

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1年6月7日
記入者名	島田 智司	所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

◎事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし	あり
	名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃなごみえん 有限会社なごみ苑	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒885-0042		
	都城市上長飯町7-12-2		
事業主体の連絡先	電話番号	0986-57-0173	
	FAX番号	0986-57-0882	
	ホームページ アドレス	なし	あり : http://
	◎事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	島田 智司
	職名	取締役	
◎事業主体の設立年月日	平成18年3月15日		

○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	デイサービスなごみ苑	都城市上長飯町7-12-2
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		
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・随時訪問介護・看護	あり	なし		
複合型サービス	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		
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	デイサービスなごみ苑	都城市上長飯町7-12-2
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		

2. 施設概要

◎事業所等の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先	
施設の名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむはなみずき 有料老人ホーム花水木
施設の所在地	〒885-0042
	都城市上長飯町7-13-1
施設の連絡先	電話番号 0986-36-5693
	FAX番号 0986-36-5694
	ホームページ なし
	ジアドレス あり : http://
◎施設の開設年月日	平成23年11月15日
◎施設の管理者の氏名及び職名	氏名 薬丸 千穂子
	職名 介護職
◎事業所等までの主な利用交通手段	
都城駅から南へ3キロ、西都城駅から東へ3キロ	
◎施設の類型及び表示事項	
○介護保険事業所番号	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日若しくは開始予定年月日又は指定若しくは許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日）	
事業の開始（予定）年月日	平成23年11月15日
指定の年月日	平成23年11月15日
指定の更新年月日	

3. 従業者に関する事項

◎職種別の従業者の人数及びその勤務形態

◎有料老人ホームの人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1					
生活相談員						
看護職員						
介護職員	1			1		1.5
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						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						44

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士				
実務者研修				
※介護職員初任者研修				
介護支援専門員				

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

職 種	人 数	夜勤帯平均人数 (時～ 時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		人	人
介護職員		1, 5人	1人

※ 「介護職員基礎研修」「訪問介護員1級・2級研修」を修了している者は、この欄に記入すること。

○特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従業者						

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士				
実務者研修				
※介護職員初任者研修				
介護支援専門員				

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

○管理者の他の職務との兼務の有無 (なし・あり (兼務している業務))

管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称

○特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合

※ 「介護職員基礎研修」「訪問介護員1級・2級研修」を修了している者は、この欄に記入すること。

◎従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数			1	1		
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						

◎従業者の健康診断の実施状況

なし

r

4. サービスの内容

◎施設の運営に関する方針

利用者の人権を第1に、自宅における生活の延長線上に入所があるように敷居を感じさせずリラックスした快適な生活を営んでいただく。

○介護サービスの内容、利用定員等

個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
協力医療機関の名称	川畑医院	
(協力の内容) 内科受診・健康診断及び治療		
協力歯科医療機関	なし	あり
その名称		
(協力の内容)		
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室からの面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の変更の有無

なし

あり

台所の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

介護居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室からの面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の変更の有無

なし

あり

台所の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

その他 ()	なし	あり
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
◎施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	なし	あり
要支援の者を対象	なし	あり
要介護の者を対象	なし	あり
留意事項		
◎契約の解除の内容	入居契約書 1 2 条・1 3 条・1 4 条に該当	
◎体験入居の内容	入所を前提とする。	
◎入居定員	1 6 名	
○その他		

◎入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満			1			1
85歳以上	3	2	1	8	1	15
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						

入居者の平均年齢 91

入居者の男女別人数 男性 女性 16

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 100

前年度の有料老人ホームを退居した者の人数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						
社会福祉施設			1	1		2
医療機関						
死亡者				1		1
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	3	1	12			

◎施設、設備等の状況

建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			なし	あり	
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物			なし	あり	
居室の状況	区分		室数	人数	1の居室の床面積	
	一般居室個室	あり	なし	16	16	9.9. m ²
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²
	介護居室個室	あり	なし			m ²
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²
	一時介護室	あり	なし			m ²
	共用便所の設置数	7	うち男女別の対応が可能な数			7
			うち車椅子等の対応が可能な数			7
			個室における便所の設置割合			
	個室の便所の設置数	うち車椅子等の対応が可能な数				
浴室の設備状況						
浴室の設備状況	浴室の数		個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
	1	1				1
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況						
入居者等が調理を行う設備状況			なし	あり		
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) 談話室				
バリアフリーの対応状況						
(その内容)						
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積			462 m ²			
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
抵当権の設定		なし		あり		
貸借 (借地)						
なし	あり	契約期間	始	終		
			契約の自動更新	なし	あり	
施設の建物に関する事項						
建物の構造			木造2階建て			
建物の延床面積			489.75			
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
抵当権の設定		なし		あり		
貸借 (借家)						
なし	あり	契約期間	始	終		
			契約の自動更新	なし	あり	

◎利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況

事業所又は事業所を運営する法人に設置している利用者等からの苦情に対応する窓口

窓口の名称	有料老人ホーム花水木	
電話番号	0986-36-5693	
対応している時間	平日	AM9:00~PM5:00
	土曜	AM9:00~PM5:00
	日曜・祝日	なし
定休日等		

上記以外の利用者等からの苦情に対応する主な窓口等

窓口の名称	有限会社なごみ苑	
電話番号	0986-57-0173	
対応している時間	平日	AM9:00~PM5:00
	土曜	AM9:00~PM5:00
	日曜・祝日	なし
定休日等		

○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の仕組み

損害賠償責任保険の加入状況

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) 火災保険・傷害保険
その他、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に関すること		
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) 傷害保険

○サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)

○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 type="checkbox"/> なし	あり	実施した年月日		
		当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

第三者による評価の実施状況

<input type="checkbox"/> なし	あり	実施した年月日		
		実施した評価機関の名称		
		当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

5. 利用料金

◎利用料の支払方式	一時金方式	月払方式	選択方式				
◎ 敷 金	なし ・ あり (円 (家賃の か月分))						
○一時金方式							
一時金及び月単位で支払う利用料							
年齢に応じた金額設定		なし	あり				
要介護状態に応じた金額設定		なし	あり				
料金プラン							
プラン名称	一時金	月額 計	(内 訳)				
			家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費 その他	管理費
※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
算定 根拠	家賃相当額						
	介護費用	※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	食費						
	光熱水費 その他						
	管理費						
	一時金						
一時金の償却に関する事項							
償却開始日の設定		入居日					
初期償却率 (%)							
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							
権利金等 (※) の額							
(※) 平成 24 年 3 月 31 日までに老人福祉法第 29 条第 1 項の規定により届出がされた施設に限る。							
償却年月数 (想定居住期間)							
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例							
保全措置の実施状況		なし	あり (保全先)				
三月以内の契約終了による返還金について							
三月の起算日		入 居 日					
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法							

一時金の支払方法

--

○月払方式

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定	なし	あり
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり

料金プラン

プラン名称	月額計	(内訳)				
		家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費 その他	管理費

※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。

算定 根拠	家賃相当額	
	介護費用	※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。
	食費	
	光熱水費その他	
	管理費	

○一時金方式・月払方式共通（介護付有料老人ホームのみ記載）

介護保険サービスの自己負担額

内容	※介護付の場合、要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。
----	-------------------------------

人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）

内容	
利用料	円（月額・日額）
算定根拠	
支払方法	月単位（日割りの有無 あり・なし）

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料

個別的な選択による生活支援サービス	なし	あり
算定根拠		

◎料金改定の手続き

--

6. その他

◎老人福祉法第29条第1項に規定する届出		あり	なし
◎有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項			
なし			
あり	(その内容) ※該当する項目にチェック <input type="checkbox"/> 居室が個室ではない (<input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (<input type="checkbox"/> 自動火災報知設備 ・ <input type="checkbox"/> 通報装置 ・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー (※該当施設のみ)) <input type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が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 : 「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 平成 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。

介護サービス等の一覧表

		介護付有料老人ホームのみ記載		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、提供するサービス		各種一時金、月額の利用料等別途利用料を徴収せず提供するサービス		別途利用料を徴収した上で、提供するサービス		
介護サービス	食事介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	特浴介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活サービス	居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり		
健康管理サービス	定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
その他	移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	