

ひまわりの里 重要事項説明書（通常利用・短期利用）

ご入居者： _____ 様

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

有限会社ひまわり

代表取締役 吉本 有子 印

1. 事業主体概要

種類	営利法人	
名称	有限会社 ひまわり	
主たる事務所の所在地	〒868-0302 熊本県球磨郡錦町一武 2130 番地の 2	
連絡先	電話番号	0966-38-3575
	FAX番号	0966-38-7678
	ホームページアドレス	http://www.himawari-nishiki.com/
代表者	氏名	吉本 有子
	職名	代表取締役
設立年月日	2003年 1月 22日	
主な実施事業	・ 特定施設入居者生活介護事業（ひまわりの里） ・ 居宅介護支援事業（ひまわりの里） ・ 地域密着型通所介護事業（ひまわりデイサービス）	

2. 事業の概要

名称	ひまわりの里	
所在地	〒868-0302 熊本県球磨郡錦町一武 2130 番地の 1	
管理者	吉本 有子	
【表示事項】 類型	1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） 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する場合） 3 住宅型 4 健康型	
介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所熊本県知事指定 第 4373101171 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所熊本県知事指定 第 4373101171 号	
指定した自治体名	熊本県	
建物の竣工日	2006年 11月 1日（2023年3月9日に一部増築）	
事業所の指定日	2009年 10月 6日	
事業の開始日	2009年 10月 8日	
指定の更新日（直近）	2021年 10月 6日	

3. 建物概要

土地	敷地面積	5,968.46　㎡				
	所有関係	事業者が賃借する土地				
			抵当権の有無		有	
			契約期間		1年間の自動更新	
建物	延床面積	888.78　㎡　（1階建て）				
	耐火構造	準耐火建築物				
	構造	鉄骨造（増築部については木造）				
	所有関係	事業者が自ら所有する建物				
居室の状況	【表示事項】 居室区分	全 21 部屋 全室個室（但し最大定員の範囲内で全部屋相部屋の対応が可能）				
		トイレ	専用浴室	面積	戸数・室数	区分
	タイプ 1	有	無	19.26 ㎡	14	介護居室個室
	タイプ 2	有	無	19.58 ㎡	2	介護居室個室
	タイプ 3	有	無	19.91 ㎡	2	介護居室個室
	タイプ 4	有	無	20.27 ㎡	1	介護居室個室
	タイプ 5	有	無	26.50 ㎡	2	介護居室個室
共用施設	共用便所	2ヶ所		うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所
				うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所
	共用浴室	2ヶ所		個室		2ヶ所
				大浴場		0ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所		チェアー浴		2ヶ所
				リフト浴		1ヶ所
	食堂	1	あり	2	なし	
	調理設備	1	あり	2	なし	
	エレベーター	1	あり	2	なし	
消防用設備等	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	
その他	一時介護室、相談室、談話室 2ヶ所、リビング、中庭 2ヶ所、収納設備					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>・事業者は、明るく家庭的な雰囲気を持ち、入居者及び身元引受人等や地域との交流を重視した事業所の運営を行い、市町村、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図る。</p> <p>・事業者は、自らその提供する介護サービスの質の評価を行うことで常にその改善を図り、安定的かつ継続的な事業の運営に務める。</p>			
提供するサービスの内容	<p>・事業者は施設サービス計画に基づき、入居者が自身の能力に応じて可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行う。</p> <p>・事業者は、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立って介護サービスを提供するよう努める。</p>			
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
掃除洗濯等の家事の供与	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	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（訪問診療医・看護師の確保）
協力医療機関	名称	高田内科医院			
	住所	熊本県球磨郡錦町一武 1576			
	電話番号	0966-38-3677			
	診療	一般内科			
協力医療機関	名称	とやまクリニック			
	住所	熊本県人吉市宝来町 12-9			
	電話番号	0966-28-3375			
	診療	一般内科、訪問診療			
協力歯科医療機関	名称	なかくま歯科医院			
	住所	熊本県球磨郡あさぎり町免田西 2273-5			
	電話番号	0966-45-5701			
	診療	一般歯科			

(入居に関する要件)

【表示事項】入居対象となる者	自立・要支援認定者・要介護認定者	
留意事項	入居時満 65 歳以上。療養管理が必要な方は、要相談。	
契約の終了	① 入居者が死亡したとき ② 事業者が契約解除を通告し、予告期間が満了したとき ③ 入居者が解約を行ったとき	
事業者からの契約解除	解約条項	① 入居の申請にあたり虚偽の申し出をする等の不正手段により入居したとき ② 月額費用その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ③ 入居契約書 第 18 条の規定に違反したとき ④ 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき ⑤ 入居者が、病院等に入院し、概ね 1 ヶ月以内に退院できる見込みが明らかでない場合
	解約予告期間	30 日
入居者からの解約予告期間	30 日以上	
短期利用	利用の開始にあたり、予め 30 日以内の利用期間を定める。	
入居定員	23 人	

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合	
判断基準の内容	事業者は、入居者に対してより適切な介護等を提供するために必要と判断する場合には、本契約に基づくサービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合がある。	
手続きの内容	① 事業者の指定する医師の意見を聴く。 ② 入居者の意思を確認する。 ③ 入居者の身元引受人等の意見を聴く。	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い	利用権の対象居室は、当初の居室から変更しないものとする。	
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (居室面積：13.23 ㎡)
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (専用便所の設置なし)
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (専用浴室の設置なし)
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (専用洗面所の設置あり)
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (専用台所の設置なし)

5. 職員体制

(勤務職員の状況)

	職員数（実人数）			常勤換算人数	主な資格
	合計	常勤	非常勤		
管理者	1	1		1.0	
生活相談員	2	2		1.0	
介護職員	14	10	4	7.9	介護福祉士（5名）
看護職員	2	2		1.2	准看護師（2名）
機能訓練指導員	2	2		0.4	准看護師（2名）
計画作成担当者	1	1		0.3	ケアマネージャー（1名）
厨房職員	3	3		3	調理師（1名）
職員の平均勤続年数				8.0 年	
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40 時間	
夜勤（18 時 30 分～翌 9 時 30 分）を行う介護職員の人数				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入居者 に対する看護・介護職員の割合	【表示事項】 契約上の職員配置比率	3 : 1 以上
	実際の配置比	2 : 1

6. 利用料金

(利用料金の支払い)

【表示事項】 居住の権利形態		1	利用権方式		2	建物賃貸借方式		3	終身建物賃貸借方式	
【表示事項】 利用料金の支払い方式		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					
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	事業者は、介護報酬や消費税等の改定、物価、人件費、その他経済情勢の変化等やむを得ない事由により、前条に定める入居者等が負担する費用の額を改定することがある。								
	手続き	① 事業者は、前項の費用の改定にあたっては、管理・運営規程の第 13 条に定める運営懇談会の意見を参考にした上で改定する。 ② 事業者は入居者及び身元引受人等へ文書を用い事前に通知する。								

(基本報酬)

要介護度	給付単位数（単位/日）	
	通常利用	短期利用
要支援 1	183	—
要支援 2	313	
要介護 1	542	
要介護 2	609	
要介護 3	679	
要介護 4	744	
要介護 5	813	
介護保険適用時の利用者負担額：上記の給付単位数×10 円の額のうち、介護保険負担割合証に記載のある利用者負担割合（1～3 割）に相当する額。		

(加算及び減算)

名称	給付単位数	
	通常利用	短期利用
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	—
協力医療機関連携加算	100 単位/月	
退院・退所時連携加算※ ¹	30 単位/日	
退居時情報提供加算	250 単位/回	
新興感染症等施設療養費※ ²	240 単位/日	
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10 単位/月	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位/日	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数×12.8%/月	
介護保険適用時の利用者負担額：上記の給付単位数×10 円の額のうち、介護保険負担割合証に記載のある利用者負担割合（1～3 割）に相当する額。		

※ 1. 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から入居した日より起算して 30 日間のみ算定。

※ 2. 厚生労働大臣が別に定める感染症の流行時にのみ算定。

(介護保険サービス外に係る利用料金)

費目	料金	
	通常利用	短期利用
敷金※ ¹	計 70,000 - 86,000 円	—
家賃※ ²	月額 35,000 - 43,000 円	日額 2,000 円
管理費※ ¹	月額 10,000 - 12,000 円	—
光熱水費※ ³	月額 7,000 - 10,000 円	—
食費	1 食あたり 550 円	
その他のサービス 利用料	洗濯代※ ⁴ ：月額 2,000 円	洗濯代：200 円/回
	<ul style="list-style-type: none"> ・個別の外出介助※⁵：1 時間あたり 1,200 円 ・個別の買い物代行：1 時間あたり 800 円 ・個人の希望や嗜好による日用品の一部や日常生活に必要なもの※⁶：実費 	
居室の原状回復及び 修繕に関する特約事項	<ul style="list-style-type: none"> ・退去時の居室清掃費用※⁷：15,000 円 ・カーテン、マットレスのクリーニング費用：実費（概ね 10,000 円程度） ・タイルカーペットの交換費用※⁸：1 枚あたり 700 円 	<ul style="list-style-type: none"> ・クリーニングや修繕が必要と判断される場合のみ実費

※1. ご夫婦、ご兄弟など相部屋使用の場合も 2 人合わせて同様の額。

※2. ご夫婦、ご兄弟など相部屋使用の場合も 2 人合わせて同様の額。生活保護受給者については、住宅扶助の上限額とする。

※3. ご夫婦、ご兄弟など相部屋使用の場合も 2 人合わせて同様の額。電気料金に関しては 100kWh/月以上の超過分を追加で実費請求する。

※4. 週 2 回の入浴時＋月 2 回のリネン交換含む。それ以外は 200 円/回。

※5. 協力医療機関・協力歯科医療機関への通院介助は除く（無料）。

※6. おむつ代、医療費、薬剤費、歯ブラシ、化粧品、タオル、寝具類一式、衣服、テレビ、冷蔵庫、ポータブルトイレ、クリーニング代、菓子類、雑誌代等を含む。シャンプー等施設側で用意する共用品は含まず。

※7. 但し外部業者委託時はその実費。

※8. 激しい汚染・損傷のため破棄する場合のみ。但し外部業者委託時はその実費。

(代表的な利用者費用負担の内訳)

		プラン 1 (単身)				プラン 2 (ご夫婦)			
入居者の状況	要介護度	要介護 2				要介護 1・要介護 3			
	年齢	90 歳				85 歳・85 歳			
居室の状況	床面積	19.26 m ²				26.50 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		敷金				70,000 円			
月額費用の合計		131,901 円				223,402 円			
家賃		35,000 円				43,000 円			
管理費		10,000 円				12,000 円			
サービス費用	介護保険サービスの自己負担分 (1 割)		21,522 円				43,145 円		
	介護保険外	食費 (30 日分)		49,500 円				99,000 円	
		水道光熱費		7,000 円				10,000 円	
		その他 (医療費、おむつ代等)		8,879 円				16,257 円	

7. 入居者の状況

(入居者の状況)

入居者数の合計		23 人
年齢別	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	7 人
	85 歳以上	15 人
要介護度別	要支援 1	3 人
	要支援 2	人
	要介護 1	3 人
	要介護 2	6 人
	要介護 3	7 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	人
入居期間別	6 ヶ月未満	6 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	6 人
	1 年以上 5 年未満	6 人
	5 年以上 10 年未満	4 人
	10 年以上	1 人

(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	7 人
	死亡者	1 人
	その他	人
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	9 人
		(解約事由の例) ・入院による医療行為の必要性があった。 ・当施設での看取りを希望され入居を継続された、等。

8. 苦情・事故等に関する体制

(入居者からの苦情に対応する窓口等の状況)

窓口の名称		ひまわりの里	錦町役場福祉課	錦町地域包括支援センター
電話番号		0966-38-3575	0966-38-1113	0966-38-1113
対応時間	平日	8:15~17:30	8:30~17:30	8:30~17:30
	土日祝日	8:15~17:30	—	—
定休日		なし	土日祝祭日	土日祝祭日

(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	加入済(加入保険会社:三井住友海上)		
賠償すべき事故が発生したときの対応	事故対応マニュアルに基づき、速やかに対応		
事故対応及びその予防のための指針	1	あり	2 なし

(入居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)

入居者アンケート調査、意見箱等の 入居者の意見等を把握する取組の状況	1	あり	2	なし
第三者による評価の実施状況	1	あり	2	なし(今後実施予定)

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書	入居希望者に交付する
管理・運営規程	入居希望者に交付する
事業収支計画書・財務諸表	公開していない
財務諸表の原本	公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり（年1回以上開催）	<input type="checkbox"/> 2	なし
【表示事項】提携ホームへの移行	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する 有料老人ホーム設置時の届出	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし ※ サービス付き高齢者向け住宅として登録されており、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、届出が不要。
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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input 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 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の不適合事項	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし

私は、重要事項説明書を事業者より受領し、以上の重要事項について説明を受けました。

（氏名） _____ 印

（住所） _____

（続柄） _____

有限会社ひまわり

説明者署名 _____