

## 重要事項説明書

記入年月日	令和1年12月1日
記入者名	川島 僚太
所属・職名	はなことば新潟 副所長

- ※ 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) ぷらうどらいふ かぶしがいしゃ プラウドライフ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒220-0004 神奈川県横浜市西区北幸2丁目8番4号	
連絡先	電話番号	045-548-3228
	FAX番号	045-620-7676
	ホームページアドレス	<a href="https://hanakotoba.co.jp">https://hanakotoba.co.jp</a>
代表者	氏名	菌田 宏
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和(平成)18年 7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) ゆうりょうろうじんほ一む はなことばにいがた 有料老人ホーム はなことば新潟	
所在地	〒950-1151 新潟県新潟市中央区湖南5-2	
主な利用交通手段	最寄駅	新潟駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 新潟交通中央循環線(鳥屋野潟公園前) 下車徒歩2分 ②自動車利用の場合 新潟バイパス女池ICより市民病院方面2分 新潟中央ICより鳥屋野潟公園方面2分
連絡先	電話番号	025-288-6500
	FAX番号	025-288-6501
	ホームページアドレス	<a href="https://hanakotoba.co.jp/facility/niiigata.html">https://hanakotoba.co.jp/facility/niiigata.html</a>
管理者	氏名	川島 僚太
	職名	副所長
建物の竣工日		昭和(平成)21年 8月 27日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和(平成)21年 9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 <sup>2</sup>				
	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 ( 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		2,075.04m <sup>2</sup>		
		うち、老人ホーム部分		2,075.04m <sup>2</sup>		
	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				
		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	18.01m <sup>2</sup>	36室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.10m <sup>2</sup>	28室	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			

※ 「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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
ストレッチャー浴			1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		
	目動火災報知設備	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	『出会いを共に過ごす時間を互いの「人生の誇り」に』という企業理念を基に。行動指針として、私たちは常に前向きに、常に感謝をし、常に成長し、私たちに関わる全ての人々が「笑顔」と「感動」であふれる人生を送れるよう一つひとつ、真剣に取り組んでまいります。また、地域との密着を重要な運営方針とし、その地域の風土や特色を尊重した運営を行うとともに高齢者福祉、介護の一端を担う公共性の高い企業であると同時に、今日の日本を築いた方々の生活を守るという非常に誇り高い仕事であることを認識し、全社員一丸となりまして最大の努力を行ってまいります。施設におきましては、有料老人ホームとして、お住まいになる方々のライフスタイルを尊重しつつ、食事のサービス、健康管理サービス、介護サービス等を中心に、さらに日々のレクリエーションやクラブ活動・行事活動を取り入れ、入居者の方々がメリハリのある生活が営めるよう努力いたします。すべての入居者様が、安心して快適に生活できる施設の受け入れ体制を整備するために、その運営にあたっては、当該事業に求められる社会的責務を十分に自覚し、老人福祉法・介護保険法等の関係法令を遵守するとともに、福祉の精神を忘れることなく、入居者様の基本的人権に十分配慮して処遇を行うとともに良質なサービスを提供し続けてゆくよう努めてまいります。
サービスの提供内容に関する特色	施設内に(介護予防)訪問介護事業所を併設しており、利用者の選択により、施設サービス・外部サービス等と組み合わせサービスを利用できる。
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・掃除等の家事的供与	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	
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 ( )		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団こぼりファミリークリニック
		住所	新潟市西区小新大通2-1-25
		診療科目	内科・呼吸器科・アレルギー科
		協力内容	嘱託医・隔週往診・年2回健康診断
	2	名称	医療法人宮仁会猫山宮尾病院
		住所	新潟市中央区湖南14-7
診療科目		整形外科・内科	
	協力内容	嘱託医・健康診断	
協力歯科医療機関	名称	さかい歯科・矯正歯科クリニック	
	住所	新潟市西区山田416-1	
	協力内容	嘱託医・往診・年1回口腔衛生相談	

(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	契約者等から変更の希望があった場合、または心身状況を勘案した上で、専用居室の変更が必要と判断した場合。	
手続きの内容	医師の意見を聴き、乙の意志を確認するとともに乙の身元引受人の意見を聴く	
追加的費用の有無	① あり 2 なし 移動時、一時的に居室清掃料が発生する場合がある	
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) トイレ・洗面台スペースが反転の場合あり。 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	一、入居申込書等の書類に虚偽の事項を記載するなど、不正な手段により入居したとき。 二、居室使用料、管理費その他費用の支払いを遅延し、督促にもかかわらず滞滞額が3か月分に達したとき。 三、他の入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼすなど、共同生活の秩序を著しく乱す行為があり、円滑な共同生活を維持できないと認めるとき。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第30条
	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: 最長14日間 1泊9,900円(税込) ※その他食費は実費請求) 2 なし	
入居定員	64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		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	17	16	1	
看護職員	2	2		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		
その他職員	4	1	3	
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	12	11	1
実務者研修の修了者	3	3	0
初任者研修の修了者	2	2	0
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			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(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	2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)	: 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	社会福祉主事			
		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
前年度1年間の採用者数			4	3				
前年度1年間の退職者数			4	4				
に業 応務 じに た従 職事 員の た人 経 数 験 年 数	1年未満		3					
	1年以上 3年未満		2	1				
	3年以上 5年未満		3		1			
	5年以上 10年未満	2		7				
	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1ヵ月以上の場合に限り、管理費は規程の半額、厨房維持費は0円に減額	
利用料金の改定	条件	新潟市における消費者物価指数の変動を指標とし、人件費・食料費等の変動について勘案する
	手続き	運営懇談会を開催し、意見を徴収する

(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	自立～要介護5共通	自立～要介護5共通	
	年齢	共通	共通	
居室の状況	床面積	18.01㎡～18.10㎡	18.01㎡～18.10㎡	
	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	300,000円	300,000円	
月額費用の合計		165,142円	177,092円	
サービス費用	家賃	85,000円(非課税)	92,000円(非課税)	
	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円
		食費	55,000円(税込)	55,000円(税込)
		管理費	11,000円(非課税)	11,000円(非課税)
		介護費用		
		光熱水費	(11月～翌3月冬期暖房費3,667円追加) 8,904円(税込)	(11月～翌3月冬期暖房費3,667円追加) 8,904円(税込)
		教養娯楽費	1,571円(税込)	1,571円(税込)
		おやつ(希望者)	(希望なし) 0円	(希望あり) 3,300円(税込)
		紙おむつ処分費	(使用なし) 0円	(使用・施設で処分) 1,650円(税込)
		※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	85,000～92,000円 居室賃料として徴収 元利分45,000～52,000円/月 保守及びメンテナンス40,000円/月
敷金	300,000円(家賃の3.52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	11,000円 ・フロントサービス要員としての職員1名分の人件費 3,142,857円/年 ・夜勤対応職員の夜勤加算給与 1,487,037円/年 ・事務管理費経費 3,554,106円/年 ・8,184,000円÷62人=129,600円÷12ヵ月 11,000円
食費	55,000円 朝食330円・昼食330円・夕食440円・厨房維持費22,000円) 毎月委託業者へ上記金額を支払う
光熱水費	5,238円(冬期暖房費11月～3月 3,667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

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	
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	13人
	女性	50人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	18人
	85歳以上	44人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	3人
	要支援2	5人
	要介護1	20人
	要介護2	9人
	要介護3	9人
	要介護4	6人
	要介護5	9人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	26人
	5年以上10年未満	24人
	10年以上15年未満	2人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	87.7歳
入居者数の合計	63人
入居率※	98%
※ 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)

退居先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	3人
	死亡者	7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) 状態変化に伴い、医療依存度が高くなった為

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		はなことば新潟
電話番号		025-288-6500
対応している時間	平日	午前9時～午後6時
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		なし
窓口の名称		プラウドライフ株式会社
電話番号		0120-913-880
対応している時間	平日・祝日	午前10時～午後5時
定休日		土曜・日曜日
窓口の名称		新潟市福祉部 高齢者支援課
電話番号		025-226-1290
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時30分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		祝日・休日 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	ソニーグループ損害保険プログラム 賠償責任保険
	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	ソニーグループ損害保険プログラム 賠償責任保険
	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	令和1年7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 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		
「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 \_\_\_\_\_

※ 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。