別紙様式

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	後藤美智代	所属・職名	代表理事・吾亦紅管理者

１．事業主体概要

◎種類	個人、法人の別	
	※法人の場合、その種類	特定非営利活動法人
◎名称	（ふりがな）とくていひえいりかつどうほうじんささゆり 特定非営利活動法人ささゆり	
◎主たる事務所の所在地	〒882-0863 宮崎県延岡市緑ケ丘4丁目19番6号	
◎連絡先	電話番号	0982-35-2773
	FAX番号	0982-35-2784
	ホームページアドレス	http://www11.ocn.ne.jp/~sasayuri/
◎代表者の氏名及び職名	氏名 後藤　美智代	
	職名　代表理事	吾亦紅管理者
◎設立年月日	昭和・平成　19　年　9　月　6　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） 有料老人ホーム　吾亦紅	
◎施設の所在地	〒882-0863 宮崎県延岡市緑ケ丘4丁目11-11	
◎事業所までの主な利用交通手段	日豊本線南延岡駅 下車・緑ケ丘線バス・平和橋下車・徒歩5分	
◎施設の連絡先	電話番号	0982-35-2773（0982-）
	FAX番号	
	ホームページアドレス	なし
		http://www11.ocn.ne.jp/~sasayuri/
◎施設の管理者の氏名及び職名	氏名	後藤　美智代
	職名	代表理事
◎建物の竣工日		昭和・平成　　年　　月　　日
◎有料老人ホーム事業の開始日		平成　23　年　9　月　3　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	110 ㎡	
	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 90.5 ㎡	うち有料老人ホーム部分 65 ㎡
	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（防火素材カーテン）	
	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	居室区分【表示事項】	1 全室個室 2 相部屋あり （最少 2人部屋）（最大 3 人部屋）				
			トイレ	浴室	面積	戸数/室数	区分※
		居室タイプ１	有/無	無	6㎡	2人	
		居室タイプ２	有/無	無	7.8㎡	2人	
		居室タイプ３	有/無	無	19.8㎡	3人	
		居室タイプ４	有/無	無	15㎡	2人	
		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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な数	2ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な数	2ヶ所
	共用浴室シャワーのみ	1ヶ所	個室	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	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	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	・家庭的で楽しく豊かに暮らす・自立を尊び出来ないことは介護職員支援・入居者ニーズ優先・医療関連機関と連携をして安全な生活の実現。
○サービスの提供内容に関する特色	・病院通院・移動支援・優勝ボランティア ・生活支援1000円・身体介護1500円実費。
◎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 3　通院介助	2　入退院の付き添い 4　その他（　入退院準備　　）
○協力医療機関	名称　利用者通院医院 診療科目	住所　延岡市 協力内容　利用者かかりつけ医
	名称 診療科目	住所 協力内容
○協力歯科医療機関	名称 協力内容	住所

（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　介護居室へ戻る場合 3　その他（　　）
○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　面積の増減	1　あり　　2　なし

の仕様の変更	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	介護保険	
○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	入居者解約・入居者他界
	解約予告期間	
◎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：空き室あれば可能　　）　2　なし	
◎入居定員	9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	3		3	
看護職員	1		1	
◎機能訓練指導員				
◎計画作成担当者			0.5	
◎栄養士				
◎調理員				
◎事務員				
◎その他職員			1	
◎１週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				126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			1
◎実務者研修の修了者			1
◎初任者研修の修了者			
◎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			0.3
◎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（17：30　時～8：30　　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	0.5人	人
◎介護職員	1.5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は省略可）	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（ 介護福祉士・ヘルパー2級・資格なし ）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	常勤	非常勤
◎前年度一年間の採用者数			1		1		1				
◎前年度一年間の退職者数			1		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										
	1年以上3年未満										
	3年以上5年未満										
	5年以上10年未満				1		1				
	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 [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：なし	
	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２	要介護３
	年齢		90 歳	88 歳
◎居室の状況	床面積		7.5 ㎡	9.9 ㎡
	便所　共同		1　有　2　無	1　有　2　無
	浴室デイ利用		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		円	円
○月額費用の合計			円	円
家賃相当額			32,000　円	32,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	円
	※2 介護保険外	食費	朝夕650円昼	昼はデイ450円
		管理費	月/12,500円	月12,500円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	月/12,500円	月/12,500円
		その他（　　）	0円	0円
○家賃相当額　最低額：　90,000　円、最高額：　　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	建物賃貸料・設備備品・借入利息等算出。
◎敷金	家賃の　　ヶ月分　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	施設共用・維持管理費・修繕費・事務費等算出。
◎食費	朝食 200 円・昼食（デイ）450 円・夕食 450 円
◎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	

（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（上乗せサービス）	
※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	1　人			
	女性	4　人			
◎年齢別	65 歳未満　1　人	65 歳以上 75 歳未満　1　人			
	75 歳以上 85 歳未満　1　人	85 歳以上　2　人			
◎要介護度別	自立　人	要支援１　人	要支援２　人		
	要介護　１人	要介護２・2 人	要介護３・2　人	要介護４　人	要介護５　人
◎入居期間別	６ヶ月未満　1 人	６ヶ月以上１年未満　人			
	１年以上５年未満　1 人	５年以上10年未満　3　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	77　歳
◎入居者の合計	5　人
◎入居率※	65%
※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　1　人	
	医療機関　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　グループホーム利用	

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	ささゆり法人
◎電話番号	0982-35-2773
◎対応している時間	平日（　時　分～時　分）　土曜（　時　分～時　分） 日曜・祝日（　時　分～時　分）随時
○定休日	無し

（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：損保ジャパン
	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：受診付添・
	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　日年２回 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　区長・民生委員・地域 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２　回
	2　なし	
		1　代替措置あり　　内容：区長・民生委員・家族・利用者
		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	（その内容）※該当する項目にチェック ☒居室が個室でない（☐全室・☐居室の一部）	

事項	□一般居室の面積が 10.65 ㎡未満（□全室・□居室の一部） □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		ケアセンターささゆり	延岡市緑ケ丘4-19-6
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		地域密着・デイ	延岡市緑ケ丘4-5-23
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	あり	なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり		ケアセンターささゆり	延岡市緑ケ丘4-19-6
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	あり		地域密着・デイ	延岡市緑ケ丘4-5-23
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	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		

別添２

介護サービス等の一覧表

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		あり	なし	あり			円	
	排泄介助・おむつ交換		あり	なし	あり			円	
	おむつ代		あり	なし	あり			円	
	入浴（一般浴）介助・清拭		あり	なし	あり			円	
	特浴介助	なし		なし	あり			円	
	身辺介助（移動・着替え等）		あり	なし	あり			円	
	機能訓練		あり	なし	あり			円	
	通院介助（協力医療機関）		あり	なし	あり			円	※付添いができる範囲を明確化すること
	通院介助（協力医療機関以外）		あり	なし	あり			円	※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス	居室清掃		あり	なし	あり			円	
	リネン交換		あり	なし	あり			円	
	日常の洗濯		あり	なし	あり			円	
	居室配膳・下膳		あり	なし	あり			円	
	入居者の嗜好に応じた特別な食事		あり	なし	あり			円	
	おやつ		あり	なし	あり			円	
	理美容師による理美容サービス	なし		なし	あり			円	
	買い物代行（通常の利用区域）		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		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		あり	なし	あり			円	
	金銭・貯金管理	なし		なし	あり			円	
健康管理サービス	定期健康診断	なし	毎月受診	なし	あり			円	※回数（年○回など）を明記すること
	健康相談		あり	なし	あり			円	
	生活指導・栄養指導	なし		なし	あり			円	
	服薬支援		あり	なし	あり			円	
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）		あり	なし	あり			円	
入退院時・入院	移送サービス		あり	なし	あり			円	
	入退院時の同行（協力医療機関）		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）		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		あり	なし	あり			円	
入院中の見舞い訪問		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、月額のサービス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、いずれかの欄に〇を記入する。※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。