

重要事項説明書

記入年月日	令和2 年 7月 1日
記入者名	番場 俊文
所属・職名	施設長

※ サービス付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	株式会社
名称	(ふりがな) おーちゃーど・けあかぶしきがいしゃ オーチャード・ケア株式会社	
主たる事務所の所在地	〒 617-0844 京都府長岡京市調子2丁目10番21号	
連絡先	電話番号	075-959-0130
	FAX番号	075-959-0131
	ホームページアドレス	http://numazu.sanc-gr.com/
代表者	氏名	濱村 徳士
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 26年 9月 1日	
主な実施事業	※別添1（別を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)	おーちゃーどぬまづ オーチャード沼津
----	--------	-----------------------

所在地	〒 410-0048 静岡県沼津市新宿町9-5	
主な利用交通手段	最寄駅	JR東海道本線「沼津」駅
	交通手段と所要時間	駅から0.5km(徒歩約6分)
連絡先	電話番号	055-929-6230
	FAX番号	055-924-5711
	ホームページアドレス	https://numazu.orchard-care.co.jp/
管理者	氏名	番場 俊文
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和・平成	19年 10月 31日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	21年 8月 20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	特定施設入居者生活介護静岡県第2271102747 介護予防特定施設入居者生活介護静岡県第2271102747
	指定した自治体名	静岡県 (沼津市)
	事業所の指定日	平成 26年 9月 1日
	指定の更新日 (直近)	令和 2年 9月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1224.92 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				
		抵当権の有無	① あり	2 なし		
		契約期間	① あり	(平成21年 6月 1日～平成51年5月 31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	4161.92(地上7階建) m ²			
		うち、老人ホーム部分	3,926.68 m ²			
	耐火構造	① 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 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	(平成21年6月1日～平成51年5月31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	① 全室個室				
		【表示事項】	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	①有/無	①有/無	28.16 m ²	46	介護居室個室
	タイプ2	①有/無	①有/無	24.28 m ²	6	介護居室個室
	タイプ3	①有/無	①有/無	36.48 m ²	4	介護居室個室
	タイプ4	①有/無	①有/無	28.5 m ²	2	介護居室個室
	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	8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	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	1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	1ヶ所
			その他 ()	0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	談話室、多目的室、機械浴室、喫煙室、洗濯室、汚染処理室、ロビー、エントランスホール、トイレ等			

4. サービスの内容
(全体の方針)

<p>運営に関する方針</p>	<p>運営理念 ご利用様の生活習慣を尊重した毎日をサポートします。 そして最期まで「楽しい」「幸せ」と感じていただけるサービスを提供します。</p> <p>運営方針 ご利用様にとって心地よい生活空間をつくります。 教育研修を充実し、職員が働きやすい職場環境をつくります。 地域の関係者様に開かれた施設をつくります。</p> <p>行動規範 ①礼節を持って挨拶します。 ②常に明るく笑顔でいます。 ③感謝と謙虚の気持ちをもって行動します。 ④清潔を保ちます。 ⑤安全・安心を確保します。 ⑥楽しみや目標を共有します。 ⑦主体性・個性を引き出します。 ⑧チームケアを心掛けます。 ⑨積極的・肯定的なコミュニケーションを行います。 ⑩介護の基本を身に付け、さらに最新の知識と高い技術を追求します。 ⑪地域との交流を大切にします。 ・業務上で知り得た入居者及びその家族に関する個人情報については、個人情報保護法を遵守してその保護に努め、入居者又は第三者の生命、身体等に危険又は医療上緊急の必要性がある場合など、正当な理由がある場合、又は入居者及びご家族等の事前の同意がある場合を除いて、契約中及び契約終了後も、第三者に漏らすことはありません。 ・入居者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたとき</p>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>食事については、原則、2階フロアの食堂で食事をしていただきます。費用等については、重要事項説明書「6. 利用料金」で確認をお願い申し上げます。 利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、主治医または協力医療機関に連絡をとり、適切な対応を行います。 私たち職員一同が目指している老後の理想郷の中で、利用者が主役となる運営を目指し、職員一同誠心誠意努力させていただきます。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p>① 自ら実施 2 委託 3 なし</p>

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

(介護サービスの内容) ※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

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	
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	① 救急車の手配
※複数選択可	② 入退院の付き添い
	③ 通院介助

		④ その他（健康相談、服薬支援等）	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団真養会田沢医院(ホームから0.8Km)
		住所	沼津市大手町三丁目7番1号
		診療科目	内科、外科、漢方内科、肛門外科、呼吸器内科、消化器外科、循環器内科、整形外科
		協力内容	オーチャード沼津の入居者が高齢であり、何らかの慢性疾患を持っているケースが多いこと、あるいは老化から罹病しやすい状態や環境にある事に鑑み当該医院の有する内科及び外科、整形外科等において、入居者の受診、治療に協力する。 (医療費その他の費用は入居者の自己負担。)
	2	名称	一般財団法人芙蓉協会聖隷沼津病院(ホームから1.7km)
		住所	沼津市本字松下七反田902-6
診療科目		内科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、呼吸器外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科	
	協力内容	オーチャード沼津の入居者が高齢であり、何らかの慢性疾患を持っているケースが多いこと、あるいは老化から罹病しやすい状態や環境にある事に鑑み当該医院の有する内科及び外科、整形外科等において、入居者の受診、治療に協力する。 (医療費その他の費用は入居者の自己負担。)	
協力歯科医療機関		名称	松永歯科
		住所	沼津市八幡町2-2
		協力内容	医師・衛生士が訪問し病状を把握し管理・指導を行う。

(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	1 一時介護室へ移る場合	
	② 介護居室へ移る場合	
	3 その他（ ）	
判断基準の内容	① 入居者の身体状況等の変化により、必要であるとホームが判断したとき ② 入居者の大幅な増減により、適切なホーム運営を行う上で必要であるとホームが判断したとき ③ 入居者が個別事情で変更を求めホームが運営上問題ないと判断したとき	
手続きの内容	① 医師の意見を聴取した上で行う ② 入居者又は1身元引受人の同意を得る ③ 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける	
追加的費用の有無	① あり 2 なし	
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	① あり 2 なし	
従前の居室との	面積の増減	① あり 2 なし
仕様の変更	便所の変更	1 あり ② なし

浴室の変更	1 あり	② なし
洗面所の変更	1 あり	② なし
台所の変更	1 あり	② なし
その他の変更	1 あり	(変更内容)
	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	概ね60歳以上の方で ① 常時医療を必要としない方 ② 感染症に罹病していない方 ③ 自傷・他害の恐れのない方		
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者、又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	・入居申し込み時に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月額の利用料及びその他利用料の支払いを正当な理由なく、3ヶ月以上遅滞されたとき ・入居者の行動が、他の入居者及びオーチャード職員 又は第三者の生命・身体・財産等に危害を及ぼす恐れがあり、通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止する事ができないとき 等	
	解約予告期間	3ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	① あり (内容： 1泊2日/5,000円(税込)。食事代は別途負担。 2泊目以降は別途相談) 2 なし		
入居定員	62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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	23	17	6	21
介護職員	18	15	3	16.9
看護職員	5	2	3	3.6
機能訓練指導員	1		1	0.5
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1	1		1
調理員	8	3	5	6
事務員	3	2	1	2.5
その他職員	4	1	3	2.8
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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	13	11	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	5	3	2
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	1		1

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			
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 (16時30分～翌9時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	1 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の 利用者に対する看護・介護職 員の割合 (一般型特定施設以外の場合、 本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 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)	2.3 : 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	社会福祉士	
		(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		1	0	5	1						
前年度1年間の退職者数		1	0	2	2						
応じた業務に従事した職員の人数 の経験年数に	1年未満	1	0	2	0				1	1	
	1年以上	0	1	5	0						
	3年未満										
	3年以上	1	2	2	1						
	5年未満										
	5年以上	0	0	6	2	1					
	10年未満										
10年以上											
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	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	物価変動、人件費上昇により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	要支援・要介護	自立	
	年齢	65歳	62歳	
居室の状況	床面積	28.16 m ²	28.16 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 必要な経費	前払金	5,024,400円	6,522,400円	
	敷金	100,000円	100,000円	
月額費用の合計		(税抜)194,441円	(税抜)174,000円	
家賃		(非課税)70,000円	(非課税)70,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		(要介護2)20,441円	0円
	介護保険外 ※2	食費	(税抜)54,000円	(税抜)54,000円
		管理費	(非課税)50,000円	(非課税)50,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	実費	実費
		その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有

※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	土地・建物の賃借料、借入利息等を基に算定。
敷金	退去時、居室等を原状回復に資する費用及び、事業者に対する債務返還費用を除き、全額返還
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	共用施設の光熱水費、設備維持費、備品費、消耗品費、事務費及び人件費（宿直、事務経理、車両維持費等）、緊急通報費。
食費	朝食530円 昼食630円 夕食640円 月/30日として計算、税抜
光熱水費	各居室にガス、電気、水道メーターを設置し実費負担
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	

	85歳以上	46人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	7人
	要支援2	7人
	要介護1	17人
	要介護2	10人
	要介護3	6人
	要介護4	4人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	23人
	5年以上10年未満	18人
	10年以上15年未満	4人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.6歳
入居者数の合計	54人
入居率※	87.1%
※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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	3人
	死亡者	10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	3人
		(解約事由の例) 施設では対応不可能な医療行為が必要になった為。

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	オーチャード沼津事務室	静岡県国民健康保険団体連合会(介護保険課)	沼津市長寿福祉課	全国有料老人ホーム協会	
電話番号	055-929-6230	054-253-5590	055-934-4865	03-3272-3781	
対応している時間	平日	9:00~17:30	9:00~17:00	8:30~17:15	10:00~17:00
	土曜	9:00~17:30	—	—	—
	日曜・祝日	9:00~17:30	—	—	—
定休日	—	土日・祝祭日・年末年始等			

(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)	三井住友海上(株)の福祉事業者総合賠償責任保険
	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)	自己対応マニュアルに基づく
	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	平成23年1月24日
		評価機関名称	全国有料老人ホーム協会サービス第三者評価
		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 3 サービス付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 ② なし	
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		
「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	
不適合事項がある場合の内容	
重要事項説明書の開示状況	1階事務所前にて閲覧可

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

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。