

重要事項説明書

各項目において、◎については全ての事業所が記入するもの（開設初年度で記載不可のものを除く。）、○については該当する事業所が記入するもの。

		記入年月日	令和元年7月1日
記入者名	加藤 貴	所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

◎種類	個人、法人の別	
	※法人の場合、その種類	株式会社
◎名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃぐりーんひるず 株式会社グリーンヒルズ	
◎主たる事務所の所在地	〒 885-0091 宮崎県都城市横市町6644番地4	
◎連絡先	電話番号	0986-36-8825
	FAX番号	0986-36-8826
	ホームページアドレス	http://
◎代表者の氏名及び職名	氏名	平川 力
	職名	代表取締役
◎設立年月日	昭和・平成 29年3月13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）

◎施設の名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほ一むもちお 有料老人ホームもちお	
◎施設の所在地	〒885-0091 宮崎県都城市横市町6 6 4 4 番地4	
◎事業所までの主な利用交通手段	高崎観光 横市バス停 徒歩15分	
◎施設の連絡先	電話番号	0986-36-8825
	FAX番号	0986-36-8826
	ホームページ アドレス	なし あり : http://
	氏名	加藤 貴
◎施設の管理者の氏名及び職名	職名	管理者
	◎建物の竣工日	昭和・平成 30年5月29日
◎有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 30年8月 1日	

(類型) 【表示事項】

◎施設の類型	1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供） 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） <input checked="" type="radio"/> 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	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	2109.66㎡				
	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 862.52㎡	うち有料老人ホーム部分 593.92㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物)				
		② 準耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物)				
		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※
	居室タイプ1	無	無	11.55㎡	28/28	一般居室個室
	居室タイプ2	有/無	有/無	㎡		
	居室タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	居室タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	居室タイプ5	有/無	有/無	㎡		
	居室タイプ6	有/無	有/無	㎡		
居室タイプ7	有/無	有/無	㎡			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入すること。						
◎共用施設	共用便所の設置数	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な数		6ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な数		6ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴		2ヶ所	
			リフト浴		1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	1 あり (車椅子対応、ストレッチャー対応、その他) ② なし					
◎消火設備等	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				

4. サービスの内容

(全体の方針)

◎運営に関する方針	1 当施設職員は、利用者が可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来る様、常に利用者の立場に立った、必要な日常生活の援助及び機能訓練を行う。 2 事業の運営に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業所、その他保険・医療福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り総合的なサービス提供とサービスの質の向上に努める。
○サービスの提供内容に関する特色	個々人が、その人らしく生活していけるよう、利用者寄り添ったサービスを提供する。
◎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

(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	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	
	医療機関連携加算	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 ※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 あきと内科胃腸科 住所 都城市都原町8146-1 診療科目 内科、胃腸科、小児科 協力内容 入居者の受診・往診・治療その他医療行為全般
	名称 庄内医院 住所 都城市庄内町8610 診療科目 内科、外科、整形外科リハビリテーション科 協力内容 入居者の受診・往診・治療その他医療
	名称 戸嶋病院 住所 都城市郡元1丁目9番地5 診療科目 一般内科、脳神経内科、循環器内科 協力内容 入居者の受診・往診・治療その他医療
○協力歯科医療機関	名称 曾我歯科医院 住所 都城市姫城町2-13 協力内容 入居者の受診・往診・治療その他医療

(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

(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	1	2	
◎実務者研修の修了者			
◎初任者研修の修了者	1	3	
◎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	1	2	
◎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)			
職種	人数	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
◎看護職員		1人	1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省略可)	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省略可)	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
◎前年度一年間の採用者数	3	3	6	1	4	3		
◎前年度一年間の退職者数	2	1	3		2	2		
◎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		1		1			
	3年未満							
	3年以上		1			1		
	5年未満			1	3			
	5年以上	1	2		2	1	1	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 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：	
	手続き：	

(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	要介護 1	要介護 2	
	年齢	歳	歳	
◎居室の状況	床面積	11.55 m ²	11.55 m ²	
	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	0 円	
	敷金	0 円	0 円	
○月額費用の合計		88,000円	78,000円	
家賃相当額		19,000円	19,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	
	※2 介護保険外	食費	36,000円	36,000円
		管理費	30,000円	20,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	3,000円	3,000円
		その他 ()	円	円
○家賃相当額 最低額：17,000円、最高額：21,000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保険費用は、同一の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	地域性・地域相場・入居予定者の経済状況等にて勘案(28日、29日、31日の月も30日とする。) 生活保護の方は料金相談が可能。
◎敷金	無し
◎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	地域性・地域相場・入居予定者の経済状況等にて勘案(28日、29日、31日の月も30日とする。)
◎食費	1,200円/日×30日(朝食300円、昼食450円、夕食450円)

◎光熱水費	100円/日×30日（28日、29日、31日の月も30日とする。）
○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居ない場合は省略可能

費目	算定根拠
○特定施設入居者介護※に対する自己負担	
○特定施設入居者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

費目	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
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保健会社の名称
	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	3人			
	女性	10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	2人	85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 1人	要介護2 4人	要介護3 5人	要介護4 3人	要介護5 0人
◎入居期間別	6ヶ月未満	6人	6ヶ月以上1年未満	7人	
	1年以上5年未満	人	5年以上10年未満	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	90.2歳
◎入居者の合計	13人
◎入居率※	46.4%
※入居者の合計を入居定員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	6人
	医療機関	4人	死亡者	人
	その他	人		
◎生前解約の状況	施設の申し出			人
		解約事由		
	入居者側の申し出			人
		解約事由		

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) ※複数回答の窓口がある場合は欄を増やして記入

◎窓口の名称	有料老人ホームもちお相談室
◎電話番号	0986-36-8825
◎対応している時間	平日(8時30分~17時30分) 土曜(8時30分~17時30分) 日曜・祝日(8時30分~17時30分)
○定休日	無(担当者不在時電話対応)

(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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし	内容:
○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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし	内容:
◎事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし	実施日 随時 結果の開示 <input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし
○第三者による評価の実施状況	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	実施日 平成 年 月 日 評価機関名称 結果の開示 <input type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開	<input type="radio"/> 2 入居希望者に交付	<input type="radio"/> 3 公開していない
◎管理規程	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開	<input type="radio"/> 2 入居希望者に交付	<input type="radio"/> 3 公開していない
○事業収支計画書	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開	<input type="radio"/> 2 入居希望者に交付	<input type="radio"/> 3 公開していない
○財務諸表の要旨	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開	<input type="radio"/> 2 入居希望者に交付	<input type="radio"/> 3 公開していない
○財務諸表の原本	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開	<input type="radio"/> 2 入居希望者に交付	<input type="radio"/> 3 公開していない

10. その他

◎運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし	開催頻度 年 1回
	<input type="radio"/> 1 代替措置あり <input type="radio"/> 2 代替措置なし	内容:
○提携ホームへの移行【表示事項】	<input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="radio"/> 1 適合している(代替措置) <input type="radio"/> 2 適合している(将来の改善計画) <input type="radio"/> 3 適合してない	
◎有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	(その内容) ※該当する項目にチェック <input type="checkbox"/> 居室が個室でない(<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 一般居室の面積が10.65㎡未満(<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> その他(具体的に)	

添付書類：別添1（事業主体が県内で実施する他の介護サービス）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

※ 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。

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

別添 1

◎事業主体が県内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類			事業所等の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護		なし		
訪問入浴介護		なし		
訪問看護		なし		
訪問リハビリテーション		なし		
居宅療養管理指導		なし		
通所介護	あり		デイサービスもちお	都城市横市町6644番地4
通所リハビリテーション		なし		
短期入所生活介護		なし		
短期入所療養介護		なし		
特定施設入居者生活介護		なし		
福祉用具貸与		なし		
特定福祉用具販売		なし		
<地域密着型サービス>				
夜間対応型訪問介護		なし		
認知症対応型通所介護		なし		
小規模多機能型居宅介護		なし		
認知症対応型共同生活介護		なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし		
定期巡回・随時対応型訪問介護・看護		なし		
看護小規模多機能型居宅介護		なし		
居宅介護支援		なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護		なし		
介護予防訪問入浴介護		なし		
介護予防訪問看護		なし		
介護予防訪問リハビリテーション		なし		
介護予防居宅療養管理指導		なし		
介護予防通所介護		なし		
介護予防通所リハビリテーション		なし		
介護予防短期入所生活介護		なし		
介護予防短期入所療養介護		なし		
介護予防特定施設入居者生活介護		なし		
介護予防福祉用具貸与		なし		
特定介護予防福祉用具販売		なし		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護		なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし		
介護予防支援		なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設		なし		
介護老人保健施設		なし		
介護療養型医療施設		なし		

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無		なし		あり					
		介護付き有料老人ホームのみ		介護付・住宅型・健康型有料老人ホームも記載				備考	
		特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）	包含※2	都度※2	（料金）※3		
介護サービス	食事介助							なし	
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			円	
	おむつ代	なし	あり	なし	あり			円	
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			円	
	特浴介助	なし	あり	なし	あり			円	
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			円	
	機能訓練	なし	あり	なし	あり			円	
	通院介助（協力医療機関）	なし	あり		あり		○	1,500 円/時	病院受診時
	通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり		あり		○	1,500 円/時	病院受診時
生活サービス	居室清掃	なし	あり	なし	あり			円	
	リネン交換	なし	あり		あり			3,000 円/月	
	日常の洗濯	なし	あり		あり		○	500 円/kg	
	居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			円	
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり			円	
	おやつ	なし	あり	なし	あり			円	
	理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり			円	
	買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり			円	※利用できる範囲を明確化すること
	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり			円	※利用できる範囲を明確化すること
	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			円	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり			円		
健康管理サービス	定期健康診断	なし	あり	なし	あり			円	※回数（年○回など）を明記すること
	健康相談	なし	あり	なし	あり			円	
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			円	
	服薬支援	なし	あり	なし	あり			円	
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			円	
入退院時・入院サービス	移送サービス	なし	あり	なし	あり			円	
	入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり			円	※付添いができる範囲を明確化すること
	入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり			円	※付添いができる範囲を明確化すること
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			円	
	入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			円	

※1 利用者の所得に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用負担者）※2 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。※3 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

