

重要事項説明書

記入年月日	令和3年2月15日
記入者名	野口 力
所属・職名	代表取締役

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	法人
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かふしきがいしゃゆいゆい 株式会社ゆいゆい	
主たる事務所の所在地	〒 901-0145 沖縄県那覇市高良3-8-23興浩商事ビル402号	
連絡先	電話番号	098-851-8175
	FAX番号	098-851-8195
	ホームページアドレス	http://www.yuiyui-okinawa.com
代表者	氏名	野口 力
	職名	代表取締役
設立年月日	令和 3 年 1 月 26 日	
主な実施事業	※別添1（別の実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) いりょうしせつがたほすびすゆいゆいはえぼる 医療施設型ホスピスゆいゆい南風原	
所在地	〒 901-1103 沖縄県島尻郡南風原町与那覇283番地メディカルプラザはえぼる 2階	
主な利用交通手段	最寄駅	南部保健所前駅 徒歩1分
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 南部保健所前駅下車後 徒歩1分

連絡先	電話番号	098-917-4001
	FAX番号	098-851-8195
	ホームページアドレス	http://www.yuiyui-okinawa.com
	メールアドレス	yuiyui@in-home.co
管理者	氏名	高木 恵美
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 23 年 5 月
有料老人ホーム事業の開始日		令和 3 年 4 月 1 日

【類型】【表示事項】

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）			
① 住宅型			
4 健康型			
1又は2に 該当する場合	介護保険事業者番号		
	指定した自治体名	県（市）	
	事業所の指定日	平成	年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,392 m			
	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	(令和1年9月15日～令和4年9月14日)			
	契約の自動更新	なし			
建物	延床面積	全体	m		
		うち、老人ホーム部分	307 m		
	耐火構造	① 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他（スプリンクラー設備、自動火災報知設備、消火器、誘導灯）			
	構造	鉄筋コンクリート造			
	所有関係	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 (2021年1月1日～2035年12月31日) 2 なし			
	契約の自動更新	あり			
居室の 状況	居室区分 【表示事項】	全室個室			
	タイプ1	トイレ	浴室	面積	戸数・室数
	無	無	7.6~8.3㎡	7室	一般居室個室

	タイプ2	無	無	11.5~14.2㎡	6室	一般居室相部屋
	タイプ3					
	タイプ4					
	タイプ5					
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一特介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における便房	2	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房 うち車椅子等の対応が可能な便房		ヶ所
	共用浴室	1	ヶ所	個室 大浴場	1	ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	0	ヶ所	チェアー浴	1	ヶ所
				リフト浴		ヶ所
				ストレッチャー浴	1	ヶ所
				その他（ ）		ヶ所
	食堂	あり				
	入居者や家族が利用できる調理設備	なし				
エレベーター	あり	(ストレッチャー対応)				
消防用設備等	消火器	あり				
	自動火災報知設備	あり				
	火災通報設備	あり				
	スプリンクラー	あり				
	防火管理者	あり				
	防災計画	あり				
その他						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	安心して自立、又はサポートを受けて日常生活が営むことができるように多職種と連携し心身機能の維持・回復を目指す
サービスの提供内容に関する特色	訪問看護サービスとの連携により高い医療ニーズに対応しながらも自宅に近い生活空間を創造します。
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施
食事の提供	委託
洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施
健康管理の供与	委託
安否確認又は状況把握サービス	自ら実施
生活相談サービス	自ら実施

(医療連携の内容)

医療支援	1 救急車の手配 4 その他（ 訪問看護サービスによる在宅医療の提供 ）		
協力医療機関	1	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	

協力歯科医療機関	協力内容	
	名称	
	住所	
	協力内容	

〔入居に関する要件〕

入居対象となる者 〔表示事項〕	自立している者	あり
	要支援の者	あり
	要介護の者	あり
留意事項		
契約の解除の内容	別紙入居契約書の通り	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	解約予告期間	30日
入居者からの解約予告期間		30日
体験入居の内容	2 なし	
入居定員	19 人	
その他		

5. 職員体制

※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事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）		常勤換算人数 ※1※2
	合計	非常勤	
管理者	1人		
生活相談員			
直接処遇職員			
介護職員	6人	6人	3.4人
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			
その他職員			
✓ 従業員1人あたりの利用者数（利用者数/職員数（実人数）合計）			3.3 人
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ※2			40 時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務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業員の数に換算した人数をいう。			
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。			

（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	0	0
介護福祉士	3	3
実務者研修の修了者	0	0

初任者研修の修了者	1		1
介護支援専門員	0		0

(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	0		
理学療法士	0		
作業療法士	0		
言語聴覚士	0		
柔道整復士	0		
あん摩マッサージ指圧師	0		
はり師	0		
きゅう師	0		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17 時～ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	1 人	1 人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務						あり			
	業務に係る資格等				なし					
					資格等の名称					
	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	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										
職員の年齢構成	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
職歴	10年未満									
職歴	10年以上									
従業員の健康診断の実施状況	①あり 2なし									
従業員に対する教育訓練等、資質向上に向けた取組の実施状況	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 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】	月払い方式 (後払い)

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）の取扱い	減額なし
利用料金 の改定	条件 手続き

（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	4		5		
	年齢	75	歳	85	歳	
居室の状況	床面積	9	m	9	m	
	便所	無		無		
	浴室	無		無		
	台所	無		無		
入居時点で 必要な費用	前払金		円		円	
	敷金	60,000	円	60,000	円	
月額費用の合計		112,500	円	82,000	円	
家賃		32,000	円	32,000	円	
サービス 費用	特定施設入居者生活介護（※1）の費用		0	円	0	円
	（※2） 介護 保険 外	食費（30日）	40,500	円	0	円
		生活支援サービス費	40,000	円	40,000	円
		経営栄養管理費		円	10,000	円
		光熱水費（生活支援サービス費に含む）		円		円
		その他 オムツ代等	自己負担	円	自己負担	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費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入しない。）

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	賃料に充当するものとする
敷金	家賃の2ヶ月分
介護費用	
生活支援サービス費	サービス費、水道光熱費、共用品等の維持管理、備品、消耗品、郵便費等
食費	450円/1食
経営栄養等管理費	経営栄養チューブ等の管理（物品の維持管理）に関わる費用とする
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	

（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
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（初期償却額）		円
初期償却率		%
返還金の 算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称： _____）	

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	人
	女性	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	人
	85歳以上	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	人
	要介護3	人
	要介護4	人
要介護5	人	
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	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	歳
入居者数の合計	人
入居率（※）	%

（※）入居者数の合計を入居定員数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	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
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)

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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	管理者 高木 恵美	
電話番号	098-851-8175	
対応している時間	平日	09:00 ~ 17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(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	① あり	(その内容) 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	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	(その内容)
	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	
		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	
		評価機関名称	
		結果の開示	① あり ② なし
	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	③ 公開していない
管理規程	③ 公開していない
	③ 公開していない
	③ 公開していない
事業収支計画書	③ 公開していない
	③ 公開していない
	③ 公開していない
財務諸表の要旨	③ 公開していない
	③ 公開していない
	③ 公開していない
財務諸表の原本	③ 公開していない
	③ 公開していない
	③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり (開催頻度) 年 1 回 2 なし
	1 代替措置あり (内容)
	2 代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	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	① あり 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	1 あり ② なし
有料老人ホーム設置運営指導 指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項	① あり 2 なし
合致しない事項がある場合 の内容	1065㎡以下 相部屋
「6.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 (代替措置) 2 適合している (将来の改修計画) 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	1 あり ・ ② なし
不適合事項がある場合の 内容	

添付書類：別添 1 (別の実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____ 様 印

説明年月日 令和 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。

別添1

(1) 事業主体が、沖縄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	訪問介護ステーション (株) 4811	那覇市高良3-8-23政治商事ビル402号
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション (株) 4811	那覇市高良3-8-23政治商事ビル402号
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		
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	福祉用具ステーション (株) 4811	那覇市高良3-8-23政治商事ビル402号
特定福祉用具販売	あり	なし	福祉用具ステーション (株) 4811	那覇市高良3-8-23政治商事ビル402号
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
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		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	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	なし	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	訪問看護ステーション (株) 4811	那覇市高良3-8-23政治商事ビル402号
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	福祉用具ステーション (株) 4811	那覇市高良3-8-23政治商事ビル402号
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	福祉用具ステーション (株) 4811	那覇市高良3-8-23政治商事ビル402号
<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		
介護医療院	あり	なし		
(2) 介護予防・日常生活支援総合事業				
訪問型サービス	あり	なし		
通所型サービス	あり	なし		
その他の生活支援サービス	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）の提供の有無					なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス （利用費一筆負担とし）		個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）			備考
	なし	あり	なし	あり	注	
介護サービス						
食事介助	なし	あり	なし	あり	○	
食事介助・おむつ交換			なし	あり	○	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	○	
入浴（一般用）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	
沐浴介助	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	○	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○	
通院介助	なし	あり	なし	あり		※付帯し得る範囲を明確化すること
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	1000円/月
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	2000円/月
居室配膳・干渉	なし	あり	なし	あり	○	
入居者の嗜好に応じた特別なお食事			なし	あり	○	自己負担
おやつ			なし	あり	○	自己負担
理学治療による理学療法サービス			なし	あり	○	自己負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		※利用し得る範囲を明確化すること
送付手続き代行	なし	あり	なし	あり		
会費・貯蓄管理			なし	あり		
健康管理サービス						
定期健康診断			なし	あり	○	任意または自主的に施設内診療
健康相談	なし	あり	なし	あり	○	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○	
福祉支援	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	○	
入退院時・入居中のサービス						
移送サービス	なし	あり	なし	あり		
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		状況に応じ、実費負担にて
入居中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		状況に応じ、実費負担にて
入居中の見直し訪問	なし	あり	なし	あり		

※1：利用者の実情に応じて負担割合が異なる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、内縁のサービス費用に追加される場合と、サービス利用の都合等により発生する場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：費用がない場合は、当該あたりの金額を0と、空白を明確にして記入する。