

重要事項説明書

記入年月日	令和 7 年 5 月 1 日
記入者名	江藤 誠
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	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしがいしゃきらくけあ 株式会社喜楽ケア	
主たる事務所の所在地	〒808-0143 福岡県北九州市若松区青葉台西 5-13-10	
連絡先	電話番号	093-701-5702
	F A X 番号	093-701-5703
	メールアドレス	e.kirakucare.2011@gmail.com
	ホームページアドレス	http://www.kiraku-house.com/
代表者	氏名	江藤 誠
	職名	代表取締役
設立年月日	H23 年 2 月 10 日	
主な実施事業	別添 1	

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) ほーむらいふきらくのもり ホームライフ喜楽の杜	
所在地	〒808-0143 福岡県北九州市若松区青葉台西 6-2-12	
主な利用交通手段	最寄駅	折尾駅
	交通手段と所要時間	折尾駅より市営バス、青葉台サイエンスパーク下車 徒歩 3 分
連絡先	電話番号	093-701-5702
	F A X 番号	093-707-5703
	メールアドレス	house-kiraku@hb.tp1.jp

	ホームページアドレス	http://www.kiraku-house.com/
管理者	氏名	江藤 誠
	職名	施設長
建物の竣工日		R4 年 6 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		R4 年 6 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	県（市）
	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	757.32 m ²	
		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（ 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	360.25 m ²
		うち、老人ホーム部分	360.25 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他（ なし ）	
	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（ 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	14.18 m ²	12	一般居室個室
	タイプ2	有／無	有／無	m ²		
	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」「一次介護室」の別を記入。						
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		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		ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴		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（A）	①あり 2 なし				
	火災通報設備（B）	①あり 2 なし				
	A、Bの連動	①あり 2 なし				
	スプリンクラー	①あり 2 なし 1/				
	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	日常生活支援を要する者を対象とする有料老人ホームとして、より一層入居者の個人としての尊厳を確保しつつ福祉の向上を図ることとします。		
サービスの提供内容に関する特色	小規模の有料老人ホームでしか実現出来ないサービスを行い、最後まで安心して笑顔で生活が送る事が出来るサービスを提供します。		
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	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
	科学的介護推進体制加算	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
	看取り介護加算	1 あり	2 なし
	認知症専門ケア加算	1 加算Ⅰ 3 なし	2 加算Ⅱ
	サービス提供体制強化加算	1 加算Ⅰ 3 加算Ⅲ	2 加算Ⅱ 4 なし
	介護職員処遇改善加算	1 加算Ⅰ 3 加算Ⅲ 5 加算Ⅴ	2 加算Ⅱ 4 加算Ⅳ 6 なし
	介護職員等特定処遇改善加算	1 加算Ⅰ 3 なし	2 加算Ⅱ
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(緊急時の医療機関受診の付き添い等)	
協力医療機関	1	名称	今光ホームケアクリニック
		住所	福岡県北九州市若松区今光 1-9-10
		診療科目	内科/外科/リハビリテーション科

		協力科目	内科/外科/リハビリテーション科
		協力内容	健康管理、緊急時の対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	3	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	かわかみデンタルクリニック	
	住所	福岡県北九州市八幡西区御開 1-1-20	
	協力内容	診察・往診	

(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（ 実施していない ）		
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		
契約の解除の内容		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	解約予告期間	ヶ月
入居者からの解約予告期間		ヶ月
体験入居の内容		1 あり (内容 :) 2 なし

入居定員	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）			常勤換算人数 ※1、※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1		1	0.5
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	5	1	4	2.2
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
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	4	1	3
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2		2
介護支援専門員	1		1

（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			

	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	ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案して改定する。	
	手続き	料金改定の際は1か月以上前に文書により利用者及びその家族に説明をし、別紙「料金改定同意書」にて契約を締結する。	

(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		1～5			
	年齢		不問		歳	
居室の状況	床面積		14.18 m ²		m ²	
	便所		①あり	2 なし	1 あり	2 なし
	浴室		1 あり	②なし	1 あり	2 なし
	台所		1 あり	②なし	1 あり	2 なし
	入居時点で必要な費用		前払金		0 円	
		敷金		0 円		
月額費用の合計			115,000 円		円	
家賃			38,000 円		円	
サービス	特定施設入居者生活介護の費用※ 1		—円		円	
	介護保険外※ 2	食費	39,000 円		円	
		管理費	30,000 円		円	
		リネン交換、洗濯費	3,000 円		円	
		光熱水費	5,000 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、本欄には記入しない）

（利用料金の算定根拠）

費用	算定根拠
家賃	38,000 円/月 初期投資額及び居室の広さ 月額賃借料をもとに算出
敷金	なし（入居一時金もなし）
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	30,000 円/月 ホーム整備、維持管理費、事務費、人件費
食費	42,900 円 （朝食 320 円、昼食 580 円、夕食 530 円）30 日計算
光熱費	5,000 円/月 個室、共用部分光熱水費
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	リネン交換、洗濯費 3000 円/月 （リネン交換は週 1 度、洗濯は週 2 度実施） 介護保険利用負担金（1～3 割） 自費による介護費用/医療費/おむつ代/理美容費/日用品の購入代

（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	
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	2 人
	女性	10 人
年齢別	6 5 歳未満	人
	6 5 歳以上 7 5 歳未満	人
	7 5 歳以上 8 5 歳未満	1 人
	8 5 歳以上	11 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	4 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	1 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	1 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	3 人
	1 年以上 5 年未満	8 人
	5 年以上 1 0 年未満	人
	1 0 年以上 1 5 年未満	人
	1 5 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	88 歳
入居者数の合計	12 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	1 人
	医療機関	2 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	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。

1	窓口の名称	ホームライフ喜楽の杜
	電話番号	093-701-5702

	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
2	窓口の名称		
	電話番号		
	対 応 し て いる時間	平日	
		土曜	
		日曜・祝日	
	定休日		

(設置者の責めに帰すべき事由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	
設置者の責めに帰すべき事由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) 保険会社に委託
	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	R 年 月 日
		結果の開示	1 あり 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「6 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	廊下幅が指針では2.7m必要であるが1.72mとなっている。廊下を歩 く際は声掛けなど配慮に気を付けている。	
「7 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	なし	
不適合事項がある場合 の内容		

添付書類 別添1 (事業主体が北九州市内で実施する他の介護サービス)

別添2 (有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表)

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。

※説明を受けた者の署名

契約書及び重要事項説明書について説明を受け、内容に同意しましたので受領します。

令和 年 月 日

住所：_____

氏名：_____ 印 （続柄： ）