

重要事項説明書

記入年月日	令和1年8月1日
記入者名	柳田 久美子
所属・職名	代表取締役

※ サービス付き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	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃはるうらら	
	有限会社 春うらら	
主たる事務所の所在地	〒890-0067 鹿児島市真砂本町16-7	
連絡先	電話番号	099-251-7888
	FAX番号	099-251-7897
	ホームページアドレス	http://haruurarak.wixsite.com/mysite
代表者	氏名	柳田 久美子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 15 年 12 月 24 日	
主な実施事業	※別添1（別の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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ はるうらら	
	住宅型有料老人ホーム 春うらら	

所在地	〒890-0067 鹿児島市真砂本町20-3		
主な利用交通手段	最寄駅	JR南鹿児島 駅	
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 市営バス11番線 中央駅バスで乗車分、 砂中央停留所で下車、徒歩5分 ②自動車利用の場合 225号線より県庁に向い鹿児島銀行真砂支店 手前交差点を右に折れ50m進み左手	
連絡先	電話番号	099-250-0617	
	FAX番号	099-250-0630	
	ホームページアドレス	http://haruurarak.wixsite.com/mysite	
管理者	氏名	[REDACTED]	
	職名	施設長	
建物の竣工日		平成	22年 2月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成	22年 3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	
	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	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 (2010年2月1日～2040年1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	257.90m ²
		うち、老人ホーム部分	107.41m ²

	耐火構造	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 3 木造 4 その他()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		<input checked="" type="radio"/> 2 事業者が賃借する建物				
抵当権の設定		<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし			
契約期間		<input checked="" type="radio"/> 1 あり	(2010年2月1日~2040年1月31日) 増築部分 (2015年6月1日~2045年5月31日)			
	契約の自動更新	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		<input checked="" type="radio"/> 2 相部屋あり				
		最少	1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/ <input checked="" type="radio"/> 無	有/ <input checked="" type="radio"/> 無	8.12~10.83㎡	5	一般居室個室
	タイプ2	有/ <input checked="" type="radio"/> 無	有/ <input checked="" type="radio"/> 無	19.85㎡	1	一般居室相部屋
	タイプ3	<input checked="" type="radio"/> 有/無	有/ <input checked="" type="radio"/> 無	20.0㎡	1	一般居室相部屋
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
	タイプ6	有/無	有/無	㎡		
タイプ7	有/無	有/無	㎡			
タイプ8	有/無	有/無	㎡			
タイプ9	有/無	有/無	㎡			
タイプ10	有/無	有/無	㎡			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	3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	3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	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		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				

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	心の財（たから）こそ第一なりの理念を礎に、常に皆様の気持ちになって考え、人生の総仕上げのお手伝いをさせて頂き安全で幸福感を実感して頂ける施設を目指します。
サービスの提供内容に関する特色	入居者の皆さまが安心して暮らせるように、24時間職員が見守れる体制を整え、ナースコールを各居室に設置し、迅速な対応ができる様に心掛けております。ご家族様や地域との交流を図り、様々な相談も親身になってお応えしております。ご希望によりターミナルまで対応いたします。
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 (関係機関への連絡)	
協力医療機関	1	名称	泉原リウマチ内科クリニック
		住所	鹿児島市真砂本町26-3
		診療科目	内科
		協力内容	利用者の医療受診。医療機関の入院前後の受け皿として連携。緊急時対応。健康相談。健康診断。
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	かじや歯科
		住所	鹿児島市真砂本町20-20
		協力内容	利用者の医療受診。往診。健康相談。

(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
		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	感染症の方は医師の承諾必要				
契約の解除の内容	入居契約書参照 (第28条、第29条)				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書 第28条の通り			
	解約予告期間	2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: 空室がある場合可能。1~3日。1日4000円。部屋代、食事代、リネン代含む) 2 なし				
入居定員	9名				
その他	空室がある場合に短期間の入居の方の受け入れ可能				

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 12人		
		常勤	非常勤
管理者	1	1	
生活相談員			
直接処遇職員	8	4	4
介護職員	8	4	4
看護職員			
機能訓練指導員			
計画作成担当者			
栄養士			
調理員	2	1	1
事務員			
その他職員	1		1
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	5	1
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			
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	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)	

※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	
	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						
前年度1年間の退職者数			1							
に業務に就いた従事した経験年数	1年未満			1						
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満			5	1					
10年以上				2						
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 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	① 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 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	鹿児島市が発表する消費者物価及び人件費を勘案する
	手続き	運営懇談会を開き承諾を得る

(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1～5	要介護1～5
	年齢	89歳	89歳 90歳
居室の状況	床面積	10.85㎡	19.85 ㎡

	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	円	円
	敷金	10,500円	300,000円
月額費用の合計		120,000円	300,000円
家賃		30,000円	100,000円
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	30,000円	60,000円
	管理費	60,000円	140,000円
	介護費用	円	円
	光熱費	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	近隣の賃貸物件等の相場による
敷金	家賃の 3.5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	人件費等を算出し決定
食費	原材料費及び人件費による
光熱水費	原則なし 電灯、テレビ、エアコン以外の電源を利用した場合 冷蔵庫 1,000円/月 その他500円/月
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等	

(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

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
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（上乘せサービス）	
※ 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		
想定居住期間(償却年月数)		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)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
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	1人
	女性	8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	1人
	85歳以上	8人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	0人
	要介護2	0人
	要介護3	2人
	要介護4	1人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	4人

	5年以上10年未満	3人
	10年以上15年未満	0人
	1年以上5年未満	0人

(入居者の属性)

平均年齢	91歳
入居者数の合計	9人
入居率	100%
※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	0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	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		有限会社 春うらら
電話番号		099-251-7888
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		土・日・祝
窓口の名称		鹿児島市 長寿あんしん課
電話番号		099-216-1147

(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) 損害賠償保険
	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) 事故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	毎年8月
		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 2 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)

同意書

令和 年 月 日

住宅型有料老人ホームへ入居されるにあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者署名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、住宅型老人ホームに入居する事に同意し、書面の交付を受けました。

利用者

住 所

氏 名

印

身元引受人

住 所

氏 名

印

続 柄
