

## 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	柞木 明人	記入年月日	2020.7.1
		所属・職名	サンシティ豊栄・所長

## 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		社会福祉法人
◎名称	(ふりがな) ゆたかのさと 豊の里		
◎主たる事務所の所在地	〒885-0023 宮崎県 都城市 栄町 22-5-1		
◎連絡先	電話番号	0986-24-1423	
	FAX番号	0986-24-1439	
	ホームページアドレス	http://www.houei-group.or.jp	
◎代表者の氏名及び職名	氏名	清水 由紀子	
	職名	理事長	
◎設立年月日	昭和54年6月7日		
◎主な実施事業	※別添1		

2. 有料老人ホームの概要  
(住まいの概要)

◎施設の名称	(ふりがな)	さんしていほうえい サンシティ豊栄
◎施設の所在地	〒885-0061 宮崎県 都城市 下長飯町1 6 5 5 番地	
◎事業所までの主な利用交通手段	自動車	
◎施設の連絡先	電話番号	0 9 8 6 - 3 9 - 3 9 9 3
	F A X 番号	0 9 8 6 - 3 9 - 4 9 4 8
	ホームページアドレス	http://www.houei-group.or.jp
◎施設の管理者の氏名及び職名	氏 名	柞木 明人
	職 名	所長
◎建物の竣工日	平成16年3月23日	
◎有料老人ホーム事業の開始日	平成16年4月9日	

(類別) 【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 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅型	
	4 健康型	
○ 1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業所番号	
	指定した自治体名	県 (市)
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要

◎土地	敷地面積	5,444.09㎡					
	所有関係	1 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する土地					
		2 事業者が貸借する土地					
		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 )					
◎建物	延床面積	全体 3,284.59㎡	うち有料老人ホーム部分 3,284.59㎡				
	耐火構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の二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号の三に規定する準耐火建築物)					
		3 その他 ( )					
	構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物					
		2 事業者が貸借する建物					
		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 )				
	◎居室の状況	居室区分	居室区分【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 全室個室			
			2 相部屋あり (最小 人部屋) (最大 人部屋)				
			トイレ	浴室	面積	戸数/室数	区分
居室タイプ1			有	有	35㎡	40戸	一般居室個室
居室タイプ2	有	有	43㎡	12戸	一般居室個室		
◎共用施設	共用便所の設置数	3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	1ヶ所			
	共用浴室	2ヶ所	個室	なし			
			大浴場	2ヶ所			
	共用浴室における介護浴槽	なし					
	食堂	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
◎消火設備等	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし (各居室に設置)					
	エレベーター	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子・ストレッチャー対応) 2 なし					
	消火器	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	スプリンクラー	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし					
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	ロングタームケア		
○サービスの提供内容に関する特色	自グループにおいて、医療・介護のサービス提供が可能		
◎入浴、排泄または食事の介護	1 自ら実施	2 委託	3 <input checked="" type="checkbox"/> なし
◎食事の提供	1 自ら実施	2 委託	3 <input checked="" type="checkbox"/> なし
◎洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	2 委託	3 <input checked="" type="checkbox"/> なし
◎健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
◎安否確認または状況把握サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
◎生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし

(医療連携の内容)

○医療支援	1 <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 3 通院介助	2 入退院の付き添い 4 その他 ( )
○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	住所
	協力内容	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要支援の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要介護の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
○留意事項			
○契約の解除の内容	入居契約書第11条(契約の解除)に示すとおり。		
◎事業主体から解約を求める場合	解約条項	なし	
	解約予告期間		
◎入居者からの解約予告期間	30日前		
◎体験入居の内容	1 あり(内容: )	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
◎入居定員	64名 (43㎡タイプ: 2名、35㎡タイプ: 1名として算出)		
○その他			

5. 職員体制  
(職種別の職員数)

	職員数 (実人員)			常勤換算人員
	合計	常勤	非常勤	
◎管理者	1	1		
◎生活相談員	1 (管理者と兼務)	1 (管理者と兼務)		
◎直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
◎機能訓練指導員				
◎計画作成担当者				
◎栄養士				
◎調理員				
◎事務員				
◎その他の職員	2	1	1	
◎1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数				40時間

(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			
◎実務者研修の修了者			
◎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			
◎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 ( 時～ 時)			
職種	人数	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
◎看護職員		人	人
◎介護職員		人	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 ( ) 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
◎前年度一年間の採用者数					
◎前年度一年間の退職者数					
◎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	
	1年以上3年未満				
	3年以上5年未満				
	5年以上10年未満				
	10年以上				
◎従業員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 <input checked="" type="checkbox"/> 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法【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 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式
	4 選択方式
	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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
○要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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： 入居契約書第4条第3項による。 手続き： 協議の上

(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	要介護度等	自立	要支援2	
	年齢	70歳	80歳	
◎居室の状況	床面積	35㎡	43㎡	
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	台所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	◎入居時点で必要な経費	前払金	円	円
	敷金	144,000円	162,000円	
○月額費用の合計		108,500円	114,500円	
家賃相当額		48,000円	54,000円	
サービス費用 介護保険外	特定施設入居者生活介護の費用	円	円	
	食費	30,000円	30,000円	
	管理費	円	円	
	介護費用	円	円	
	光熱水費	実費	実費	
	その他	共益費	10,500円	10,500円
		状況把握・生活相談サービス料	20,000円	20,000円
○家賃相当額 最低額：48,000円、最高額：54,000円				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
◎家賃	近隣の市場価格
◎敷金	家賃の3ヶ月分
◎介護費用	
◎管理費	
◎食費	朝食：250円・昼食：350円・夕食：400円
◎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	近隣の市場価格

7. 入居者の状況 【2020年7月1日 現在】  
 (入居者の人数)

◎性別	男 性	27人									
	女 性	25人									
◎年齢別	65歳未満	2人									
	65歳以上 75歳未満	12人									
	75歳以上 85歳未満	11人									
	85歳以上	27人									
◎要介護度別	自 立	16人	要支援1	5人	要支援2	4人					
	要介護1	15人	要介護2	9人	要介護3	3人	要介護4	-	要介護5	-	
◎入居期間別	6ヵ月未満	11人									
	6ヵ月以上 1年未満	5人									
	1年以上 5年未満	26人									
	5年以上 10年未満	6人									
	10年以上 15年未満	2人									
	15年以上	2人									

(入居者の属性)

◎平均年齢	82.2歳									
◎入居者の合計	52人									
◎入居率	81.2% (51人/64人)					88.4% (46戸/52戸)				

(前年度における退去者の状況)

◎退去先別の人数	自宅等	3人	社会福祉施設	11人	
	医療機関	1人	死亡者	2人	
	その他	0人			
◎生前解約の状況	施設の申し出	解約理由			大
					大
	入居者側の申し出	解約理由			大
					大

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)

◎窓口の名称	管理者
◎電話番号	0986-39-3993
◎対応している時間	平日(8時30分～17時15分) 土曜(8時30分～17時15分) 日曜・祝日(8時30分～17時15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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	内容：食中毒発生時における賠償
	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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
◎事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 令和 年 月 日
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	結果の開示 1 あり 2 なし
○第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日 令和 年 月 日
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	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	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

◎運営懇談会	1 あり	開催頻度 年 回
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	1 <input checked="" type="checkbox"/> 代替処置あり 内容：年2回の家庭通信(年賀状・暑中見舞い) 2 代替処置なし
○提携ホームへの移行【表示事項】	1 あり (提携ホーム名： )	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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(代替処置) 2 適合している(将来の改善計画) 3 適合していない
◎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                      年    月    日

説明者署名

◎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			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	✓あり	なし	社会福祉法人 豊の里	都城市 栄町 22-5-1
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	医療法人 あたらしい風	都城市 安久町6337番地2
居宅療養管理指導	✓あり	なし	社会福祉法人 豊の里	都城市 栄町 22-5-1
通所介護	✓あり	なし		
通所リハビリテーション	✓あり	なし	医療法人 あたらしい風	都城市 安久町6337番地2
短期入所生活介護	✓あり	なし	社会福祉法人 豊の里	都城市 栄町 22-5-1
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	社会福祉法人 豊の里	都城市 栄町 22-5-1
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			社会福祉法人 豊の里	都城市 栄町 22-5-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	✓あり	なし	社会福祉法人 豊の里	都城市 栄町 22-5-1
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	医療法人 あたらしい風	都城市 安久町6337番地2
介護予防居宅療養管理指導	✓あり	なし	社会福祉法人 豊の里	都城市 栄町 22-5-1
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	医療法人 あたらしい風	都城市 安久町6337番地2
介護予防短期入所生活介護	✓あり	なし	社会福祉法人 豊の里	都城市 栄町 22-5-1
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		
介護予防特定福祉用具販売	✓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	社会福祉法人 豊の里	都城市 栄町 22-5-1
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			社会福祉法人 豊の里	都城市 栄町 22-5-1
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	✓あり	なし	社会福祉法人 豊の里	都城市 栄町 22-5-1
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	医療法人 あたらしい風	都城市 安久町6337番地2

## 介護サービス等の一覧

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
	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	都度	料金	備 考			
介護サービス	食事介助	✓なし	あり			円		
	排泄介助・おむつ交換	✓なし	あり			円		
	おむつ代	✓なし	あり			円		
	入浴（一般浴）介助・清拭	✓なし	あり			円		
	特浴介助	✓なし	あり			円		
	身辺介助（移動・着替え等）	✓なし	あり			円		
	機能訓練	✓なし	あり			円		
	通院介助（協力医療機関）	✓なし	あり			円		
	通院介助（協力医療機関以外）	✓なし	あり			円		
生活サービス	居室清掃	✓なし	あり			円		
	リネン交換	✓なし	あり			円		
	日常の洗濯	✓なし	あり			円		
	居室配膳・下膳	なし	✓あり	○		円	希望者のみ	
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	✓なし	あり			円		
	おやつ	✓なし	あり			円		
	理美容師による理美容サービス	なし	✓あり		○	1,500円	偶数月	
	買い物代行（通常の利用区域）	✓なし	あり			円		
	買い物代行（上記以外の地域）	✓なし	あり			円		
	役所手続き代行	✓なし	あり			円		
金銭・貯金管理	✓なし	あり			円			
健康管理サービス	定期健康診断	✓なし	あり			円		
	健康相談	なし	✓あり	○		円		
	生活指導・栄養指導	✓なし	あり			円		
	服薬支援	なし	✓あり	○		円	希望者のみ	
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	✓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			円		
	入退院時の同行（協力医療機関）	✓なし	あり			円		
	入退院時の同行（協力医療機関以外）	✓なし	あり			円		
	入院中の洗濯物交換・買い物	✓なし	あり			円		
	入院中の見舞い訪問	✓なし	あり			円		