

## 重要事項説明書

記入年月日	令和元年7月1日
記入者名	井上真里子
所属・職名	施設長

※ 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
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ さんらいず 株式会社 サンライズ	
主たる事務所の所在地	〒 福岡県三潴郡大木町大字奥牟田827-6	
連絡先	電話番号	0954-23-5211
	FAX番号	0954-23-8755
	ホームページアドレス	http://3rise-group.com/
	メールアドレス	kaigo-kirara@ceres.ocn.ne.jp
代表者	氏名	熊丸 ひろ子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成・令和 19年 4月 3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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ きらら 介護付有料老人ホーム きらら		
所在地	〒843-0024 武雄市武雄町大字富岡9576-1		
主な利用交通手段	最寄駅	武雄温泉 駅	
	交通手段と所要時間	自動車利用の場合 ・乗車5分	
連絡先	電話番号	0954-20-1030	
	FAX番号	0954-20-1140	
	ホームページアドレス	http://3rise-group.com/	
	メールアドレス	kaigo-kirara@ceres.ocn.ne.jp	
管理者	氏名	井上 真里子	
	職名	施設長	
建物の竣工日		昭和・平成・令和	19年 9月 20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和	24年 11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	4190600090	
	指定した自治体名	杵藤地区広域市町村圏組合	
	事業所の指定日	平成・令和	24年 11月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成・令和	30年 11月 1日





<p>本 利 用 に 関 する 請 理 請 負</p>	<p>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</p>
---	--

		し
シ 戸 方 言 等	①	あり 2 なし
目 重 シ 幸 矢 言 何	①	あり 2 なし
シ 幸 言 何	①	あり 2 なし
シ 幸 言 何	①	あり 2 なし
シ 管 理 者	①	あり 2 なし
シ 言 何	①	あり

		2
		なし

4 サービスの内容  
(全体の方針)

運営に関する方針	入居者様一人ひとりの意思を尊重し、寄り添いながら笑顔で支援いたします
サービスの提供内容に関する特色	健康管理とその残存能力を大切にし、主治医や関係者の方と密に連携を取りながら、その方らしい生活を送れるよう支援いたします。
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) 3 : 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 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人 貝原医院	
		住所	武雄市武雄町大字武雄 8007	
		診療科目	内科・循環器科	
		協力内容	治療の受入、健康診断、緊急医療の対応	
	2	名称	中川内医院	
		住所	佐賀県武雄市武内町真手野 28180-1	
		診療科目	内科、外科、消化器科	
		協力内容	治療の受入、健康診断、緊急医療の対応	
協力歯科医療機関	名称	寺尾歯科医院		
	住所	武雄市武雄町大字昭和 23-5		
	協力内容	治療の受入		

(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		
契約の解除の内容	入居者の死亡、事業者からの解除、入居者からの解除	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第5章第26条第1項
	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3食付 ) 2 なし	
入居定員	23人	
その他		

## 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） 21人			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1人	1人		0.5人
生活相談員	4人	2人	2人	2人
直接処遇職員				
介護職員	11人	9人	2人	10.3人
看護職員	1人	1人	0人	1人
機能訓練指導員	2人		2人	0.7人
計画作成担当者	1人	1人		1人
栄養士				
調理員	1人		1人	0.4人
事務員				
その他職員	1人		1人	0.4人
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			
介護福祉士	6人	4人	2人
実務者研修の修了者	1人	1人	
初任者研修の修了者			
介護支援専門員	1人	1人	

### （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		2人	
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 ( 20時～ 7時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	人
介護職員	2人	2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 ④ 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 : 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									
	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			2人							
前年度1年間の退職者数			2人							
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人					1人		
	1年以上 3年未満	1人	2人	1人		1人				
	3年以上 5年未満		1人							
	5年以上 10年未満			5人	1人		1人			
	10年以上					2人			1人	1人
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	
利用料金の支払い方法 【表示事項】	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	物価指数、人件費等を勘案し運営懇談会の意見を聞いたうえで改定
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

### (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	1	3	
	年齢	85歳	85歳	
居室の状況	床面積	14.58㎡	14.58㎡	
	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	0円	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		86,717円	90,870円	
家賃		27,000円	27,000円	
サ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者生活介護※1の費用		16,817円	20,970円
	介 護 保 険 外 ※ 2	食費	30,000円	30,000円
		管理費	0円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	12,900円	12,900円
その他		0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	1日900円
敷金	家賃の 0ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担金額は含まない。
管理費	
食費	1日 1000円
光熱水費	1日 430円
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	1割～3割
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	8人
	女性	15人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	5人
	85歳以上	16人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	6人
	要介護2	7人
	要介護3	4人
	要介護4	4人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	15人
	5年以上10年未満	3人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

### (入居者の属性)

平均年齢	87歳
入居者数の合計	23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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	6人
	死亡者	0人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の申し出	1人
		(解約事由の例) 要介護認定で要支援2の判定の為
	入居者側の申し出	6人
		(解約事由の例) 医療機関への入院の為

## 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		窓口相談室
電話番号		0954-20-1030
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜	8:30～17:30
	日曜・祝日	8:30～17:30
定休日		なし

(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時の対応	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	
		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 公表していない
管理規程	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公表していない
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 公表していない
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 公表していない
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 公表していない

10 その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 6 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 令和 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。