

住宅型有料老人ホームみらい 重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	
所属・職名	

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) かぶしきがいしゃ みらい 株式会社 観麗	
主たる事務所の所在地	〒891-2104 鹿児島県垂水市田神408番地1	
連絡先	電話番号	0994-32-4888
	FAX番号	0994-45-5349
	メールアドレス	info@welfare-mirai.com
	ホームページアドレス	http://www.welfare-mirai.com
代表者	氏名	井手元 誠
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 22 年 12 月 20 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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ みらい 住宅型有料老人ホーム みらい	
所在地	〒891-2104 鹿児島県垂水市田神408番地13	
主な利用交通手段	最寄りバス停	市役所前
	交通手段と所要時間	自動車利用の場合：市役所前バス停より5分
連絡先	電話番号	0994-32-4888
	FAX番号	0994-45-5349
	メールアドレス	info@welfare-mirai.com
	ホームページアドレス	http://www.welfare-mirai.com
管理者	氏名	井手元 誠
	職名	管理者
建物の竣工日	平成 29 年 10 月 2 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 30 年 2 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	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	486.55 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)					
		抵当権の設定	1	あり	2	なし	
		契約期間	1	あり	(年 月 日 ~ 年 月 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					206.93 m ²
		うち、有料老人ホーム部分					198.74 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	(年 月 日 ~ 年 月 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	13.24 m ²	6室	一般居室個室	
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	28.15 m ²	1戸(2室)	一般居室個室共用	
	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			
※ その他、浴室の設備に関する事項 隣接するデイサービスみらいの浴室を利用する。							

共用施設	共用便所における 便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		1ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1ヶ所			
	共用浴室	0ヶ所	個室		ヶ所			
			大浴場		ヶ所			
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェア浴		ヶ所			
			リフト浴		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			
緊急通報 装置等	居室	①	あり	2	一部あり	3	なし	
	便所	①	あり	2	一部あり	3	なし	
	浴室	1	あり	2	一部あり	③	なし	
	その他（ ）	1	あり	2	一部あり	③	なし	
その他								

4. サービス等の内容

（全体の方針）

運営に関する方針	地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていく。					
サービスの提供内容に関する特色	これまでの生活の継続性をはかると共に、その人らしい暮らしを送れるようにサポートする。					
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

(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	名称	垂水市立医療センター垂水中央病院 (ホームから約2.3km)
	住所	垂水市錦江町1-140
	診療科目	内科、外科、循環器内科、消化器内科、整形外科、放射線科、呼吸器内科、リハビリテーション科、眼科、耳鼻咽喉科、糖尿病内科、泌尿器科、血液内科、神経内科
	協力科目	
	協力内容	病状に急変が生じた場合やその他必要な場合に、連絡を取り、迅速に適切な対応をとる。また、入院加療が必要な場合に入院を支援する。 (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 ※かかりつけ医にて対応	名称	
	住所	
	協力内容	

(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	日常生活において、介護を必要とし、集団生活が可能な方		
契約の解除の内容	1. 入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居したことが判明した時 2. 家賃その他入居者がホームに支払うべき費用を1か月以上滞納した時 3. 共同生活の秩序を乱す行為があった時		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第29条に準ずる	
	解約予告期間	1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 (※空室状況により対応する) 2 なし		
入居定員	8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（実人数））

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1
	合計	常勤	非常勤	
管理者	※2 1名	1名		
生活相談員				
直接処遇職員	10名		10名	
介護職員	8名		8名	
看護職員	2名		2名	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	5名		5名	
事務員	※3 2名		2名	
その他職員	3名		3名	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				
※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 管理者と生活相談員は兼務 ※3 事務員は介護職員と兼務				

（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名	1名	5名
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	2名	1名	1名

（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名		2名
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			

(日勤を行う看護・介護職員の人数)

日勤帯の設定時間 ()	8 時～ 17 時)		最大時人数	
	最少時人数 (休憩者等を除く)		※1	
	※1	※2		
看護職員	※3	1 人	※3	1 人
介護職員	※3	1 人	※3	1 人

※1 同じ日勤時間帯でも、勤務シフトや他事業所との兼務等の状況によって人数が変動するため、出勤簿を参考に、職員が少ない時間帯と多い時間帯を考慮して記載する。
 ※2 「最少時人数」は、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。
 ※3 どちらか1名出勤

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ()	17 時～ 8 時)		夜勤帯のうち休憩時間 ()	
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)	
	※1		※2	
看護職員	※3	1 人	0 人	
介護職員	※3	1 人	0 人	

※1 常時従事している「平均人数」を整数で記入。宿直者は人数に含まない。
 ※2 「最少時人数」は、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。仮に、夜勤1人の場合、最少時人数は「0人」となる。なお、宿直者は人数に含まない。
 ※3 どちらか1名出勤

(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 介護支援専門員				
		2 なし				
	看護職員	介護職員		生活相談員		
	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						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			1名		
	1年以上3年未満			1名		
	3年以上5年未満					
	5年以上10年未満			1名		
	10年以上		2名		5名	
	機能訓練指導員	計画作成担当者				
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満					
	1年以上3年未満					
	3年以上5年未満					
	5年以上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	入居契約書第27条に基づく
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で改定する

(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	要介護	
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	13.24 m ²	28.15 m ² (共用)	
	便所	① 有 2 無	① 有(共用) 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	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計 (30日の場合)		115,500円	82,500円	
家賃		45,000円	22,500円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1	円	円	
	介護保険外※	食費	37,500円	37,500円
		管理費	15,000円	7,500円
		介護費用	12,000円	12,000円
		光熱水費	6,000円	3,000円
その他	都度払い有	都度払い有		
※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、本欄には記入しない)				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃 敷金	建物賃借料、設備品等を基礎として1室当りの家賃を算出した。 —
介護費用	上乘せ介護費：長期推計に基づき、要介護者等8名に対し、週133時間換算で、介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。
管理費	共用施設の維持管理費・修繕費。リネン交換費。
食費	厨房施設の維持管理費・修繕費。 食事やおやつ等の提供を行う費用。 ※欠食分の料金は頂きません
光熱水費	水道、電気等の維持管理費・修繕費
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	病院受診の付き添い代 1,000円/時間 ※垂水市内に限る
その他	体調悪化のため医療機関に入院された場合、家賃、管理費、光熱費として（タイプ1：1日合計2,200円、タイプ2：1日合計1,100円）を負担する。翌月末日を限度とする。

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	7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	1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	1人
	要介護4	5人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	2人
	5年以上10年未満	1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	90.8歳
入居者数の合計	8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	2人
	医療機関	4人
	死亡者	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	6人
	(解約事由の例)	・退院が見込めないため・他施設へ入所

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		住宅型有料老人ホーム みらい	
電話番号		0994-32-4888	
対応している 時間	平日	8:00~17:00	
	土曜	8:00~17:00	
	日曜・祝日	8:00~17:00	
定休日		なし	
窓口の名称		鹿児島県くらし保健福祉部 高齢者生き生き推進課	鹿児島県大隅地域振興局 保健福祉環境部地域保健福祉課 指導監査係
電話番号		099-286-2703	0994-52-2125
対応している時間		8:30~17:15	
定休日		土曜, 日曜, 祝日, 12月29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	① あり	(その内容) (公財) 介護労働安定センター 「ケアワーカー等福祉共済制度」 介護事業者賠償責任補償
	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		
		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	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	浴室を備えていない				
「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	1	あり	2	なし	
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。