千葉県富津市大堀 2-14-4		
主な利用交通手段	最寄駅	JR 内房線 青堀駅	
	交通手段と所要時間	駅から徒歩約3分	
連絡先	電話番号	0439-80-4008	
	FAX 番号	0439-80-4088	
	ホームページアドレス		
管理者	氏名	朝倉 清美	
	職名	相談員	
建物の竣工日		昭和・平成	26年 3月 10日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	26年 4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）		
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. 建物概要

土地	敷地面積	407.71㎡				
	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	373.38㎡（地上2階建）			
		うち、老人ホーム部分	373.38㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他（ ）				
		4 その他（ ）				
	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					
	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				
		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※
	有/無	有/無	18.21㎡～ 22.18㎡	11	一般居室個室	
※「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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1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	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0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	緊急通報システム（コールボタン）全室完備 全部屋、洗面台・トイレ・クローゼット・エアコン付き			

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	少人数での生活でスタッフが24時間常駐しているため、安心して安全に暮らしていけることをサポートしていく。		
サービスの提供内容に関する特色	スタッフ一同「自分の親を預けたくなる」介護を目指しています。隣接するデイサービスをご利用いただきながら充実した時間を過ごすことが出来ます。		
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

(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	竹内医院
		住所	千葉県富津市大堀 2-14-15
		診療科目	内科、外科、消化器内科、他
		協力内容	緊急時対応、健康診断の実施 ・医療費その他の費用は入居者の自己負担。

(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	65歳以上		
契約の解除の内容	1. 入居者が逝去した場合 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、ほかの入居者・職員 の生命に危害を及ぼすかその恐れが あり、通常の介護方法・接遇方法では 防止できない場合。 その他、契約書等に定めた事項による。	
	解約予告期間	1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	11人		
その他	基本的には個室だが、特別な事情により入居者と同居させる ことが必要であると都道府県知事が認めた場合は同居可。		

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		
生活相談員				
直接処遇職員	5	1	5	
介護職員	5	1	5	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
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}				
※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。 ※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。				

(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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	3	2	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		
		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 (17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	

(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		2 なし					
			資格等の名称							
	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				2						
前年度1年間の退職者数		1		1						
業務に従事し	1年未満			1						
	1年以上			1						
	3年未満									
	3年以上				2					
	5年以上				1					

た 経 験 年 数 に 応 じ た 職 員 の 人 数	10年未 満										
	10年以 上			1							
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
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	経済情勢、諸物価の変動、公租公課等の改訂及び近隣の同種物件と比較して不相当となった時、並びに本物件及び付帯施設又は敷地に改良を施したとき。
	手続き	料金改定の1か月前までに文書で通知し、同意をいただく。

(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2	要介護4
	年齢	79歳	88歳
居室の状況	床面積	18.21㎡	18.78㎡
	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	前払金	0円	0円

必要な費用	敷金	108,000円	114,000円	
月額費用の合計		102,000円	104,000円	
家賃		36,000円	38,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	45,000円	45,000円
		管理費	5,000円	5,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	5,000円	5,000円
		その他（共益費）	6,000円	6,000円
		その他（生活相談）	5,000円	5,000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	建設費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出
敷金	家賃の 3ヶ月分
介護費用	介護保険サービスの自己負担額以外の料金は発生しない。
管理費	衣類、寝具の洗濯代、居室の清掃、服薬の管理、居室消耗品の購入費
食費	厨房維持費、食材費に基づく費用。（喫食数による返金制度なし）
光熱水費	各部屋の電気代、水道代を部屋数で割った費用。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他（共益費）	食堂、共同トイレ、廊下など共同部分の水道光熱費や消耗品費
その他（生活相談）	安否確認、介護相談、医療相談、緊急時対応、不在時の来客・郵便等の対応等をする人件費。

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	4人
	女性	3人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	1人
	85歳以上	5人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	0人
	要介護2	1人
	要介護3	0人
	要介護4	2人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	5人
	5年以上10年未満	2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	81歳
入居者数の合計	7人
入居率*	64%
※ 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を含む。	

(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	1人
	医療機関	3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	4人 (解約事由の例) 医療行為が必要となった為

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	おり鶴の里ふくろうサービス付き高齢者住宅	
電話番号	0439-80-4008	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
定休日	日曜日・祝日	
窓口の名称	県土整備部住宅課	
電話番号	043-223-3231	
対応している時間	平日	9:00~17:00
定休日	土、日曜日・祝日	

(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)
	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	1 あり	実施日	
--------------	------	-----	--

見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		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 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 定員人数が少ないため、管理者による家族との連携体制をとり、地域との交流も管理者が地域交流の場を入居者に提案し、参加する体制となっている。 (コロナ禍の為現在は控えています。)
	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 (平成 年 月 日届出) 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	
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 (平成 30年 11月 28日登録) 2 なし	
千葉県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	1 あり 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	サービス付き高齢者向け住宅の登録をしているため、適用外。	

の内容	
「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
千葉県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（別の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

受説明者署名_____印

※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		
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	おり鶴デイサービスセンター青堀	千葉県富津市大堀 2-14-25
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		
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＞				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
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		

	定期健康診断			なし	あり		○		通院時、本人・ 家族希望により 対応
	健康相談	なし	あり	なし	あり	○			適宣実施
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			適宣実施
	服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			適宣実施
	生活リズムの記録（排便・ 睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			適宣実施
入退院時・入院 中のサービス									
	移送サービス	なし	あり	なし	あり				
	入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
	入院中の洗濯物交換・買い 物	なし	あり	なし	あり				
	入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	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。