

重要事項説明書

記入年月日	2026年1月1日
記入者名	高島 功行
所属・職名	施設長

1 事業主体概要

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) あおぞらふくしきーびすかぶしきがいしや 蒼空福祉サービス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒700-0822 岡山県岡山市北区表町1丁目5番1号	
連絡先	電話番号	086-222-8180
	FAX番号	
	メールアドレス	hale-homekanri@hale.co.jp
	ホームページアドレス	http://aozora-fs.jp/
代表者	氏名	上川 敏文
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成・令和 27年 8月 18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) あいらのもり さがいだいまえ あいらの杜 佐賀医大前	
所在地	〒849-0938 佐賀県佐賀市鍋島町大字鍋島2001番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR佐賀駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 佐賀市営バス乗車16分、 鍋島団地西停留所で下車、 徒歩6分 ② 自動車利用の場合 乗車15分
連絡先	電話番号	0952-36-9180
	FAX番号	0952-36-9185
	メールアドレス	saga-01@halenosumai.jp
	ホームページアドレス	http:// www.halenosumai.jp/
管理者	氏名	高島 功行
	職名	たかしま のりゆき
建物の竣工日		昭和・平成・令和 23年 3月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 23年 5月 1日

(類型) 【表示事項】

<div> <div>1</div> <div>介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）</div> </div> <div> <div>2</div> <div>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）</div> </div> <div> <div>3</div> <div>住宅型</div> </div> <div> <div>4</div> <div>健康型</div> </div>		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	4170102893
	指定した自治体名	佐賀県
	事業所の指定日	令和 7年 4月 1日
	指定の更新日（直近）	令和 7年 4月 1日

3 建物概要

土地	敷地面積	1 6 8 1 . 6 9 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	1	あり	2	なし			
		契約期間	1	あり (2011年10月1日 ~ 2041年9月30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		1 6 6 6 . 6 2 m ²					
		うち、有料老人ホーム部分		1 6 3 3 . 9 2 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（普通賃借・定期賃借）							
		抵当権の設定	1	あり	2	なし			
		契約期間	1	あり (2011年10月1日 ~ 2041年9月30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						
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※			
	タイプ1	有/無	有/無	18m ²	19	一般居室個室			
	タイプ2	有/無	有/無	19.2m ²	7	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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における介護浴室	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	1ヶ所
			ストレッチャー浴	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）	
消防用施設等	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
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他（ ）
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	3 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	高齢者にとって住み慣れた地域で「医療と介護と住まいの一体化（三位一体）」が実現している安心・安全な終の棲家としての役割の担い、社会と地域に貢献することを目指します。			
サービスの提供内容に関する特色	医療機関との医療・介護連携により、専門医による医療ケア・リハビリ・介護のサポート体制を整えています。			
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

(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
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
		(Ⅲ)	1	あり	2	なし
		(Ⅳ)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ)	1	あり	2	なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	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		※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 (訪問医療医の確保)			
協力医療機関	1	名称	医療法人 大和正信会 ふじおか病院			
		住所	佐賀市大和町大字尼寺2685			
		協力科目	内科、胃腸科、循環器科、外科、呼			

			吸器内科、リハビリテーション科
		診療科目	内科、胃腸科、循環器科、外科、呼吸器内科、リハビリテーション科
		協力内容	訪問診療、受診、治療、入院支援
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	協力歯科医療機関	名称	医療法人社団恵真会 下平歯科医院
		住所	佐賀県佐賀市久保田町久富392-2
協力内容		訪問診療、受診、治療	

(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		
手続きの内容		
追加的費用の有無		1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	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	身元引受人を2名選定する必要があります。	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者及び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	入居者の言動等が、他の入居者・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・接遇では防止できない場合
	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：入浴、食事、レク等） ② なし
入居定員	26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	0	1.0
生活相談員	2	2	0	1.0
直接処遇職員	11	11	0	10.0
介護職員	8	8		7.5
看護職員	3	3		2.5
機能訓練指導員	1	1	0	0.5
計画作成担当者	1	1	0	0.5
栄養士	0	0	0	業務委託
調理員	1	1	0	
事務員	1	1	0	1.0
その他職員	0	0	0	1.0
1週間のうち、常勤の従事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	0	0	0
介護福祉士	4	4	0
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	3	3	0
介護支援専門員	0	0	0

(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	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	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 (18時30分 ~ 7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	1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		介護職員初任者研修修了					
				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	0	0	0	0	0	0	0	
前年度 1 年間の	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

退職者数											
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	3	0	9	0	2	0	1	0	1	0
	1年以上 3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	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		

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法 【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	施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案 して改定	
	手続き	運営懇談会で入居者及び身元引受人の意見を聴いた上で改 定	

(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 1
	年齢	85歳	85歳
居室の状況	床面積	18㎡	18㎡
	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
	前払金	0円	2,520,000円
入居時点で 必要な費用	敷金	100,000円	100,000円

月額費用の合計			151, 865円	127, 865円
家賃相当額			47, 400円	23, 400円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ 1 の費用		16, 765円	16, 765円
	介護保険外※ 2	管理費	15, 000円	15, 000円
		共益費	25, 300円	25, 300円
		食費	40, 110円	40, 110円
		介護費用	円	円
		電気代（居室内）	実費	実費
		冷暖房加算費	3, 000円	3, 000円
		水道代（居室内）	3, 300円	3, 300円
		オゾン脱臭機器使用料	990円	990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)

費用	算定根拠
家賃	地代、家賃、修繕費、管理事務費、余命等を勘案し算定
敷金	家賃の2. 1ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担費用は含まない
管理費	事務管理部門の人件費及び事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供の為に人件費及び事務費施設維持管理費の総費用を勘案し算定
共益費	共用施設その他共用部分（廊下等）の維持管理費・水道代・ガス代・電気代・備品代・消耗品代・修繕積立金・法定点検費の総費用を勘案し、1室あたりの月額費用を算定
食費	委託費、光熱費、メンテナンス費を勘案し算定 ・1日の食費：朝食400円（内消費税29円）、昼食468円（内消費税34円）、夕食469円（内消費税34円）
電気代（居室内）	実費
冷暖房加算費	共用部分電気代の平均的な増加分を勘案して算定
水道代（居室内）	居室の平均的な使用量を勘案して算定
オゾン脱臭機器使用料	居室設置機器の平均的な維持管理費を勘案して算定
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	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※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

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	ご利用者の要介護度、負担割合に準ずる
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乗せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(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	厚生労働省の有料老人ホーム設置運営指導指針及び事務連絡で示された算式に基づき算定	
想定居住期間(償却年月数)	84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)	504,000円	
初期償却率	20%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	前払金－(前払金－初期償却額)÷想定居住月数÷30×(入居日から契約終了までの日数)
	入居後3月を超えた契約終了	(前払金－初期償却額)×(契約終了日から想定居住期間満了日までの日数)÷(入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数)
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	(株)中国銀行
	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	21人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	21人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	4人
	要介護1	10人

	要介護 2	6人
	要介護 3	2人
	要介護 4	2人
	要介護 5	0人
入居期間別	6 ヶ月未満	4人
	6 ヶ月以上 1 年未満	2人
	1 年以上 5 年未満	14人
	5 年以上10年未満	5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	90.3歳
入居者数の合計	25人
入居率※	96%
※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	1人
	医療機関	0人
	死亡者	2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	12人
		(解約事由の例) 入院中の死亡、特養等

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況)※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		あいらの杜 佐賀医大前
電話番号		0952-36-9180
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	9時00分～17時00分
	日曜・祝日	9時00分～17時00分
定休日		なし
窓口の名称		佐賀県 健康福祉本部長寿社会課
電話番号		0952-36-9180
対応している時間	平日	8時30分～17時15分

	土曜	土日祝休
	日曜・祝日	土日祝休
定休日	1 2 月 2 9 日～1 月 3 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) あいおいニッセイ同和損保 介護保険・社会福祉事業者保険
	<input type="checkbox"/> 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時の対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input 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 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公表していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公表していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公表していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公表していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公表していない

10 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1 回
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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29条第1項に 規定する届出	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	
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		

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

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

説明を受けた者署名 _____

※契約を前提とした説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。