

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和元年10月1日 |
| 記入者名 | 吉田 功 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) しんけんこうぎょうかぶしがいしゃ シン建工業株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒336-0031 埼玉県さいたま市南区鹿手袋三丁目 23 番 30 号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-837-3000 |
| | FAX番号 | 048-837-2000 |
| | ホームページアドレス | http://www.shincare-style.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 北 清太郎 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 48 年 10 月 23 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添 1 (別に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) すたいるけあみなみこしがや スタイルケア南越谷 | |
| 所在地 | 〒343-0821 埼玉県越谷市瓦曾根三丁目 6 番 57 号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 武蔵野線[南越谷]駅 東武スカイツリー線[新越谷]駅 |
| | 交通手段と所要時間 | JR 武蔵野線[南越谷]駅 東武スカイツリー線[新越谷]駅北口 両駅から徒歩約 8 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-967-4165 |
| | FAX番号 | 048-960-1520 |
| | ホームページアドレス | http:// www.shincare-style.co.jp |

| | | | | |
|---------------|----|-------|----|------------|
| 管理者 | 氏名 | 吉田 功 | | |
| | 職名 | 施設長 | | |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 | 21 | 年 11 月 1 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 | 21 | 年 11 月 1 日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型 | | |
| 1 又は 2 に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 1170801870 |
| | 指定した自治体名 | 越谷市 |
| | 事業所の指定日 | 平成 21 年 11 月 1 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 平成 27 年 10 月 29 日 |

3. 建物概要

| | | | | | |
|-----------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 862.52 m ² | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 | | | |
| | | 抵当権の有無 | <input type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし | |
| | | 契約期間 | <input type="checkbox"/> 1 あり (平成 21 年 11 月 1 日～ 平成 41 年 10 月 31 日) <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1365.12 m ² | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1365.12 m ² | | |
| | 耐火構造 | <input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 () | | | |
| | | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 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 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|---------|
| | | 抵当権の設定 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | <input type="checkbox"/> 1 あり (平成21年11月1日～ 平成41年10月31日) 2 なし | | | |
| | | 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 18.84 m ² | 30 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 26.08 m ² | 2 | 介護居室個室 |
| | タイプ3 | <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 30.43 m ² | 3 | 介護居室夫婦屋 |
| | タイプ4 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ5 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ6 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| タイプ7 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| タイプ8 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| タイプ9 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| タイプ10 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 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 | 1ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 0ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 1ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 1ヶ所 | 個室 | | 5ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | 1ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | | 1ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | 1ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | 0ヶ所 | |
| | | | その他 () | | 0ヶ所 | |
| | 食堂 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | |
| エレベーター | <input type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 | 共用部廊下手すり有 | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | | | | | | |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|---|----|---|----|
| 運営に関する方針 | 入居者様の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。更に、グループの社是である「真心」を実践し日々の努力を惜しむことなく取り組んでゆきます | | | | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 小規模体制により、入居者様一人ひとりに細やかな気配りができます。入浴も週3回、提供させて頂いています。 | | | | | |
| 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

| | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|
| 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 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 夜間看護体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 医療機関連携加算 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 看取り介護加算 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 若年性認知症入所者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | | | | | | |
| | 認知症専門 ケア加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | サービス 提供体制強 化加算 | (Ⅰ)イ | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | | (Ⅰ)ロ | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 介護職員処 遇改善加算 | (Ⅲ) | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | | (Ⅳ) | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | | (Ⅴ) | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| (Ⅵ) | | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| 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) 3 : 1 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|--------|-------------------------------|---------------------------------|
| 医療支援 | ※複数選択可 | <input type="checkbox"/> 1 | 救急車の手配 |
| | | <input type="checkbox"/> 2 | 入退院の付き添い |
| | | <input type="checkbox"/> 3 | 通院介助 |
| | | 4 | その他 () |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 武内クリニック |
| | | 住所 | 東京都足立区竹の塚 2-26-8 メリコート竹の塚第二 105 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 健康管理を週 1 回以上の訪問にて対応 |
| | 2 | 名称 | 医療法人光仁会 春日部厚生病院 |
| | | 住所 | 埼玉県春日部市緑町 6-11-48 |
| | | 診療科目 | 内科・外科・整形外科・脳神経外科等 |
| | | 協力内容 | 外来通院・入院・緊急時などに対応 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | ハーモニー歯科 | |
| | 住所 | 東京都足立区竹の塚 3-5-5 第 56 新井ビル 103 | |
| | 協力内容 | 口腔ケア管理を週 1 回以上の訪問にて対応 | |

(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 | 利用者または身元引受人等からの依頼若しくは身体機能の変化 | |
| 手続きの内容 | 入居契約の手続きのみ | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし ※居室のタイプを変更した際 | |
| 居室利用権の取扱い | 変更していただいた居室に利用権が移ります | |
| 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 (変更内容) 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 | 原則として 65 歳以上の方 医療機関で常時、高度治療を受ける必要がない方 健康保険、介護保険に加入されている方 | |
| 契約の解除の内容 | 利用者または身元引受人等からの解約 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 暴力行為等や医療度が高くなった等 |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容: 7泊8日: 1日 8,800円食事付) 2 なし | |
| 入居定員 | 38人 | |
| その他 | 生活保護受給者、特定施設入居者生活介護短期利用受入可能 | |

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 | 0 | | | 0 |
| 介護職員 | 15 | 10 | 5 | 13.5 |
| 看護職員 | 3 | 1 | 2 | 2.2 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 1 |
| 栄養士 | 0 | | | 0 |
| 調理員 | 0 | | | 0 |
| 事務員 | 1 | 1 | | 1 |
| その他職員 | 0 | | | 0 |
| 1週間のうち、常勤の従業者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。 | | | | |

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

| 夜勤帯の設定時間（22時～07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 | 2人 | 1人 |

(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 | 3 | 3 | 0 |
| 実務者研修の修了者 | 3 | 3 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 4 | 4 | 0 |
| 介護支援専門員 | 1 | 1 | 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 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 1 | 1 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |

(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職員、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* | 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) | 3 : 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 | | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| 応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数 | 1年未満 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 1年以上 | 0 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年未満 | | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | 1 | 0 | 2 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年未満 | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 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 | | |
| | 手続き | | |

(利用料金のプラン)

| | | 個室 A (18.84 m ²) | 個室 B (26.08 m ²) | 夫婦室 (30.43 m ²) | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------|
| 入居者の 状況 | 要介護度 | 3 | 2 | 3・5 | |
| | 年齢 | 70 歳台 | 80 歳台 | 80 歳・90 歳台 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.84 m ² | 30.43 m ² | | |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 454,500 円 | 574,500 円 | 654,500 円 | |
| | 保証金 | 180,000 円 | 240,000 円 | 280,000 円 | |
| 月額費用の合計 | | 170,350 円 | 202,550 円 | 300,700 円 | |
| 家賃 | | 90,000 円 | 120,000 円 | 140,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 個別による | 個別による | 個別による | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 48,600 円 | 48,600 円 | 97,200 円 |
| | | 管理費 | 26,250 円 | 26,250 円 | 52,500 円 |
| | | 介護費用 | 個別による | 個別による | 個別による |
| | | 光熱水費 | 5,500 円 | 7,700 円 | 11,000 円 |
| その他 | 個別による | 個別による | 個別による | | |
| <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 | 近隣家賃相場等を勘案して1室あたりの費用を算出 |
| 保証金 | 家賃の 2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 | 共用施設の維持管理費 |
| 食費 | 48,600 円 (30日喫食の場合の概算、税別) |
| 光熱水費 | 一人あたりの消費量相場を勘案して算出 |
| 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 | 個別による |

(入居者の人数)

| | | |
|-------|-------------|-----|
| 性別 | 男性 | 13人 |
| | 女性 | 22人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 4人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 14人 |
| | 85歳以上 | 16人 |
| 要介護度別 | 自立 | 1人 |
| | 要支援 1 | 2人 |
| | 要支援 2 | 0人 |
| | 要介護 1 | 8人 |
| | 要介護 2 | 8人 |
| | 要介護 3 | 5人 |
| | 要介護 4 | 7人 |
| | 要介護 5 | 4人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 7人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 2人 |
| | 1年以上 5年未満 | 20人 |
| | 5年以上 10年未満 | 6人 |
| | 10年以上 15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(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 | 5人 |
| | 医療機関 | 6人 |
| | 死亡者 | 0人 |
| | その他 | 0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 | 5人 |
| | | (解約事由の例) 他施設入居及び病院から退院不可の為 |

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 | | スタイルケア南越谷 管理者 |
| 電話番号 | | Tel 048-967-4165 Fax 048-960-1520 |
| 対応している 時間 | 平日 | 09:00～17:00 |
| | 土曜 | 09:00～17:00 |
| | 日曜・祝日 | 09:00～17:00 |
| 定休日 | | なし |

| | | |
|--------------|-------|----------------------------|
| 窓口の名称 | | 越谷市役所 福祉部 介護保険課 |
| 電話番号 | | Tel 048-963-9305・9169 (直通) |
| 対応している 時間 | 平日 | 08:30～17:15 |
| | 土曜 | 休み |
| | 日曜・祝日 | 休み |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始 |

| | | |
|--------------|-------|------------------------|
| 窓口の名称 | | 埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情・相談窓口 |
| 電話番号 | | Tel 048-824-2568 (代表) |
| 対応している 時間 | 平日 | 09:00～17:00 |
| | 土曜 | 休み |
| | 日曜・祝日 | 休み |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始 |

(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) 責任賠償保険加入 |
| | 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 | (その内容) 一般事例に基づき対応 |
| | 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 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| | <input checked="" 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 | 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 |
| | 2 なし | |
| | <input type="checkbox"/> 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:) <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類：別添 1 (越谷市内で実施する他の介護サービス一覧)

別添 2 (有料老人ホームが提供するサービス一覧表)

※ _____様

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 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 | | |
| 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 | スタイルケア越谷 | 越谷市瓦曾根二丁目5番73号 |
| 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 | スタイルケア越谷 | 越谷市瓦曾根二丁目5番73号 |
| 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 | 個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担） | | | | 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） | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | 備考 | | | | |
| 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 | なし | あり | | ○ | | | | ※個別による（1パック 1,500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 | | ○ | 1,650円 | | | ※30分（協力医療機関に限り不要） |
| 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 | | ○ | 4,400円 | | | ※1ヶ月（週2回の交換含む） |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 200円 | | | ※洗濯／100円・乾燥代／100円 |
| 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 | なし | あり | | ○ | | | | ※要相談 |
| おやつ | なし | あり | なし | あり | | ○ | 54円 | | | ※1日 |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | なし | あり | | ○ | 3,300円 | | | ※カットのみ※カラー・パーマ料金は別 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,650円 | | | ※店舗指定不可 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,650円 | | | ※1回（代理人で対応可能な手続き） |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 無料 | | | ※小遣いとして月額30,000円以内 |
| 健康管理サービス | | | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | | ※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 | | ○ | 1,100円 | | | ※30分 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,650円 | | | ※30分（協力医療機関不要） |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,650円 | | | ※30分（洗濯・乾燥代別） |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | | ※要相談 |

※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・3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、月額サービスの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。