

重要事項説明書

◎については全事業所が記入。

○については該当する事業所が記入。

		記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	畑中健二	所属・職名	代表取締役

1. 事業主体概要

◎種類	個人、法人の別	
	※法人の場合、その種類	株式会社
◎名称	(ふりがな) コミュニティアシストネット	
◎主たる事務所の所在地	〒885-0074 宮崎県都城市甲斐元町21街区10号	
◎連絡先	電話番号	0986-26-9698
	FAX番号	(0989-77-2939)
	ホームページアドレス	なし
◎代表者の氏名及び職名	氏名	畑中健二
	職名	代表取締役
◎設立年月日	平成20年2月29日	
◎主な実施事業	※別添1	

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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほ一む きゃん 住宅型有料老人ホーム CAN	
◎施設の所在地	〒885-0095 宮崎県都城市簗原町3 1 1 1 番地4 8	
◎事業所までの主な利用交通手段	宮崎交道路線バス 生協団地前バス停 より徒歩3分	
◎施設の連絡先	電話番号	0986-21-3224
	FAX番号	(0986-77-2939)
	ホームページ アドレス	なし
◎施設の管理者の氏名及び職名	氏名	畑中ハナエ
	職名	管理職
◎建物の竣工日	昭和51年11月 1日	
◎有料老人ホーム事業の開始日	平成26年 3月 7日	

（類型）【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） <input checked="" type="radio"/> 3 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	306.61 m ²					
	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 (H26年3月1日～H28年2月末日)	2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし				
◎建物	延床面積	全体 87.2 m ²	うち有料老人ホーム部分 87.2 m ²				
	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 (H26年3月1日～H28年2月末日)	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 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/無	有/無	7.87 m ²	1	一般居室
		居室タイプ2	有/無	有/無	9.34 m ²	4	一般居室
※「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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な数		1ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な数		1ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所		
			大浴場		0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴		ヶ所		
			リフト浴		ヶ所		
ストレッチャー浴			ヶ所				
その他 ()			ヶ所				
食堂	1 あり 2 なし						
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 2 なし						
エレベータ	1 あり (車椅子対応、ストレッチャー対応、その他) 2 なし						
◎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	<p>1、自宅暮らしや自宅での生活に不安のある高齢者に対して、高齢者に適した清潔で安全な住環境を提供することで、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援する。</p> <p>2、入居者に対して24時間対応することや医療機関と密な連絡をとることで安心感を与える。</p> <p>3、地域との交流を行い、心身の活動性の維持を図るとともに安定かつ継続的な事業運営に努める。</p>
○サービスの提供内容に関する特色	入居定員5名と少なく、入居者の生活スタイルやペースに応じた日常生活の援助や、相談が行えます。
◎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	<p>① 救急車の手配 2 入退院の付き添い</p> <p>3 通院介助 4 その他 ()</p>
○協力医療機関	<p>名称 藤元上町病院 住所宮崎県都城市上町10街区24号</p> <p>診療科目 内科・神経科・呼吸器科・胃腸科・循環器科・放射線科・内分泌科 協力内容 健康相談・診療受入れ</p>
○協力歯科医療機関	<p>各入所者のかかりつけ医を優先</p> <p>往診実績のある歯科医院 (さいとう歯科・永井歯科医院)</p>

(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	日常生活において介護を必要とし、定期的な治療を必要としない方、共同生活を営むのに支障（自傷他害行為・重篤な病気の発症など）がなく集団生活が可能な方
○契約の解除の内容	1、入居申し込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居したことが判明した時。 2、家賃その他入居者がホームに支払うべき費用を3か月以上滞納した時。 3、共同生活の秩序を乱す行為があった時。
◎事業主体から解約を求める場合	解約条項 契約書の第5章・第27条に定める 解約予告期間 14日
◎入居者からの解約予告期間	14日
◎体験入居の内容	① あり（内容：宿泊料800円、食費1日900円、空き部屋がある場合のみ） 2 なし
◎入居定員	5名
○その他	なし

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	常勤	非常勤	
◎管理者	1		1	0.8
◎生活相談員				
◎直接処遇職員				
介護職員	6	3	3	4.2
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				
◎1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				44時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の人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			
◎介護福祉士	2	1	1
◎実務者研修の修了者			
◎初任者研修の修了者	4	2	2
◎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 (22時～6時)		
職種	人数	平均人数
◎看護職員		人
◎介護職員	1人	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利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合省略可)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上
		c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上
	実際の配置比率 記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

○外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合は省略可)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(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 (初任者研修の修了者)							
	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
◎前年度一年間の採用者数				1						
◎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数	1年未満			1	1					
	1年以上 3年未満			1	1					
	3年以上 5年未満			1						
	5年以上 10年未満				1					
	10年以上									
◎従業者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 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	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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 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：なし	
	手続き：運営協議会の開催	

(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	5	4	
	年齢	60 才	90 歳	
◎居室の状況	床面積	9.34 m ²	9.34 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	0 円	
	敷金	0 円	0 円	
○月額費用の合計		円	円	
家賃相当額		23,000円	23,777円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	※2 介護保険外	食費	17,000円	17,000円
		管理費	1,100円	1,100円
		介護費用	円	円
		光熱水費	900円	900円
その他 ()		円	円	
○家賃相当額 最低額：21,476円、最高額：23,777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	生活保護者の月額であり、1日767円とした。
◎敷金	なし
◎介護費用	なし
◎管理費	月1,100円、特別な根拠なし
◎食費	昼夜は外注一食400円実費、朝100円にて提供。
◎光熱水費	月900円、一か月の水道費6000円、光熱費12000円、と予測しその25%分を5部屋で負担して頂くことにした。
○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	なし

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	0人			
	女性	5人			
◎年齢別	65歳未満	1人	65歳以上75歳未満	0人	
	75歳以上85歳未満	1人	85歳以上	3人	
◎要介護度別	自立 0人	要支援1 0人	要支援2 0人		
	要介護1 0人	要介護2 0人	要介護3 1人	要介護4 3人	要介護5 1人
◎入居期間別	6ヶ月未満	0人		6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	3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	81.4歳
◎入居者の合計	5人
◎入居率※	100%
※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	0人	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人	死亡者	0人
	その他	0人		
◎生前解約の状況	施設の申し出	0人		
		解約事由		
	入居者側の申し出	0人		

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	有料老人ホームCAN苦情処理担当者 畑中健二
◎電話番号	0986-21-3224
◎対応している時間	平日 (8時30分～17時30分) 土曜 (8時30分～17時30分) 日曜・祝日 (8時30分～17時30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：東京海上日動火災保険株式会社の事業活動包括保険への加入
	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：事故が発生し、入居者の生命、身体、に損害が発生した場合は損害保険等の手配を行い、誠実に対応します。但し、天災等の不可抗力は除きます。
	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 令和2年3月10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
	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 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 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 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 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 公開していない

10. その他

◎運営懇談会	① あり	開催頻度 1年2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】	1 あり (提携ホーム名：)	
	② 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 ② 2 なし	
	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	1 あり	
	② 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 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	① 1 適合している (代替措置)	
	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 checked="" type="checkbox"/> 一般居室の面積が 10.65㎡未満 (<input checked="" 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 平成 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		
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＞				
地域密着型通所介護	あり	なし	デｲｰﾋﾞｽCAN	都城市鷹尾一丁目17-7
通所型独自サービス2	あり	なし	デｲｰﾋﾞｽCAN	都城市鷹尾一丁目17-7
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		
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		

別添 2

介護サービス等の一覧表

		介護付有料老人ホームのみ記載		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、提供するサービス		各種一時金、月額の利用料等別途利用料を徴収せずに提供するサービス		別途利用料を徴収した上で、提供するサービス		
介護サービス	食事介助	なし	あり		あり	なし		原則的に必要と思われるおむつ等は協議のうえで事前に準備をして頂きます。しかし、やむを得ない事情が発生し施設で備えているおむつ等を使用した場合などはその実費に相当する金額を負担して頂きます。また、病院受診や薬貰いなどにおいても原則として身元引受人またはご家族によりお願いします。やむを得ず施設職員が代行する場合は、1時間以内1000円、以後30分を超えるごとに500円を加算した料金を頂きます。
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり		あり	なし		
	おむつ代	なし	あり	なし			あり	
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり		あり	なし		
	特浴介助	なし	あり	なし		なし		
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり		あり	なし		
	機能訓練	なし	あり	なし		なし		
	通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし			あり	
	通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし			あり	
生活サービス	居室清掃	なし	あり		あり	なし		特別な理由のため入居者の嗜好に応じた特別な食事などが必要になる場合は、通常料金を頂かない代わりにその実費分を負担して頂きます。買い物や役所手続きなどは原則として身元引受人またはご家族によりお願いします。やむを得ず施設職員が代行する場合は、1時間以内1000円、以後30分を超えるごとに500円を加算した料金を頂きます。
	リネン交換	なし	あり		あり	なし		
	日常の洗濯	なし	あり		あり	なし		
	居室配膳・下膳	なし	あり		あり	なし		
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし			あり	
	おやつ	なし	あり	なし			あり	
	理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし		なし		
	買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし			あり	
	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし			あり	
	役所手続き代行	なし	あり	なし			あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし		なし			
健康管理サービス	定期健康診断	なし	あり	なし			あり	病院受診や薬貰い、入退院時の移送などは原則として身元引受人またはご家族によりお願いします。やむを得ず施設職員が代行する場合は、1時間以内1000円、以後30分を超えるごとに500円を加算した料金を頂きます。
	健康相談	なし	あり	なし			あり	
	生活指導・栄養指導	なし	あり		あり	なし		
	服薬支援	なし	あり		あり	なし		
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり		あり	なし		
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	
	入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし			あり	
	入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし			あり	
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし		なし		
	入院中の見舞い訪問	なし	あり		あり	なし		