

重要事項説明書

記入年月日	2025/8/1
記入者名	飛座 治美
所属・職名	取締役

1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃぶれいん 有限会社ブレイン	
主たる事務所の所在地	〒292-0041 千葉県木更津市清見台東 2-9-2	
連絡先	電話番号	0438-30-9750
	FAX番号	0438-98-5485
	ホームページアドレス	http://fkisarazu.wixsite.com/website
代表者	氏名	飛座 治美
	職名	施設長
設立年月日	2000 年 4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) ふおるてきさらづ フォルテ木更津	
所在地	〒292-0041 千葉県木更津市清見台東 2-9-2	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 木更津駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合・日東バス清見台行き乗車 15 分、木更津高専前停留所で下車、徒歩 2 分 ②自動車利用の場合・高速館山自動車道木更津北 IC から木更津市街へ 8 分
連絡先	電話番号	0438-30-9750

	FAX番号	0438-98-5485
	メール	fkisarazu@ninus.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http://fkisarazu.wixsite.com/website
管理者	氏名	飛座 治美
	職名	代表取締役
建物の竣工日		1971年 11月 5日
有料老人ホーム事業の開始日		2000年 4月 1日

【類型】【表示事項】

3 住宅型

3. 建物概要

土地	敷地面積	1252 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（普通賃借 ・ 定期賃借）	
		抵当権の有無	2 なし
		契約期間	1 あり (2000年4月1日～2030年3月31日)
		契約の自動更新	1 あり
建物	延床面積	全体	1337.4 m ²
		うち、老人ホーム部分	954.68 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
	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）	
		抵当権の設定	2 なし
		契約期間	1 あり (2000年4月1日～2030年3月31日)
		契約の自動更新	1 あり
	居室の状況	1 全室個室	
		2 相部屋あり	
		最少	2人部屋

		最大		2人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
		タイプ1	有/無	有/無	13.38 m ²	24
タイプ2	有/無	有/無	26.76 m ²	1	一般居室相部屋	

※「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	2ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	1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	2ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
	食堂	1	あり	
	入居者や家族が利用 できる調理設備	2	なし	
エレベーター	4	なし		
消防用設備 等	消火器	1	あり	
	自動火災報知設備	1	あり	
	火災通報設備	1	あり	
	スプリンクラー	1	あり	
	防火管理者	1	あり	
	防災計画	1	あり	
緊急通報装 置等	居室 1 あり	便所 1 あり	浴室 3 なし	その他（ ）
その他				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	適切なサポートで最後まで楽しく生活できる
サービスの提供内容に関する特色	面会は事前予約で常時可能 施設内に訪問介護事業所、地域密着型通所介護有
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 (訪問介護利用以外)
食事の提供	1 自ら実施
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 (訪問介護利用以外)

健康管理の供与	1 自ら実施 (訪問介護利用以外)
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施
生活相談サービス	1 自ら実施

(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（定期検査のみ） 4 その他（ 松清訪看の確保 ）		
協力医療機関	1	名称	松清医院	
		住所	木更津市清見台南 1-9-6	
		診療科目	内科、消化器内科、腎臓内科	
		協力科目	小児科	
		協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1
診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1		あり	
新興感染症発生時に連携する医療機関		1 あり		
		医療機関の名称	松清医院	
		医療機関の住所	木更津市清見台南 1-9-6	
協力歯科医療機関	名称	松清歯科医院		
	住所	木更津市清見台南 1-9-7		
	協力内容	訪問診療		

5. 職員体制

(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	1		1	
直接処遇職員	11		11	
介護職員	11		11	

看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	5			
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	6		6
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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	1		1
作業療法士	1		1
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19 時 00 分～6 時 00 分)		
	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					
		業務に係る資格等		1 あり							
				資格等の名称		理学療法士/介護福祉士					
		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					4						
前年度1年間の退職者数					2						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満										
	1年以上				4						
	3年未満										
	3年以上				3						
	5年未満										
	5年以上				2						
	10年未満										
10年以上				2							
従業者の健康診断の実施状況				1 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】	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 1		要介護 5	
	年齢		78 歳		92 歳	
居室の状況	床面積		13.38 m ²		13.38 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		300000 円		300000 円	
	敷金		円		円	
月額費用の合計			円		円	
家賃			50000 円		50000 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※	食費	40000 円		40000 円	
		管理費・光熱水費	40000 円		40000 円	
		介護費用	円		円	
		その他	円		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	¥50000

敷金	家賃の ヶ月分
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/光熱費	¥40000
食費	¥40000
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	

(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	家賃¥50000×6 カ月	
想定居住期間 (償却年月数)	6 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)	0 円	
初期償却率	%	
返 還 金 の 算定方法	入居後 1 月以内の契約終了	¥250000
	入居後 1 月を超えた契約終了	返還金なし
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	4 人
	女性	8 人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	7 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人

	要支援 2	人
	要介護 1	2 人
	要介護 2	人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	3 人
	要介護 5	5 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	5 人
	10 年以上 15 年未満	2 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	86 歳
入居者数の合計	12 人
入居率※	46%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	2 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	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	フォルテ木更津	
電話番号	0438-30-9750	
対応している時間	平日	9:00～15:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土・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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 身体障害・財物損壊
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 身体損害
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	2025/4/1
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容) デイサービス運営推進会の際(年2回同時開催)
	2 代替措置なし	
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	担当者の配置	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
身体的拘束等廃止のための取組状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと	
	<input type="checkbox"/> 1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	従事者に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
提携ホームへの移行【表示事項】	1 あり(提携ホーム名:) <input type="checkbox"/> 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 (年 月 日届出) <input checked="" type="checkbox"/> 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 (年 月 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし (年 月 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の内容	階段幅が旧建築物のサイズ
「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) <input checked="" type="checkbox"/> 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 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			併設・隣接の 状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	訪問介護マリア	木更津市清見台東2-9-2
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	通所介護マリア	木更津市清見台東2-9-2
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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		
介護サービス	特定施設入居者生活介護（利用者一部負担※1） 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						
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり						
	おむつ代	なし	あり						
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり						
	特浴介助	なし	あり						
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり						
	機能訓練	なし	あり						
	通院介助	なし	あり						
生活サービス	居室清掃	なし	あり						
	リネン交換	なし	あり						
	日常の洗濯	なし	あり						
	居室配膳・下膳	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	なし	あり						
	理美容師による理美容サービス	なし	あり						
	買い物代行	なし	あり						
	役所手続き代行	なし	あり						
	金銭・貯金管理	なし	あり						
健康管理サービス	健康診断	なし	あり						
	健康相談	なし	あり						
	生活指導・栄養指導	なし	あり						
	服薬支援	なし	あり						
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり						
入退院時・入院中のサービス	移送サービス	なし	あり						
	入退院時の同行	なし	あり						
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり						
	入院中の見舞い訪問	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～3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、月額の利用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区別して記入する。
 ※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。