

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。

記入者名	成合 和美	記入年月日	令和 元 年 7 月 1 日
		所属・職名	本社 代表

1. 事業主体概要

◎種類	個人、法人の別	法人
	※法人の場合、その種類	営利法人
◎名称	(ふりがな) ごうどうがいしややすらぎ 合同会社やすらぎ	
◎主たる事務所の所在地	〒883-0033 宮崎県日向市大字塩見14005番地	
◎連絡先	電話番号	0982-56-2550
	FAX番号	0982-56-2551
◎代表者の氏名及び職名	氏名	成合 和美
	職名	代表社員
◎設立年月日	平成18年 8月 21日	
◎主な実施事業 (事業主体が県内で実施する他の介護サービス)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護サービス 事業 (いずれも地域密着型通所介護) ◎事業所名称 デイサービスやすらぎの里 所在地 宮崎県日向市大字塩見14005番地 ◎事業所名称 デイサービスあっとほーむ 所在地 宮崎県日向市大字財光寺3445番地29 ・ 住宅型有料老人ホーム ◎事業所名称 有料老人ホームやすらぎの里 所在地 宮崎県日向市大字塩見14005番地 	

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あっとほーむ 有料老人ホーム あっとほーむ	
◎施設の所在地	〒883-0021 宮崎県日向市大字財光寺3445番地19	
◎事業所までの主な利用交通手段		
◎施設の連絡先	電話番号	0982-57-3680
	FAX番号	0982-57-3681
◎施設の管理者の氏名及び職名	氏名	成合 和美
	職名	代表社員
◎有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 21年 7月 1日	

(類型) 【表示事項】

◎施設の類型	住宅型
--------	-----

3. 建物概要

◎土地	敷地面積	385㎡				
	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		
◎建物	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（ ）				
◎居室の状況	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	
居室区分	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 2人部屋）				
		トイレ	浴室	面積	戸数/室数	
	一般居室相部屋（2人部屋）	無	無	9 ㎡	4	
	一般居室相部屋（2人部屋）	無	無	12 ㎡	1	
※「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	2 ヶ所	うち車椅子等の対応が可能な数		2 ヶ所	
◎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	障がいや家庭の事情で在宅での生活が困難な方が、通所を利用しながら、一時的または継続的に宿泊し適正な介護を提供していく。		
○サービスの提供内容に関する特色			
◎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 (有料による通院の送迎・付添い)
-----------------	--

(入居に関する条件)

◎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	なし
○契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 ②入居者が解約した場合 ③事業所が解約した場合(90日間の予告期間が必要)
◎事業主体から解約を求める場合	解約条項 入居費用の未納、度重なる延納など 解約予告期間 60日～90日。場合によって異なる
◎入居者からの解約予告期間	30日
◎体験入居の内容	① あり (内容: 一泊二日 2,900円) 2 なし
◎入居定員	10名
○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				
◎直接処遇職員				
介護職員	8	6	2	
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	1	1		
◎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				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		
	常勤	非常勤	
◎社会福祉士			
◎介護福祉士	3	3	
◎介護職員基礎研修修了者	1	1	
◎実務者研修の修了者			
◎初任者研修の修了者	3	2	1
◎介護支援専門員	2	2	

(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
◎看護職員		人
◎介護職員	1	人
		最少時人数 (休憩者等を除く)
		人

(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 (基礎研修修了) 2 なし	
		看護職員		介護職員	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
		生活相談員		機能訓練指導員	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
		計画作成担当者		常勤	非常勤
◎前年度一年間の採用者数				3	
◎前年度一年間の退職者数				1	
◎業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			3	
	1年以上 3年未満		1	2	
	3年以上 5年未満		1	1	
	5年以上 10年未満			1	
	10年以上			1	
	◎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(一部) ② 日割り計算で減額(一部) 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：物価や税制の変動時に見直し	
	手続き：書面にて説明の上、同意書を求める。	

(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		
	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		63,000 円	円
家賃相当額 (30日で計算)		24,000 円	円
内 訳	サービス費用 ※ 介護保険外	特定施設入居者生活介護※1の費用	円
		食費 (朝・昼・夕)	30,000 円
		管理費	6,000 円
		介護費用	円
		光熱水費	3,000 円
		その他 ()	円
○家賃相当額 最低額：20,000円、最高額：24,000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	一泊 800円
◎敷金	家賃の 0 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	一日 200円
◎食費 (朝・昼・夕)	一日 1,000円
◎光熱水費	一日 100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	

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

(入居者の属性)

◎平均年齢	84.7 歳
◎入居者の合計	7 人
◎入居率※	70.0 %

※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	2	人
	医療機関	3	人	死亡者	人
	その他	1	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 入院、特別養護老人ホームへ転所			

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) ※複数回答の窓口がある場合は欄を増やして記入

◎窓口の名称	成合 和美
◎電話番号	0982-56-2550
◎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

(上記以外の利用者からの苦情に対する主な窓口等)

◎窓口の名称	宮崎県長寿介護課
◎電話番号	0985-26-7058
◎対応している時間	平日のみ (8時 00分~17時 00分)
○定休日	土日・祝祭日・年末年始等

(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：賠償責任保険 サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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 21年7月1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	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 1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		
「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 checked="" type="checkbox"/> 居室が個室でない（ <input type="checkbox"/> 全室・ <input checked="" type="checkbox"/> 居室の一部） <input checked="" type="checkbox"/> 一般居室の面積が10.65㎡未満（ <input type="checkbox"/> 全室・ <input checked="" type="checkbox"/> 居室の一部） <input checked="" type="checkbox"/> その他（具体的に）・緊急通報装置（ナースコール）設置なし	

添付書類：別添1（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 元年 月 日

説明者署名 _____

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					
		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	備考
介護サービス	食事介助	なし	あり	なし	あり	○		円	
	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	実費。ひと月分まとめて請求。
	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	1,000円/1病院につき
	通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	円	1,000円/1病院につき
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	リネン類は利用者持ち込み
	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	実費。※家族が遠方等で特別な場合に生活必需品等を預かり金により近隣にて調達する。
	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	1,000円/1回 月1回の定期受診で兼ねる
	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・入院中サービス	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	
	入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	○		円	
	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	

