

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	平成27年1月5日
記入者名	石原 由美子	所属・職名	有料老人ホーム花ほたる管理者

1. 事業主体概要

◎種類	個人、法人の別	
	※法人の場合、その種類	
◎名称	(ふりがな) (かぶ) さくまつ 株式会社 作松	
◎主たる事務所の所在地	〒889-1301 宮崎県児湯郡川南町大字川南16138番地12	
◎連絡先	電話番号	0983-21-3800
	FAX番号	0983-21-3801
	ホームページアドレス	なし
◎代表者の氏名及び職名	氏名	小野 真介
	職名	代表取締役 社長
◎設立年月日	昭和・平成 20年 2月 19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ーむ はなほたる 有料老人ホーム 花ほたる		
◎施設の所在地	〒889-1301 宮崎県児湯郡川南町大字川南20208番地1		
◎事業所までの主な利用交通手段	JR川南駅より車で20分		
◎施設の連絡先	電話番号	0983-35-4802	
	FAX番号	0983-35-4803	
	ホームページ アドレス	なし あり: http://	
	氏名	石原 由美子	
◎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	26年	12月 20日
◎有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	27年	1月 6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）		
	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	2051.57㎡					
	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 1446.29㎡	うち有料老人ホーム部分 1123.79㎡				
	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 1人部屋) (最大 2人部屋)					
		トイレ	浴室	面積	戸数/室数	区分※	
	居室タイプ1	有/無	有/無	13.1㎡	38	一般居室個室	
	居室タイプ2	有/無	有/無	15.0㎡	2	一般居室相部屋	
	居室タイプ3	有/無	有/無	14.4㎡	1	一般居室相部屋	
	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	13ヶ所	うち男女別の対応が可能な数		13ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な数		13ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室			1ヶ所	
			大浴場			0ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	0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	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	○ご利用様が安心して住み続けられる施設、ご家族様が安心して任せられる施設である事を使命としています。 ○ご利用様に感謝、ご家族の方に感謝、職員同士でも感謝、すべての事に感謝の心を持つ事ができるように「感謝」を理念に掲げています。		
○サービスの提供内容に関する特色			
◎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
○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 医療法人社団 聖山会 川南病院 住所 川南町大字川南18150番地47 診療科目 内科 外科 整形外科 皮膚科 泌尿器科 人工透析内科 リハビリテーション科 協力内容 緊急時 夜間	
○協力歯科医療機関	名称 浜本歯科医院 住所 川南町大字平田2372番地30 協力内容 必要時往診	

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	1
◎生活相談員	1	1	1
◎直接処遇職員			
介護職員	7	7	7
看護職員			
◎機能訓練指導員			
◎計画作成担当者			
◎栄養士			1
◎調理員		3	3
◎事務員		1	1
◎その他職員			2
◎1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数			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 9		
	常勤	非常勤	
◎社会福祉士			
◎介護福祉士	5	5	
◎実務者研修の修了者			
◎初任者研修の修了者	4	4	
◎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			
◎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		人	人
◎介護職員		2人	1人

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 不在期間が一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			
	年齢	歳	歳	
◎居室の状況	床面積	m ²	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	円	
	敷金	0円	円	
○月額費用の合計		円	円	
家賃相当額		27,000円	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	37,080円	円
		管理費	14,000円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	5,328円	円
その他 ()		円	円	
○家賃相当額 最低額：		27,000円、最高額：	27,000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	1日 900円×30日
◎敷金	家賃の 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	
◎食費	1食 412円×3食×30日分
◎光熱水費	実費
○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	

(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					10人
	女性					32人
◎年齢別	65歳未満	1人	65歳以上 75歳未満	0人		
	75歳以上 85歳未満	7人	85歳以上	34人		
◎要介護度別	自立 0人	要支援 1 0人	要支援 2 0人			
	要介護 1 3人	要介護 2 11人	要介護 3 12人	要介護 4 15人	要介護 5 1人	
◎入居期間別	6ヶ月未満	5人	6ヶ月以上 1年未満	5人		
	1年以上 5年未満	32人	5年以上 10年未満	0人		
	10年以上 15年未満	0人	15年以上	0人		

(入居者の属性)

◎平均年齢	88 歳
◎入居者の合計	42 人
◎入居率※	100%
※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	0 人	社会福祉施設	3 人
	医療機関	9 人	死亡者	2 人
	その他	人		
◎生前解約の状況	施設の申し出	0 人		
		解約事由		
	入居者側の申し出	4 人		
		解約事由 ※他施設へ転所のため(病院、社会福祉施設)		

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	有料老人ホーム花ほたる
◎電話番号	0983-35-4802
◎対応している時間	平日 (8 時 00 分~17 時 00 分) 土曜 (8 時 00 分~17 時 00 分) 日曜・祝日 (8 時 00 分~17 時 00 分)
◎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	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ときの対応	1 あり	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 平成 年 月 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 平成 年 月 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
◎管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
○事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
○財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
○財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

◎運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	開催頻度 年1回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	内容：
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
○提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)	<input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)
	<input type="checkbox"/> 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 平成 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	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション 花ほたる	川南町大字川南20208番地1
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	デイサービス花ほたる	川南町大字川南20208番地1
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	介護付き有料老人ホーム すみれ	川南町大字川南16138番地12
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
定期巡回・随時対応型訪問介護・看護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション 花ほたる	川南町大字川南20208番地1
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービス花ほたる	川南町大字川南20208番地1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	介護付き有料老人ホーム すみれ	川南町大字川南16138番地12
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	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		円
介護サービス	食事介助			なし	あり				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	なし	あり				円	
	通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり				円	
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	なし	あり				円	
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				円	
	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	※生活必需品
	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり				円	※生活必需品
	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	※年1回
	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	※入退院時送迎
	入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり				円	※入退院時送迎
	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。

