

重要事項説明書

施設名	ケアホームひいらぎ			
定員・室数	定員	10 人	室数	6 室

■有料老人ホームの類型・表示事項

施設の類型	<input type="checkbox"/> 健康型	※食事等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合には、契約を解除し退去しなければなりません。			
	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅型	※生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、在宅サービスを利用しながら生活を継続できます。			
	<input type="checkbox"/> 介護付	※介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら生活を継続できます。			
居住の権利形態	利用権方式	※居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっている契約形態です。			
利用料の支払方法	月払い方式	前払金を受領せず、家賃又はサービス費用を月払いする方式			
入居時の要件	入居時要介護	※入居時において要介護認定を受けている方が対象です。			
介護保険の利用	在宅サービス利用可	※介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用するホームです。			
居室区分	相部屋あり	個室	3 室	夫婦部屋	室
		相部屋	3 室	2 人部屋～	3 人部屋
提携ホームへの移行	なし	提携ホーム（ ）			

《介護付有料老人ホームの追加表示事項》

施設の類型	<input type="checkbox"/> 一般型	※介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。		
	<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型	※有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の事業所が提供します。		
一般型における介護にかかわる職員体制				
外部サービス利用型における介護にかかわる職員体制	ホームの職員（ 4 ）人 (委託先) 訪問介護（ ） 訪問看護（ ） 通所介護（ ）			
介護保険事業所番号				
事業開始(予定)年月日		年	月	日
指定年月日		年	月	日
指定の更新年月日		年	月	日

1. 事業主体概要

法人等の種類・名称	法人等の種別	営利法人		
	フリガナ	カブシカイクア エムオーエム		
	名称	株式会社 MOM		
設立年月日	平成 31 年 3 月 7 日			
代表者職氏名	役職名	代表取締役	氏名	中村 昌宏
主な事業等	<input checked="" type="checkbox"/> 医療、福祉 <input type="checkbox"/> 農業、林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業、採石業、砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input checked="" type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 運輸業、郵便業 <input checked="" type="checkbox"/> 卸売業、小売業 <input type="checkbox"/> 金融業、保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業、物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 宿泊業、飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 教育、学習支援業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業、娯楽業 <input checked="" type="checkbox"/> 学術研究、専門・技術サービス業 <input checked="" type="checkbox"/> 複合サービス業 <input type="checkbox"/> その他			
主たる事務所の所在地	〒 885-0013		宮崎県都城市郡元町3325-67	
連絡先	電話番号	0986-51-8177		
	FAX 番号	0986-51-8178		
ホームページ	あり			

2. 施設概要

施設 の 名 称	フリガナ 名称	ケアホームひいらぎ ケアホームひいらぎ
施設 の 定 員	10 名	
建 物 の 竣 工 日	年 月 日	
施設 の 開 設 年 月 日	令和 5 年 2 月 1 日	
施設 の 所 在 地	〒 880-0852 宮崎市高洲町137番地7	
最 寄 り の 駅 ・ バ ス 停 からのアクセス等	最寄り駅	宮崎駅 最寄りバス停 宮崎駅東口より保健所前通り経由、車で10分
施設 の 連 絡 先	電話番号	0985-78-2657
	FAX番号	0985-78-2658
施設 の 管 理 者 氏 名 及 び 職 名	氏名	蒲生 伸也
	職名	施設長
ホ ー ム ペ ー ジ	あり	mom-miyazaki

<施設・設備等の状況>

敷 地	権利形態	賃貸借	抵 当 権		
	面積	502.81 m ²			
建 物	権利形態	賃貸借	抵 当 権		
	延床面積	建物全体面積		232.11 m ²	
		うち、老人ホーム部分面積		84.83 m ²	
	階 層	平屋建て			
	耐 火 構 造	その他		建物用途区分	介護施設
		木造			
併設施設等	デイサービスひいらぎ				
賃貸借契約の概要	土地	期間	令和 5 年 2 月 ~	年 月	
		更新			
	建物	期間	令和 5 年 2 月 ~	年 月	
		更新			
居 室	一般居室	個室(3)室 (8.12 m ² ~ 10.83 m ²)			
		夫婦室()室 (m ² ~ m ²)			
		相部屋(3)室 (2 人部屋 2 室) (3 人部屋 1 室) (人部屋 室) (11.4 m ² ~ 18.95 m ²)			
介護居室 ※介護付のみ	個室()室 (m ² ~ m ²)	夫婦室()室 (m ² ~ m ²)			
		相部屋()室 (人部屋 室) (人部屋 室) (人部屋 室) (m ² ~ m ²)			
		個室()室 (m ² ~ m ²)			
一時介護室	夫婦室()室 (m ² ~ m ²)	相部屋()室 (人部屋 室) (人部屋 室) (人部屋 室) (m ² ~ m ²)			
居 室 の 設 備	<input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 洗面設備 <input type="checkbox"/> 調理設備 <input checked="" type="checkbox"/> テレビ回線 <input type="checkbox"/> 外線電話回線 <input type="checkbox"/> 緊急通報装置 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド <input checked="" type="checkbox"/> 収納設備 <input checked="" type="checkbox"/> エアコン <input type="checkbox"/> その他				

施 設 の 設 備	便 所	2 箇所 緊急通報装置 なし		
	浴 室	個 浴 (1)	大浴槽 ()	
		特殊浴槽 ()	リフト浴 ()	
		その他 ()		
		緊急通報装置の設置		
		併設施設等との共用	()	
	食 堂	あり		
		併設施設等との共用	あり (デイサービスひいらぎ)	
		入居者や家族が利用できる調理設備	なし	
	その他			
エレベーター	なし () 基			
	<input type="checkbox"/> 車椅子対応	<input type="checkbox"/> ストレッチャー対応		
消 防 設 備	・消火器	あり	・火災通報装置	なし
	・自動火災報知設備	あり	・防災計画	あり
	・スプリンクラー設備	あり	・防火管理者	あり

3. 従業員に関する事項 ※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)

①人数及びその勤務形態

職名	人数		常勤換算人数	兼務の状況	
	専従	非専従		ホーム内兼務	ホーム外兼務
管理者 (施設長)	()	1 ()			
生活相談員	()	()			
看護職員	1 ()	(1)			
介護職員	1 ()	(2)			
機能訓練指導員	()	()			
計画作成担当者	()	()			
栄養士	()	()			
調理員	()	()			
事務員	()	()			
その他従業員	()	()			
1 週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数					時間

※人数のうち () 内は非常勤職員の人数を指します。

※常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従事者の人数に換算した人数を言います。

②看護師及び介護職員の勤務状況

職名	日勤帯平均人数	日勤帯最小時の人数	夜勤帯平均人数	夜勤帯最小時の人数
	(9 : 30 ~ 17 : 00)		(17 : 00 ~ 9 : 30)	
看護職員	() 人	() 人	() 人	() 人
介護職員	(1) 人	(1) 人	(1) 人	(1) 人

※有料老人ホームの従事職員に限ります。

※最小時の人数は休憩者等を除きます。

※介護付有料老人ホームの場合、上記に併せて下記の記入が必要です。

②-2 特定施設入居者生活介護の看護職員及び介護職員 1 人当たり (常勤換算) の利用者数

人

③-1 管理者（施設長）の資格

福祉用具専門相談員

③-2 介護職員の資格

資格	延べ人数	人数	
		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	()	()	()
ヘルパー1級	1 ()	()	()
ヘルパー2級	()	()	(2)
資格なし	()	()	()

③-3 機能訓練指導員の資格

資格	延べ人数	人数	
		専従	非専従
理学療法士	()	()	()
作業療法士	()	()	()
言語聴覚士	()	()	()
看護師又は准看護師	1 ()	()	(1)
柔道整復士	()	()	()
あん摩マッサージ指圧師	()	()	()
はり師	()	()	()
きゅう師	()	()	()

※人数のうち () 内は非常勤職員の人数を指します。

④ 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）

勤続年数	職種	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
前年度1年間の採用者数		()	()	()	()	()
前年度1年間の退職者数		()	()	()	()	()
1年未満		()	1 (1)	1 (2)	()	()
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		()	()	()	()	()
合計		0 (0)	1 (1)	1 (2)	0 (0)	0 (0)

※人数のうち () 内は非常勤職員の人数を指します。

⑤ 従業者の健康診断の実施状況

実施状況	あり	年	1	回
------	----	---	---	---

4. サービスの内容

運営に関する方針	サービスの質の向上の為、職員の研修参加、定期的な家族会を開き利用者様ご家族の理解を深める。
サービス提供内容に関する特色	施設ではなく家族や家庭である事を目指して、ご家族と共に援助していく。

①ホームが提供するサービス

食事の提供	あり	(直営)
食事介助	あり	
入浴介助	なし	
排せつ介助	あり	
居室の清掃・洗濯等の家事	あり	
生活相談サービス	あり	
健康管理	あり	
服薬支援	あり	
金銭管理	なし	
定期的な安否確認の方法	朝夕、バイタルチェックを行い協力医療機関との密なる連携を取る。	

①-2 介護保険加算サービス等 (※介護付のみ記載)

入居継続支援加算		
生活機能向上連携加算		
個別機能訓練加算		
夜間看護体制加算		
若年性認知症入居者受入加算		
医療機関連携加算		
口腔衛生管理体制加算		
栄養スクリーニング加算		
退院・退所時連携加算		
看取り介護加算		
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)		
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)		
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) イ		
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) ロ		
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)		
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)		
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)		
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)		
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)		
介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)		
介護職員処遇改善加算 (Ⅴ)		
人員配置が手厚い介護サービスの実施		
短期利用特定施設入居者生活介護の算定		

②医療機関との連携・協力

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配	<input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付添い	<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
協力医療機関			
協力医療機関名：	ひなた在宅クリニック	協力契約書等の締結：	なし
診療科目：			
協力内容：			
協力医療機関名：	みつばち薬局	協力契約書等の締結：	あり
診療科目：			
協力内容：	薬の分包・配達		
協力医療機関名：	杉本外科胃腸科医院	協力契約書等の締結：	あり
診療科目：			
協力内容：			
協力歯科医療機関			
協力歯科医療機関名：	すみれ歯科	協力契約書等の締結：	あり
協力内容：			
協力歯科医療機関名：		協力契約書等の締結：	
協力内容：			

③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

運営懇談会	設置の有無：	あり	年 (1) 回開催予定
	代替措置： (設置なしの場合)		実施内容：
利用者アンケート	実施の有無：	あり	実施内容：
			結果開示：
意見箱	設置の有無：	あり	設置箇所：
			結果開示：
第三者による評価	実施の有無：	なし	評価者：
			結果開示：

④苦情及び事故対応

苦情対応窓口	運営法人が設置する窓口	窓口の名称：	苦情相談窓口
		電話番号：	0985-78-2657
		対応時間：	08：30～17：30 (月曜日～土曜日)
	上記以外の相談窓口	窓口の名称：	宮崎市 福祉部 介護保険課
		電話番号：	0985-21-1777
		対応時間：	8：30～17：15 (土日祝日・年末年始を除く)
		窓口の名称：	
		電話番号：	
		対応時間：	
		窓口の名称：	
電話番号：			
対応時間：			

サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合の対応

損害賠償責任保険の加入状況	あり	(内容)
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	あり	(内容) サービス提供時、万一事故が発生した場合損害賠償を行う。但し入居者側に重大な過失がある場合は損害賠償額を減ずることがある。
事故対応及びその予防のための指針	あり	

⑤入居に当たっての留意事項

入居の条件	年齢	
	要介護度	要介護 1 以上
	医療的ケア	
	認知症	
	その他	
身元引受人等の条件、義務等	2名の身元引受人が必要	
体験入居	利用期間	
	利用料金	5,000円/日（朝食・夕食込み）
	その他	オムツ等の自己負担は実費
入居者からの契約解除	退居の一ヶ月前には施設に届け出る	
施設からの契約解除	施設に対して多大な危害や損害を与えた場合	
その他の留意事項		

⑥居室の住み替えに関する事項

居室の住み替え	あり	
	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移動 <input checked="" type="checkbox"/> 介護居室の移動 <input checked="" type="checkbox"/> 提携ホームへ移動 <input type="checkbox"/> その他居室へ移動	
判断基準・手続き	ご家族の経済的理由。本人の希望。	
利用料金の変更		
前払金の調整		
居室利用権の取扱		
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減：	便所の変更：
	浴室の変更：	洗面所の変更：
	台所の変更：	
	その他変更：	(内容)

5. 入居者の状況

介護度別・年齢別入居者数 平均年齢 91 歳 入居者数合計 8 人

年齢 \ 介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
65歳未満								
65歳以上75歳未満								
75歳以上85歳未満						1		
85歳以上				1	1	1	3	0
合計	0	0	0	1	2	2	3	0

男女別入居者数 男性 2 人 女性 5 人
 入居率（一時的に不在となっている者も含む） 80 % （定員に対する入居者数）

入居継続期間別入居者数

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	合計
入居者数		1	7				8

直近の1年間の退去者数と理由

理由 \ 介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
自宅・家族同居								
介護老人福祉施設（特養等）へ転居								
介護老人保健施設へ転居								
介護療養型医療施設へ転居								
他の有料老人ホームへの転居								
その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居								
医療機関（入院）								
死亡								
その他								
合計	0	0	0	0	0	0	0	0

生前解約の状況	施設側の申し出：	人	解約事由の例：
	入居者側の申し出：	人	解約事由の例：

6. 利用料金

敷金・保証金	なし	円
算定根拠	家賃の ヶ月分	
※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還します。		

家賃及びサービスの対価

プラン名	前払金	月額利用料	(内訳)					
			家賃相当額	管理費	介護費用	食費	光熱水費	その他
相部屋	なし	97,800	30,000	15,500		43,800	5,500	3,000
		0						
		0						
		0						

各料金の内訳・明細	前払金	月額単価 円 × 想定居住期間 月により算出 (月額単価の説明) (想定居住期間の説明)																									
	家賃相当額	入居者が居住する居室及び利用する共用施設等の家賃相当費用																									
	管理費	人件費、消耗品費、諸経費																									
	介護費用																										
	食費	朝食 300円 昼食 580円 夕食 580円 間食 円 一日あたり 1460円 × 30日 で積算 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>朝</th> <th>昼</th> <th>夜</th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>通常</td> <td>300</td> <td>580</td> <td>580</td> <td>1480</td> </tr> <tr> <td>1/1</td> <td>500</td> <td>1500</td> <td>1500</td> <td>3500</td> </tr> <tr> <td>1/2</td> <td>500</td> <td>1500</td> <td>1500</td> <td>3500</td> </tr> <tr> <td>1/3</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>1500</td> </tr> </tbody> </table>		朝	昼	夜	計	通常	300	580	580	1480	1/1	500	1500	1500	3500	1/2	500	1500	1500	3500	1/3	500	500	500	1500
		朝	昼	夜	計																						
	通常	300	580	580	1480																						
	1/1	500	1500	1500	3500																						
1/2	500	1500	1500	3500																							
1/3	500	500	500	1500																							
光熱水費	1/1~1/3は追加料金 不要時は前日までにお知らせください																										
個別選択によるサービス利用料	* 正月加算手当・・・3ヶ月 ¥8,500																										
その他	利用状況に応じて、別途下記料金を請求する <ul style="list-style-type: none"> ・電気使用料(テレビ視聴) 500円/月…居室にテレビを設置した場合 ・ベッド借用料(レンタル) 2,000円/月…利用者にベッドを貸し出した場合 ・日常の洗濯代 3,000円/月 ・入院期間中は、月額利用料のうち家賃相当額のみお支払い頂きます。 																										

前払金の取扱 ※前払い金を受領していない場合は省略可能

支払日・支払方法	
償却開始日	
初期償却額	
初期償却率	
契約終了時の返還金の算定方式	
短期解約(死亡退去含む)の返還金の算定方式	期間: 3ヶ月 起算日: 入居日
返還期限	契約終了日から 日以内
保全措置	保全先
その他の留意事項	

特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠（介護付きのみ記入）

項目	算定根拠
特定施設入居者生活介護に対する自己負担	
人員配置が手厚い場合の介護サービス	

利用料の取扱

年齢に応じた金額設定	なし	要介護状態に応じた金額設定	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	家賃相当額		
	管理費		
	介護費用		
	食費		
	光熱水費		

料金改定の手続き

事前に本人やご家族と話し合い、両者が納得したうえで料金改定の手続きを実施する。

7. その他

老人福祉法第29条第1項に規定する届出	あり
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	なし
宮崎市有料老人ホーム設置運営指導指針不適合事項 〈不適合事項〉・居室面積・相部屋（13㎡以下）	あり

添付書類：別添1「事業主体が県内で実施する介護サービス」

別添2「個別選択による介護サービス等の一覧」

重要事項説明書及び一覧表の各項目について説明を受け、理解しました。

_____年 _____月 _____日 _____署名 _____印

身元引受人 続柄 _____署名 _____印

説明者署名 _____印

【別添1】事業主体が県内で実施する介護サービス

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護			
訪問入浴介護			
訪問看護			
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護			
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護			
福祉用具貸与		介護のアシスト	宮崎市清武町岡1丁目28-11高野ⅢHAYATE 1F
特定福祉用具販売			
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護			
地域密着型通所介護		デイサービスひいらぎ	宮崎市高洲町137-7
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護			
<居宅介護支援>			
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護			
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護			
介護予防特定施設入居者生活介護			
介護予防福祉用具貸与			
介護予防特定福祉用具販売			
<介護予防・日常生活支援総合事業>			
訪問型サービス			
通所型サービス			
<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			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
<介護予防支援>			
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			
介護医療院			
<その他の施設>			
生活支援ハウス			
軽費老人ホーム（ケアハウス）			
養護老人ホーム			
その他の有料老人ホーム			

【別添2】個別選択による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
	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	個別利用料で実施するサービス			別途料金・備考※3
		有無	月額利用料に含む※2	別途費用徴収※2	
介護サービス					
食事介助	なし	あり	含む	なし	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	含む	なし	
おむつ代		あり	含まない	あり	実費
一般浴介助・清拭	なし	なし			
特浴介助	なし	なし			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	含む	なし	
機能訓練	なし	なし			
通院介助	なし	なし			
生活サービス					
居室清掃	なし	あり	含む	なし	
リネン交換	なし	あり	含まない	あり	クリーニング代実費
日常の洗濯	なし	あり	含まない	あり	洗濯代 月/3,000円
居室配膳・下膳	なし	あり	含む	なし	
嗜好に応じた特別な食事		あり	含まない	あり	実費
おやつ		あり	含む	なし	
理美容師による理美容サービス		なし			
買物代行	なし	あり	含まない	あり	実費
役所手続き代行	なし	なし			
金銭・貯金管理		なし			
健康管理サービス					
定期健康診断		なし			
健康相談	なし	あり	含む	なし	
生活指導・栄養指導	なし	あり	含む	なし	
服薬支援	なし	あり	含む	なし	
生活リズム記録（排便・睡眠等）	なし	あり	含む	なし	
入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	なし	なし			
入退院時の同行	なし	あり	含まない	あり	
入院中の洗濯物交換・買物	なし	あり	含まない	あり	実費
入院中の見舞い訪問	なし	なし			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わります。

※2：個別利用料で実施するサービスが「あり」の場合、各種サービスの費用が、「月額利用料に含む場合」と、「別途費用徴収の場合」に応じて記入します。

※3：別途費用徴収の場合、1回あたりの金額などを記入します。