

③重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和3年11月1日 |
| 記入者名 | 谷口由美子 |
| 所属・職名 | 住宅管理者 |

1. サービスの内容
(全体の方針)

| | | | | |
|-----------------|---|------|------|------|
| 運営に関する方針 | 介護・医療・予防・住まい・生活支援の観点からご入居者個々の「人生の生きがい・目的」を見出すような質の高い生活支援サービスを提供します。 また、ご入居者自らが必要なサービスを自由に選択すること重視します。 | | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 駅近という好立地を踏まえ、ご入居者のご家族が度々訪ねて来たいくなるような施設を目指し、バリアフリーは勿論のこと、最新の設備を備え快適な生活を送って頂けるよう取り組んでまいります。食事につきましては、特に、高レベルな味覚の真空調理済み食材を導入し、バリエーションの多様な変化ある食事を楽しんで頂けるようにいたします。 | | | |
| 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 |

(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 | |
| 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 | | <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 <input type="checkbox"/> 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 富士市立中央病院 |
| | | 住所 | 静岡県富士市高島町50番地 |
| | | 診療科目 | 内科. 精神科. 神経科. 呼吸器科. 消化器科. 循環器科. 外科. 整形外科. 形成外科. 脳神経外科. 心臓血管外科. 皮膚科. 泌尿器科. 産婦人科. 眼科. 耳鼻いんこう科. リハビリテーション科. 放射線科. 麻酔科. 歯科口腔外科 |
| | | 協力内容 | 緊急時対応 |
| | 2 | 名称 | 井手内科医院 |
| | | 住所 | 静岡県富士市松岡1157番地 |
| | | 診療科目 | 内科、呼吸器内科、循環器内科、胃腸科 |
| | | 協力内容 | 健康診断 |
| | 3 | 名称 | 富士在宅診療所 |
| | | 住所 | 富士市本市場新田32番5 STビル1階 |
| | | 診療科目 | 内科、心療内科、老年精神科 |
| | | 協力内容 | 入居者の訪問診療による医療提供 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 元町歯科医院 |
| | | 住所 | 静岡県富士市元町12-27 |
| | | 協力内容 | 歯科健診 |

(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 | | <input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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 | | (変更内容) | |
| | | 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 | 年齢: 60歳以上 | | | | |
| 契約の解除の内容 | ・入居者から契約解除が行われた場合 | | | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条 項 | <入居契約書第 11 条に記載> ・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 ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、支払わないとき ・禁止又は制限される行為の規程に違反したとき | | | |
| | 解約予 告期間 | 即時または相当の期間 | | | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | | | | |
| 体験入居の内容 | 1 | あり (内容: 1泊2日 5,500円 (税込価格 食事代含む)) | | | |
| | 2 | なし | | | |
| 入居定員 | 29人 | | | | |
| その他 | | | | | |

2. 職員体制

※サービス付き高齢者向け住宅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 | | |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 2 | 1 | 1 | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | 4 | 1 | 3 | |
| 事務員 | 1 | | 1 | |
| その他職員 | 1 | | 1 | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2 | | | | |
| ※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 | | | |
| 介護福祉士 | 1 | | 1 |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 1 | |
| 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 (時～時) | | |
|----------------|------|-----------------|
| | 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 |

(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) | : 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 | 無 |
| | 通所介護事業所の名称 | 無 |

(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 | | | | 初任者研修修了 | | |
| | | 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 | | | 1 | 0 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 1 | 0 | | | | | | |
| 年数に業務に従事した経験 | 1年未満 | | 0 | 0 | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | 1 | | | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | | | | 1 | | | | | |
| | 10年以上 | | | 1 | 0 | | | | | |
| | 従業者の健康診断の実施状況 | | 1 あり | | 2 なし | | | | | |

3. 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 | 8人 |
| | 女性 | 19人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 13人 |
| | 85歳以上 | 12人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 1人 |
| | 要支援2 | 6人 |
| | 要介護1 | 9人 |
| | 要介護2 | 7人 |
| | 要介護3 | 4人 |
| | 要介護4 | 0人 |
| | 要介護5 | 0人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 7人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 6人 |
| | 1年以上5年未満 | 14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 | 86.3歳 |
| 入居者数の合計 | 27人 |
| 入居率※ | 93.1% |
| ※ 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 | 5人 |
| | 医療機関 | 1人 |
| | 死亡者 | 1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 | 9人 |
| | (解約事由の例) 療養型病院に入院のため、特別養護老人ホーム入居のため、家族都合の引越しによる | |

4. 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 | お客様相談窓口 | 富士市介護保険課 | 静岡県国民健康保険団体連合会 | 全国有料老人ホーム協会 |
| 電話番号 | 0545-30-6608 | 0545-55-2863 | 054-253-5590 | 03-3272-3781 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 | 9:00~17:00 | 10:00~17:00 |
| | 土曜 | — | — | — |
| | 日曜・祝日 | — | — | — |
| 定休日 | — | 土・日・祝・年末年始 | 土・日・祝・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) |
| | 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 | | |

5. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---|
| 入居契約書の雛形 | <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 type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程 | <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 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 |

6. 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) <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：富士山するがテラス) <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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 | <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 | |

※ _____ 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。

入居者 住所

氏名 印

契約立会人 住所
(連帯保証人)

氏名 実印