

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成30年7月1日 |
| 記入者名 | 工藤 誠 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---------------------------|---|
| 種類 | 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) めいしょう 明 昭 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒121-0064 東京都足立区保木間 4-3-5 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5851-3581 |
| | FAX番号 | 03-5851-1581 |
| | ホームページアドレス | http://www.fukushi-e.com |
| 代表者 | 氏名 | 菊地 猛 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成10年8月10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) がもうめいせい 蒲生めいせい | |
| 所在地 | 〒343-0838 埼玉県越谷市大字蒲生 3795-1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 蒲生駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 東武スカイツリーライン 蒲生駅より徒歩8分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-961-7080 |
| | FAX番号 | 048-961-7082 |

| | | |
|---------------|------------|--------------------------|
| | ホームページアドレス | http://www.fukushi-e.com |
| 管理者 | 氏名 | 工藤 誠 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 平成26年3月1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成26年3月1日 |

【類型】【表示事項】

| | | |
|---------------------------------|------------|-------------|
| 施設類型：介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護） | | |
| 利用権方式 | | |
| 表示事項：居住権利形態（利用権方式） | | |
| 利用料の支払い方式（月払い方式） | | |
| 入居時要件（要支援・要介護） | | |
| 居住区分（全室個室 定員1名） | | |
| 介護にかかわる職員体制（3：1以上） | | |
| 1又は2に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 1170802803号 |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県（越谷市） |
| | 事業所の指定日 | 平成26年3月1日 |
| | 指定の更新日（直近） | 平成32年3月1日 |

3. 建物概要

| | | | |
|----------|-------------|----------------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 1,768.30㎡ | |
| | 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 (平成26年2月1日～平成46年1月31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 | 3,755.59㎡ |
| | | うち、老人ホーム部分 | 3,755.59㎡ |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | |
| | | 2 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 事業者が自ら所有する建物 | | | | | |
| | 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 (平成 26 年 2 月 1 日～平成 46 年 1 月 31 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 【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* |
| | タイプ 1 | 有/無 | 有/無 | 18 m ² | 96 | 介護居室個室 |
| | タイプ 2 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ 3 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ 4 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ 5 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ 6 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ 7 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ 8 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| タイプ 9 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| タイプ 10 | 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」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 7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 | 5ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 1ヶ所 | 個室 | 0ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 1ヶ所 | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 2ヶ所 | チェアー浴 | 1ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | 0ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | 1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 | | | | | |

| | | |
|--------|----------|---|
| | エレベーター | ① あり（車椅子対応） ② あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 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 | | |

4. サービスの内容

（全体の方針）

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 当施設は、介護を必要とする入居者様に対し、自立した生活をお送り頂くための課題を正確に導きだし、ご本人様の生活に対するご希望も最大限取り入れ、生活歴を大切にされた支援計画のもと身体的・精神的拘束のない入居者様の尊厳を守ったケアを心がけます。入居者様の趣味活動や季節の行事等、各種アクティビティを行える様支援致します。また、慢性疾患等で医療ニーズの高い入居者様には適切な療養環境を整え、協力医療機関による医療サービスをお受け頂ける様、連携し支援致します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 協力医療機関による様々な医療サービスの提供と、介護が必要な入居者様への適切なマネジメントによるサービスの実施により、医療と介護の切れ目ないサービス提供を行うことで、安心安楽な生活をお送り頂ける様、配慮致します。 また、高いホスピタリティを維持向上させるために、施設運営理念を基礎とした生活支援・介護技術・接遇・医学知識・関係法令等の社内外研修を入職時より継続的に実施すると共に、人間教育を行います。日常生活と非日常活動をバランスよく取り入れ、個人を大切にされた生きがい活動支援や季節ごとの施設内外行事及び地域行事への参加 |

| | | | |
|----------------|----------------|------|-----------|
| | を促し必要な支援を行います。 | | |
| 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 |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| | | | | | |
|--------------------------------|--------------|----------------------|----|------|------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 個別機能訓練加算 | ① | あり | 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 | あり | ② なし | |
| | 医療機関連携加算 | ① | あり | 2 なし | |
| | 看取り介護加算 | 1 | あり | ② なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | 1 | あり | ② なし |
| | | (Ⅱ) | 1 | あり | ② なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ | 1 | あり | ② なし |
| (Ⅰ)ロ | | 1 | あり | ② なし | |
| (Ⅱ) | | 1 | あり | ② なし | |
| (Ⅲ) | | 1 | あり | ② なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) : 1 | | | |
| | ② 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 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団苑田会 苑田第一病院 |
| | | 住所 | 東京都足立区竹の塚 4-1-12 |
| | | 診療科目 | 内科・呼吸器内科・循環器内科・消化器外科・脳神経外科・心臓血管外科・皮膚科・婦人科・整形外科 |
| | | 協力内容 | 救急外来、一般外来、検査、入院、人工透析 |
| | 2 | 名称 | 医療法人社団聖心会 十全病院 |
| | | 住所 | 埼玉県越谷市赤山町 5-10-18 |

| | | | |
|----------|--|------|-----------------------------|
| | | 診療科目 | 内科・外科・整形外科・皮膚科・循環器内科・泌尿器科 他 |
| | | 協力内容 | 救急外来、一般外来、検査、入院 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 医療法人社団苑田会 苑田会歯科 |
| | | 住所 | 東京都足立区竹の塚 4-2-1 TBビル2階 |
| | | 協力内容 | 一般外来、訪問診療 |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------|--|--------------|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 () | |
| 判断基準の内容 | | |
| 手続きの内容 | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり 2 なし |

(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 | 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 | ○入居の条件 ・年齢：概ね 65 歳以上 ・医療的ケア：経管栄養、中心静脈栄養 (IVH)、在宅酸素療法等 入居可、他要確認 ・認知症：著しい周辺症状が無ければ可 ・その他：重大な感染症や他の入居者様への迷惑行為が無い事 | |

| | |
|-----------------------|---|
| | <p>○身元引受人等の条件、義務等 身元引受人を1名必要とし、連帯して責務を負うと共に必要の際には身柄を引き取るものとします。</p> <p>○入院時の契約の取り扱い 入院による不在の場合には、非喫食日数分の食材費を除いた月額利用料がかかります。退院されホームに戻られる場合には入院前に利用されていた居室に戻る事が可能です。</p> <p>○やむを得ず身体拘束を行う場合の手順 「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件について、身体的拘束適正化に関する委員会で検討を行い、これらすべてを満たすと判断された場合に、ご本人様やご家族様に対して十分なご理解を頂く為に、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細にご説明させて頂き、書面にてご同意をいただいた上で実施します。その場合には、態様、及び時間、ご本人様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由などを記録し、定期的に解除に向けた検討を行い、三要件に一つでも当てはまらなくなった場合には直ちに解除します。 この場合は、一時的に身体拘束を解除して状態を観察するなどの対応を行います。</p> |
| <p>契約の解除の内容</p> | <p>① 入居者様のご逝去の場合 ② 入居者様から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合</p> |
| <p>事業主体から解約を求める場合</p> | <p>解約条項</p> <p>① 入居申込書等に虚偽の事項を記載するなどの不正な手段により入居した場合。 ② 毎月に支払う利用料その他の費用を正当な理由なく2ヶ月以上遅滞したとき。 ③ 第19条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき。 ④ 入居者様の行動が自傷行為に及んだ場合や、他の入居者様などに身体的精神的危害を及ぼした場合、もしくはその恐れがある場合で、通常の介護方法ではこれを防止することができない場合。 ⑤ 入居者様から事前に外泊等の申し出が特段なく、2ヶ月以上居室を使用</p> |

| | | |
|--------------|---|--|
| | | しない状態が継続し、且つ、入居者様本人及び保証人様と連絡が取れない等の理由により、本契約を継続する意思がないと事業者が判断したとき。※詳細は入居契約書第 28 条をご確認ください。 |
| | 解約予告期間 | 30 日前 |
| 入居者からの解約予告期間 | | 30 日前 |
| 体験入居の内容 | <p>① あり（内容：1 日あたり 10,000 円 税抜）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用期間 連続した 13 泊 14 日を限度として一回のみご利用いただけます。 ・体験入居期間中に病院への受診が必要となった際には、その際の受診準備等の支援は致しますが、原則ご家族様の対応となります。 <p>② なし</p> | |
| 入居定員 | | 96 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 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 34 | 18 | 16 | 27.87 |
| 看護職員 | 7 | 4 | 3 | 6.5 |
| 機能訓練指導員 | 3 | 3 | 0 | 3 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 栄養士 | 3 | 2 | 1 | 3 |
| 調理員 | 4 | 3 | 1 | 4 |
| 事務員 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 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※2 | | | | 39 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従業者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 | 14 | 9 | 5 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 2 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 5 | 3 | 2 |
| 介護支援専門員 | 2 | 1 | 1 |

(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 | 3 | 3 | 0 |
| 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 (17時15分～9時15分) | | |
|-------------------------|------|-----------------|
| | 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 | 3人 | 3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、本欄は省略可能) | 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) | 2 : 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、本欄は省略可能) | 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 | 介護支援専門員・介護福祉士 | | | | | | | | | |
| | 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1年間の採用者数 | | 2 | 7 | 16 | | | 2 | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | | |
| 応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数 | 1年未満 | | 2 | 9 | 16 | | | 1 | | | |
| | 1年以上 | 2 | | 3 | 6 | 1 | | 1 | | 1 | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | 2 | 1 | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | | | | | | | |
| 10年未満 | | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | 1 | | 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】 | <input checked="" type="radio"/> 1 利用権方式 <input type="radio"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="radio"/> 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | <input type="radio"/> 1 全額前払い方式 <input type="radio"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | <input checked="" type="radio"/> 3 月払い方式 <input type="radio"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | <input type="radio"/> 1 全額前払い方式 <input type="radio"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="radio"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | <input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 1 減額なし <input checked="" type="radio"/> 2 食材費に限り日割り計算で減額 <input type="radio"/> 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 | 消費者物価指数、公共料金等が著しく上昇した場合 |
| | 手続き | 運営懇談会において、同意を得た上で実施 |

(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 | 要介護度に関係なく同一料金 | |
| | 年齢 | 年齢に関係なく同一料金 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.00～18.30 m ² | |
| | 便所 | <input checked="" type="radio"/> 1 有 <input type="radio"/> 2 無 | <input type="radio"/> 1 有 <input type="radio"/> 2 無 |
| | 浴室 | <input type="radio"/> 1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無 | <input type="radio"/> 1 有 <input type="radio"/> 2 無 |
| | 台所 | <input type="radio"/> 1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無 | <input type="radio"/> 1 有 <input type="radio"/> 2 無 |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 0 円 | 円 |
| | 敷金 | 500,000 円 | 円 |
| 月額費用の合計 | | 244,600 円 | 円 |
| 家賃 | | 142,000 円 | 円 |
| サービス費用 外※ ₂ | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用 | 介護度に応じ 1～3 割 負担 | 円 |
| | 食費 | 54,000 円 | 円 |
| | 管理費 | 32,400 円 | 円 |
| | 介護費用 | 0 円 | 円 |

| | | | |
|---|------|----------|---|
| | 光熱水費 | 16,200 円 | 円 |
| | その他 | 円 | 円 |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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、本欄には記入していない）</p> | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 施設地代家賃より算出 |
| 敷金 | 家賃の3.6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 | 建物法定点検、定期清掃、その他メンテナンス費用として |
| 食費 | 1日あたり食材費810円（30日喫食の場合24,300円）及び厨房管理運営費29,700円となります。（定額）1日3食は配膳提供及びイベント食（一部実費徴収の場合あり） |
| 光熱水費 | 居室及び共用部において使用するものとして16,200円を毎月定額でご負担いただきます。 |
| 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 | 別添 介護サービス等一覧表に記載。 |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|--|----------------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 | 該当する介護度の1~3割負担 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(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 | 24人 |
| | 女性 | 48人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 2人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 5人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 24人 |
| | 85歳以上 | 41人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 1人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 9人 |
| | 要介護2 | 16人 |
| | 要介護3 | 6人 |
| | 要介護4 | 23人 |
| | 要介護5 | 17人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 21人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 39人 |
| | 1年以上5年未満 | 12人 |

| | | |
|--|------------|----|
| | 5年以上10年未満 | 0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 | 83.8歳 |
| 入居者数の合計 | 72人 |
| 入居率* | 75% |

※ 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 | 2人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 2人 |
| | 死亡者 | 6人 |
| | その他 | 1人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 1人 |
| | | (解約事由の例) 体調不良から入院となり、退院見込みがないため退去となる。 |

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 | | 蒲生めいせい 苦情相談窓口 施設長・生活相談員 |
| 電話番号 | | 048-961-7080 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | 9:00～17:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00～17:00 |
| 定休日 | | なし |

| | | |
|----------|-------|-------------------|
| 窓口の名称 | | ハートランド相談室 (法人本部内) |
| 電話番号 | | 03-5851-3810 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | 休み |
| | 日曜・祝日 | 休み |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝日 |

| | | |
|----------|-------|----------------------------|
| 窓口の名称 | | 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係 |
| 電話番号 | | 048-824-2568 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | 休み |
| | 日曜・祝日 | 休み |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝日 |

(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 | 東京海上日動火災保険株式会社の「居宅介護事業者賠償責任保険」(施設所有(管理)者賠償責任保険) |
| | 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 | サービスの提供上の事故により入居者様の生命等に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。 |
| | 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 2 なし | 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 ② なし | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 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) 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 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 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 | | |
| 「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 | なし | |
| 不適合事項がある場合の内 容 | なし | |

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

説明年月日 平成 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 事業主体が越谷市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 | | |
| 通所介護 | あり | なし | 白小鳩橋DSセンター | 越谷市相模町7-3928-1 |
| 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 | 白小鳩橋めいせい | 越谷市相模町7-3928-1 |
| 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> | | | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 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 | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------|------|----|--------|--------------------|
| | 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） | | | 備考 | | |
| | | 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 | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | ○ | 1,620円 | 1,620円～4,700円 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 特浴介助 | 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 | | | 当施設協力医療機関に限る |
| 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 | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | ○ | 540円 | 週2回 1回2kgまで |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | ○ | | 食材の時価に応じる |
| おやつ | | | なし | あり | ○ | 108円 | 1食 |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | ○ | 3,240円 | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | | ネット通販、近隣への買い物代行に限る |
| 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 | | | 但し、少額であれば対応可 |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | | 半年に1回（年2回実施） |
| 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 | | | |
| 服薬支援 | 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・入院中のサービス | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | | 当施設協力医療機関に限る |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | 当施設協力医療機関に限る |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（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、月額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。