

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 2 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
	ホームページアドレス	http://
◎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	<p>居宅介護サービス事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指定通所介護 ◎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 ・地域密着型通所介護 ◎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 ・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 ◎事業所名称：有料老人ホーム 和ごころ 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	〒883-0033 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	JR日向市駅より車で4.1km（8分）	
◎施設の連絡先	電話番号	0982-57-3680
	FAX番号	0982-57-3681
	ホームページアドレス	なし
		あり：http://
◎施設の管理者の氏名及び職名	氏名	成合 和美
	職名	施設長
◎建物の竣工日	平成 年 月 日	
◎有料老人ホーム事業の開始日	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			
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 997.51㎡	うち有料老人ホーム部分 136.25 ㎡						
	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	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※		
		一般居室相部屋 (2人部屋)	有/無	有/無	9 ㎡	4			
		一般居室相部屋 (2人部屋)	有/無	有/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	心身の状態や家庭の事情等で在宅での生活が困難な方が、一時的または継続的に宿泊し健全で安心した生活が営めるように、プライバシー等に配慮した施設運営、管理を行います。		
○サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・心身の変化に応じ医療機関と連携をとり、健康増進に努めると共に介護が必要になった場合は、通所や外部の訪問介護等の在宅サービスを利用しながら、その居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援いたします。 ・入居されている方々に思いを寄せ、より良い生活を営んでいけるよう支援者として接することができるよう、不断に専門的スキルとコミュニケーション能力の向上に努めます。 ・入居されている方々の人権とプライバシーを守るため、常に順法精神を忘れず、公平で公正な開かれた施設運営に努めます。 		
◎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

(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 (有料による通院の付添い)
○協力医療機関	名称	住所		
	診療科目	協力内容		
○協力歯科医療機関	名称	住所		
	診療科目	協力内容		
○協力歯科医療機関	名称	日本訪問歯科協会	住所	
	協力内容	1回/年の訪問検診 必要時は訪問歯科医師の斡旋		

(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					
○契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者が解約をした場合 ・入居者が逝去した場合 ・要介護認定が「自立」となった場合 ・事業所が解約した場合 				
◎事業主体から解約を求める場合	解約条項	①入居費用の度重なる延納が生じる場合 ②利用者及びその家族が正当な理由なく利用料金を2ヶ月以上滞納し、1ヶ月の期間を定めて、その期間満了までに支払いがされない場合 ③利用者又はその関係者の著しい不信行為等により、事業者との契約の継続が困難となった場合 ④天災・災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、施設の利用が困難となった場合			
	解約予告期間	原則90日			
◎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 2,300円 食費別途)	2	なし	
◎入居定員	10名				
○その他					

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		
◎年齢に応じた金額設定	1 あり	2 なし	
	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：物価や税制の変動時		
	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		75,120 円	円		
内 訳	家賃相当額		27,000 円	円	
	サー ビス 費用	※ 介護保険外		円	円
		※ 2	食費（朝・昼・夕）	42,120 円	円
			管理費	6,000 円	円
			介護費用	円	円
			光熱水費	円	円
			その他	円	円
◎家賃相当額 最低額： 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	維持費、修繕費、管理費等を含む総費用を勘案し、居室の仕様内容に応じて月当たりの費用を算出。
◎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（共益費）	共用設備、共用スペースの維持費、管理費、消耗品費等
◎食費（朝・昼・夕）	一日 1,404円（朝 324円、昼 540円、夜 540円）
○光熱水費	一日 0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	4 人			
◎年齢別	65 歳未満	人		65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上 85 歳未満	3 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 1	人	要介護 2 1 人	要介護 3 2 人	要介護 4 3 人 要介護 5 2 人
◎入居期間別	6 ヶ月未満	3 人		6 ヶ月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	6 人		5 年以上 10 年未満	2 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	85.2 歳
◎入居者の合計	8 人
◎入居率※	80 %
※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	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		5 人	
	解約事由	入院、他老人ホーム等への入所		

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

(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 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

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 8月又は9月を予定
	<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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input 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 checked="" 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 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（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	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	やすらぎの里	日向市大字塩見
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		
地域密着型通所介護	あり	なし	あつとほ一む	日向市大字財光寺
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		
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		
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		

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							
		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)			都度※2 (料金)※3		
		なし	あり	なし	あり	包含※2	円	円	
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込み
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		円	入居月より1,000円/1ヶ月
	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	
	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	1,000円/ひと月あたり
	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。

