

別紙様式

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	奈須 開生	記入年月日	令和2年7月1日
		所属・職名	開設者

1. 事業主体概要

◎種類	法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
◎名称	(ふりがな) らふいね 有限会社ラフィネ	
◎主たる事務所の所在地	〒883-0014 宮崎県日向市原町3丁目1-24	
◎連絡先	電話番号	0982-52-2600
	FAX番号	0982-53-7146
	ホームページアドレス	http://raffinenasu.wix.com/nasu
◎代表者の氏名及び職名	氏名	奈須 開生
	職名	代表取締役
◎設立年月日	平成10年9月1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) いろはゆうりょうろうじんほ一む 彩芭有料老人ホーム	
◎施設の所在地	〒883-0014 宮崎県日向市原町3丁目3番20号	
◎事業所までの主な利用交通手段	JR日向駅から車で約5分。	
◎施設の連絡先	電話番号	0982-95-0294
	FAX番号	0982-95-7003
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://
◎施設の管理者の氏名及び職名	氏名	黒田 悦子
	職名	管理者
◎建物の竣工日	昭和・平成 年 月 日	
◎有料老人ホーム事業の開始日	平成25年4月1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="checkbox"/> 3 住宅型 4 健康型
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. 建物概要

◎土地	敷地面積	115坪						
	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 (年月日 ~ 年月日)		2	なし		
	契約の自動更新	1	あり	2	なし			
◎建物	延床面積	全体	199.98 m ²	うち有料老人ホーム部分	72.62 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 ()
◎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	5.17m ²	5	一般居室個室	
		居室タイプ2	有/無	有/無	8.69m ²	1	一般居室個室	
	居室タイプ3	有/無	有/無	9.93m ²	1	一般居室相部屋		
	居室タイプ4	有/無	有/無	m ²				
	居室タイプ5	有/無	有/無	m ²				
	居室タイプ6	有/無	有/無	m ²				
	居室タイプ7	有/無	有/無	m ²				
※「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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な数		0ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な数		2ヶ所			
	共用浴室	0ヶ所	個室		0ヶ所			
			大浴場		0ヶ所			
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴		0ヶ所			
			リフト浴		0ヶ所			
ストレッチャー浴			0ヶ所					
その他 ()			0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	利用者の人権及び個別性を尊重し、援助技術、資質の向上を図り、一人ひとりの特性とニーズに応じた利用者本意の質の高い施設運営を目指します。家族および保健・医療との連携を密にして、心身機能の低下防止を図り、生活リズムの安定化を保ち、楽しみと安らぎの持てる、明るくなごやかな生活環境づくりに努めます。地域の人々との交流を図り連携に勤め、施設サービスを通じて地域の人々の福祉に貢献します。			
◎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	1 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	吉森医院 宮崎県日向市原町4丁目1番8号 内科、消化器内科(胃腸内科、肝臓内科)、呼吸器内科 ホームの利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、連絡を取り、対応をお願いする。	
○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 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	<ul style="list-style-type: none"> ・60歳以上の方。 ・複数入居者における共同生活を営むことに概ね支障のない方 ・著しい自傷他傷のおそれのない方 ・常時医療的処置を必要としない方 		
○契約の解除の内容	<p>(事由)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・禁止又は制限される行為の規定に違反したとき ・入居者の行動が、他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 <p>(手続)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約解除の通告については90日の予告期間をおきます ・通告の前に、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設けます ・解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力します <p>(損害金)</p>		

	・借主が賃料発生日より12カ月未満で契約を解除する場合は、敷金相当額の損害金を貸主に支払う事になります。	
◎事業主体から解約を求める場合	解約条項	第28条
	解約予告期間	90日
◎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：一泊 3,550円食事代込み） 2 なし
◎入居定員	8名	
○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	常勤	非常勤	
◎管理者	1		1	1.0
◎生活相談員				
◎直接処遇職員				
介護職員	10	0	10	3.8
看護職員				
◎機能訓練指導員				
◎計画作成担当者				
◎栄養士				
◎調理員	1	1		1.0
◎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				40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	0	0	0
◎介護福祉士	2	0	2
◎実務者研修の修了者	0	0	0
◎初任者研修の修了者	4	0	4
◎介護支援専門員	0	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			
◎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（18時～8時）			
職種	人数	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
◎看護職員		人	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		1	あり	2	なし					
	業務に係る資格等		1	あり	資格等の名称(ヘルパー2級)					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	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					3						
◎前年度一年間の退職者数					6						
◎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						
	3年未満										
	3年以上				1						
	5年未満										
	5年以上				5						
	10年未満										
	10年以上				1						
◎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		
◎利用料金の支払い方式【表示事項】	4 選択方式		1 全額前払い方式
	※該当する方式を全て選択		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:		
	手続き:		

(利用料金のプラン) 【代表的なプランを2例】

		個室 A				個室 B			
◎入居者の状況	要介護								
	年齢	歳				歳			
◎居室の状況	床面積	5.17 m ²				8.69 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	円				円			
	敷金	25,000円				30,000円			
◎月額費用の合計		77,500円				82,500円			
家賃相当額		25,000円				30,000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	37,500円	37,500円
	管理費	12,000円	12,000円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	0円	0円
	その他（洗濯代）	3,000円	3,000円
○家賃相当額 最低額： 25,000円、最高額： 30,000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	個室A 25,000円、個室B 30,000円、夫婦部屋 25,000円、夫婦以外で利用の場合は、一人25,000円とする。
◎敷金	家賃の1ヶ月分
◎介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
◎管理費	(共益費) 月額12,000円(一人あたり)
◎食費	朝食 1食300円、昼食 1食450円、夕食 1食500円
◎光熱水費	
○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	洗濯代 3,000円

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	8人							
◎年齢別	65歳未満	0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	7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	3人	要介護2	4人	要介護3	1人	要介護4	0人	要介護5
◎入居期間別	6ヶ月未満	0人			6ヶ月以上1年未満	1人			
	1年以上5年未満	4人			5年以上10年未満	3人			
	10年以上15年未満	0人			15年以上	0人			

(入居者の属性)

◎平均年齢	89.38歳
◎入居者の合計	8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	1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		
		解約事由		

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	彩芭有料老人ホーム
◎電話番号	0982-95-0294
◎対応している時間	平日(8時30分~17時00分) 土曜(8時30分~17時00分) 日曜・祝日(8時30分~17時00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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	内容:
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	内容:
	<input type="checkbox"/> 2	なし	
◎事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	意見箱設置
	<input type="checkbox"/> 2	なし	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
○第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 2	なし	評価機関名称	結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3	公開していない
◎管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3	公開していない
○事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3	公開していない
○財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3	公開していない
○財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1	入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2	入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3	公開していない

10. その他

◎運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	開催頻度	年2回
	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	<input type="checkbox"/> 1	代替措置あり	内容:	
◎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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	<input type="checkbox"/> 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		
◎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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
合致しない事項がある場合の内容			居室が一部個室ではない。 一般居室の1人当たり床面積が10.65㎡未満	
「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1	適合している (代替措置)	<input type="checkbox"/> 2	適合している (将来の改善計画)
	<input type="checkbox"/> 3	適合してない		
◎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 checked="" type="checkbox"/> 居室が個室でない (<input type="checkbox"/> 全室・ <input checked="" 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 令和 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	ラフィネ介護支援センター	日向市原町3丁目1-24
通所介護	あり	なし	ラフィネデイサービスセンター やわらぎデイサービス 彩芭デイサービス	日向市原町3丁目1-24 門川町南町4丁目131-1 日向市原町3丁目12-1
居宅介護支援	あり	なし	ラフィネ介護支援センター	日向市原町3丁目1-24
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	ラフィネ介護支援センター	日向市原町3丁目1-24
介護予防通所介護	あり	なし	ラフィネデイサービスセンター やわらぎデイサービス 彩芭デイサービス	日向市原町3丁目1-24 門川町南町4丁目131-1 日向市原町3丁目12-1

別添 2

介護サービス等の一覧表

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					
		介護付き有料老人ホームのみ		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、実施するサービス（利用者一部負担※1）		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※2	都度※2	(料金)※3			
介護サービス	食事介助	(なし)	あり	なし	(あり)	○		円	
	排泄介助・おむつ交換	(なし)	あり	なし	(あり)	○		円	
	おむつ代	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	入浴（一般浴）介助・清拭	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	特浴介助	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	身辺介助（移動・着替え等）	(なし)	あり	なし	(あり)	○		円	
	機能訓練	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	通院介助（協力医療機関）	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	通院介助（協力医療機関以外）	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
生活サービス	居室清掃	(なし)	あり	なし	(あり)	○		円	
	リネン交換	(なし)	あり	なし	(あり)	○		円	
	日常の洗濯	(なし)	あり	なし	(あり)		○	3,000 円	(月額)
	居室配膳・下膳	(なし)	あり	なし	(あり)	○		円	
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	おやつ	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	理美容師による理美容サービス	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	買い物代行（通常の利用区域）	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	買い物代行（上記以外の区域）	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	役所手続き代行	(なし)	あり	なし	(あり)	○		円	
金銭・貯金管理	(なし)	あり	(なし)	あり			円		
健康管理サービス	定期健康診断	(なし)	あり	(なし)	あり			円	スタッフによる身体状況の確認、状況に応じて医師の要請、身元引受人様への連絡、服薬管理。
	健康相談	(なし)	あり	なし	(あり)	○		円	
	生活指導・栄養指導	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	服薬支援	(なし)	あり	なし	(あり)	○		円	
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	(なし)	あり	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	(なし)	あり			円	
	入退院時の同行（協力医療機関）	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	入退院時の同行（協力医療機関以外）	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	入院中の洗濯物交換・買い物	(なし)	あり	(なし)	あり			円	
	入院中の見舞い訪問	(なし)	あり	(なし)	あり			円	

※1 利用者の所得に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用負担者）※2 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。※3 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

