

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成30年7月1日 |
| 記入者名 | 山内尚美 |
| 所属・職名 | 管理者 |

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|---|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) みもざかぶしきがいしゃ ミモザ株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒140-0004 東京都品川区南品川二丁目2番5号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5796-0630 |
| | FAX番号 | 03-5796-0631 |
| | ホームページアドレス | https://www.mimoza-care.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 高橋 昌之 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 11年 8月 27日 | |
| 主な実施事業 | 〈居宅サービス〉 通所介護、特定施設入居者生活介護 〈地域密着型サービス〉 地域密着型通所介護、小規模多機能型居宅介護 | |

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) みもぞみさとたかの ミモザ三郷鷹野 | |
| 所在地 | 〒341-0035 埼玉県三郷市鷹野一丁目 420 番地 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | つくばエクスプレス 三郷中央駅 |
| | 交通手段と所要時間 | バス利用の場合 ・武蔵野線「三郷」駅、つくばエクスプレス 「三郷中央」駅、常磐線「金町」駅の各駅 より「東武バスセントラル 金 52 系統」 乗車、「大正橋」バス停下車徒歩 3 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0 4 8 - 9 6 0 - 0 1 1 2 |
| | FAX番号 | 0 4 8 - 9 6 0 - 0 5 7 0 |
| | ホームページアドレス | https://mimoza-care.jp |
| 管理者 | 氏名 | 山内 尚美 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | (昭和・平成) 24年 2月 7日) |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | (昭和・平成) 24年 3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 | 1171201013 |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 |
| | 事業所の指定日 | 平成 24 年 3 月 1 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 平成 30 年 2 月 28 日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|--|-------------------------------|---|--|-----------------------|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 1, 100. 54 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 | 2 なし | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1, 274. 65 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1, 143. 66 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他 () | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| | | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 | | | | | | |
| 抵当権の設定 | | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| 契約期間 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (24年3月1日～54年2月28日) | | | | |
| 契約の自動更新 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18. 60 m ² | 33 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 21. 82 m ² | 2 | 介護居室個室 |
| | タイプ3 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | 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/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 | 4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 | 4ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 4ヶ所 | 個室 | 4ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 0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 | 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | |
| | 自動火災報知設備 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | |
| | 火災通報設備 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | |
| | スプリンクラー | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | |
| | 防火管理者 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | |
| | 防災計画 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 | <ol style="list-style-type: none"> 今日の平和繁栄の基礎を築いて下さった高齢者の皆様に、私たちは尊敬と感謝の念をもって迎え致します。 いま介護を必要とされている高齢者や、日常生活に不安のある高齢者のために、施設と介護サービスを提供し、人生の一番大事な晩年の時間を、豊かで安らかにお過ごしいただける環境を提供致します。 加齢に伴い生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護等の認定を受けた利用者に対して、食事、入浴、排泄等の介護、その他日常生活上の世話等について、ご本人の尊厳とご家族の意思を尊重した丁寧で温かい介護、世話等を提供する。その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができる様、「介護サービス」の提供を通じ支援致します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ol style="list-style-type: none"> あたたかい家庭的な介護のご提供を第一に考えています。 安心と、自由にのびのびと過ごせる暮らしを提供します。 |
| 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 |
| | | (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 | | <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 | 医療法人社団 泰仁会 北川医院 |
| | | 住所 | 東京都足立区千住河原町 22-6 |
| | | 診療科目 | 内科・神経内科・循環器科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| | 2 | 名称 | 医療法人 三愛会総合病院 |
| | | 住所 | 三郷市彦成 3-7-17 |
| | | 診療科目 | 内科・循環器内科・消火器内科・人口透析内科・外科・皮膚科 |
| | | 協力内容 | 受診、治療、入院を必要とする場合に利用できます。 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団 立靖会 ラビット歯科 | |
| | 住所 | 千葉県松戸市日暮 1-16-1 RG 八柱ビル 3F | |
| | 協力内容 | 訪問歯科 | |

(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 checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (介護居室から介護居室へ移る場合) | |
| 判断基準の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> ① 事業者の指定する医師の意見を聴く <input checked="" type="checkbox"/> ② 緊急や止むを得ない場合を除き一定の観察期間を設ける | |
| 手続きの内容 | <input checked="" type="checkbox"/> ①変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人等に意見を聴く <input checked="" type="checkbox"/> ②身元引受人等の意見を聴く <input checked="" type="checkbox"/> ③入居者の同意を得る | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

| | | | |
|--|--------|--|--|
| | 浴室の変更 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり | (変更内容) |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| 留意事項 | ①概ね65歳以上で健康で、介護を必要としない方 ②要支援・要介護の認定者の方で介護の必要な方 | | |
| 契約の解除の内容 | ①事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合には本契約を解除することがあります。 一 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。 二 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば延滞するとき。 三 入居契約書第20条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき。 四 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき。 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書の第29条及び第30条 | |
| | 解約予告期間 | 90日 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり(内容:1泊2日 10,800円(消費税込、介護保険適用なし)期間は14日間を限度とします。 <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 入居定員 | 35人 | | |
| その他 | 短期解約の1日あたりの利用料: 入居金償却期間の起算日から3ヶ月以内において、入居者の解約の申し出がなされた場合及び入居者の死亡による契約終了の場合は、有料老人ホーム入居契約書第44条に規程する目的施設の1日あた | | |

りの利用料はBプラン1, 666円、Cプラン3, 166円です。

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 2.6 |
|--|----------|----|-----|-----------------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 0.5 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 18 | 9 | 9 | 13.9 |
| 介護職員 | 15 | 7 | 8 | 11.9 |
| 看護職員 | 3 | 2 | 1 | 2.0 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | 0 | 0.1 看護師兼務 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 0.8 介護職兼務 |
| 栄養士 | 1 | 0 | 0 | 外部委託 |
| 調理員 | 2 | 2 | 0 | 外部委託 |
| 事務員 | 1 | 1 | 0 | 事務職兼務 |
| その他職員 | 0 | 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。 | | | | |

（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 | 1 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 11 | 5 | 6 |
| 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 | 1 | 1 | 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 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (16 時 30 分～ 10 時 30 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 | 2 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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) | 2.42 : 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 | |
| | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 業務に係る資格等 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | |
| | | 資格等の名称 | 介護福祉士 |
| | | <input type="checkbox"/> 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 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 応じた業務に従事した経験年数に 応じた職員の人数 | 1年未満 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1(兼務) | | 0 | |
| | 3年以上 5年未満 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 0 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1(兼務) | |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | 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1月以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 地元自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し検討する。 |
| | 手続き | 運営懇談会を開き、入居者及び身元引受人の同意を得たうえで改定する。 |

(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 | 自立～要介護5 | 自立～要介護5 |
| | 年齢 | 年齢設定なし | 年齢設定なし |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.60 m ² | 18.60 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 | 5,700,000円 |
| | 敷金 | 0円 | 0円 |
| 月額費用の合計 | | 175,680円 | 80,680円 |
| 家賃 | | 95,000円 | 0円 |
| サービス費用 | 介護保険外※2 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 介護報酬の告示上の額 |
| | | 食費 | 55,080円 |
| | | 管理費 | 25,600円 |
| | | 介護費用 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 居室内電気メーターにより実費 |
| その他 | | 生活支援費 27,000円 ※自立者のみ | 生活支援費 27,000円 ※自立者のみ |
| <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 | 目的施設の利用に関する家賃相当額です。 |
| 敷金 | 頂いておりません。 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含みません。 |
| 管理費 | *1 管理費 17,500 (非課税) 共用施設整備費・エレベーター維持費・環境植栽整備費など。*2 管理費 8,100円 (内、消費税 600円) 事務人件費・事務経費など。*1+*2=25,600 (内、消費税 600円) |
| 食費 | 合計 51,000円+消費税 4,080円 (1人/30日当たり) 朝食 389円、昼食 691円 (おやつ代込)、夕食 756円 ※欠食は1日前12時までのお申し出により朝食 216円、昼食 432円 (おやつ代込)、夕食 432円として計算し精算いたします。 |
| 光熱水費 | メーター管理により実費 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2参照 |

| | |
|-------------|--------------------------------------|
| その他のサービス利用料 | 生活支援費 27,000 円 (内消費税 2,000 円) ※自立者のみ |
|-------------|--------------------------------------|

(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 | 別添 2 参照 |
| 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) | なし |
| ※ 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 | 家賃相当額 | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | 60 ヶ月 | |
| 償却の開始日 | 入居日の翌日 | |
| 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) | なし | |
| 初期償却率 | 0% | |
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | 老人福祉法第 29 条第 8 項及び施行規則第 21 条第 2 項第 1 号に基づいて、本契約第 44 条に定める目的施設の 1 日当たりの利用料は、B プラン 1, 666 円、C プラン 3, 166 円です。 |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | 1 日当たり利用料は、下記計算式に従い、入居一時金の非返還部分を除く返還対象部分を下記の算式に従い、償却期間月数で割り返し、その額を 30 日で除した額です。 (入居一時金 - 非返還部分の額) ÷ 償却期間月数 ÷ 30 |
| 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 <input type="checkbox"/> 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 | 8人 |
| | 女性 | 27人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 3人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 14人 |
| | 85歳以上 | 18人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援 1 | 2人 |
| | 要支援 2 | 0人 |
| | 要介護 1 | 5人 |
| | 要介護 2 | 7人 |
| | 要介護 3 | 8人 |
| | 要介護 4 | 9人 |
| | 要介護 5 | 4人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 4人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 0人 |
| | 1年以上 5年未満 | 20人 |
| | 5年以上 10年未満 | 11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 | 85.5歳 |
| 入居者数の合計 | 35人 |
| 入居率※ | 100% |
| ※ 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 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 1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 | 1人 |
| | | (解約事由の例) 社会福祉施設(特別養護老人ホーム) 1名 |

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 | | ミモザ三郷鷹野 相談・苦情窓口 |
| 電話番号 | | 048-960-0112 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:00~17:30 時間外は夜勤等が対応します。 |
| | 土曜 | 〃 |
| | 日曜・祝日 | 〃 |
| 定休日 | | ありません |

| | | |
|----------|-------|-----------------------|
| 窓口の名称 | | ミモザ株式会社 本社 お客様相談室 |
| 電話番号 | | 03-6712-8110 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | 土曜 | 休み |
| | 日曜・祝日 | 日曜: 休み 祝日: 9:00~17:00 |
| 定休日 | | 土・日・年末年始 |

| | | |
|----------|-------|---------------|
| 窓口の名称 | | 三郷市役所 長寿いきがい課 |
| 電話番号 | | 048-930-7788 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | 土曜 | 休み |
| | 日曜・祝日 | 日曜: 休み 祝日: 休み |
| 定休日 | | 土・日・祝・年末年始 |

| | | |
|----------|-------|-----------------------------|
| 窓口の名称 | | 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 |
| 電話番号 | | 048-824-2568 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:00 |
| | 土曜 | 休み |
| | 日曜・祝日 | 日曜: 休み 祝日: 休み |
| 定休日 | | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| | <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 | (その内容) 介護サービスの提供にあたり、事故が発生した場合、入居者の故意よるものを除いて、速やかに補償します。入居者に重大な過失がある場合には、保証額を減ずることがあります。尚、天災等の不可抗力は除きます。 |
| | <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 | |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <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 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" 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 checked="" 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 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 |
| 財務諸表の要旨 | <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 |

| | |
|---------|--|
| 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 type="checkbox"/> 3 公開していない |
|---------|--|

10. その他

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|------|-----------------------------------|
| 運営懇談会 | <input type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 4 回 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 2 代替措置なし</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり | (内容) | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし |
| <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 type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <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 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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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 | | | | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | | | |

添付書類：別添 1 (別に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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核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 | ミモザ在宅療養支援 ステーション川越 | 埼玉県川越市大字的場2466-16 |
| 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 | | |
| 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 | ミモザ花崎 ミモザ白寿庵久喜 ミモザ新座 ミモザ川越清水 | 加須市花崎1-18-2 久喜市久喜東3-29-11 新座市東北1-3-15 川越市清水町9-7 |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | ミモザ新座 ミモザ川越清水 | 新座市東北1-3-15 川越市清水町9-7 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | ミモザ川越 ミモザ浦和 | 川越市的場2464-2 さいたま市桜区神田715 |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | ミモザ花崎 ミモザ川越やまぶき苑 | 加須市花崎1-18-2 川越市的場2466-16 |
| 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 | ミモザ花崎 ミモザ白寿庵久喜 ミモザ新座 ミモザ川越清水 | 加須市花崎1-18-2 久喜市久喜東3-29-11 新座市東北1-3-15 川越市清水町9-7 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | ミモザ新座 ミモザ川越清水 | 新座市東北1-3-15 川越市清水町9-7 |
| 介護予防地域密着型通所介護 | あり | なし | ミモザ花崎 ミモザ川越やまぶき苑 | 加須市花崎1-18-2 川越市の場2466-16 |
| 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 （利用者生活介護費用が全額負担※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 | 備考 |
|--|--------------------------------|------|------|--------|--|
| | | | | | |
| 介護サービス | | | | | |
| 食事介助 | あり | なし | | | 適宜対応 |
| 排泄介助・おむつ交換 | あり | なし | | | 適宜対応 |
| おむつ代 | | | ○ | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | あり | なし | ○ | 540円 | 週3回目以降浴室使用料1回540円 |
| 特浴介助 | あり | なし | | | 要介護3～5要介護必要時使用 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | あり | なし | | | 適宜対応 |
| 機能訓練 | あり | なし | | | サービス計画に基づき適宜対応※4 |
| 通院介助 | あり | なし | ○ | | 協力医療機関内の通院は無料。それ以外はスタッフ1人につき30分1,080円、交通費実費。 |
| 生活サービス | | | | | |
| 居室清掃 | あり | なし | ○ | 756円 | 週1回定期清掃※左記以外1回30分につき756円※4 |
| リネン交換 | あり | なし | ○ | 540円 | 週1回定期交換※週2回以上は1回540円 |
| 日常の洗濯 | あり | なし | ○ | 756円 | 週3回まで実施※週4回以上は1回756円。クリーニングは実費。※4 |
| 居室配膳・下膳 | あり | なし | ○ | 216円 | 個別にご希望される方のみ。※病気等の時はかかりません。 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | あり | なし | ○ | 実費 | |
| おやつ | あり | なし | ○ | 実費 | |
| 理美容師による理美容サービス | あり | なし | ○ | 実費 | |
| 買い物代行 | あり | なし | ○ | 実費 | 週1回指定日は無料。左記以外1回30分につき1,080円。 |
| 役所手続き代行 | あり | なし | ○ | 1,080円 | 適宜対応(週1回まで無料。左記以外30分1,080円)。※4 |
| 金銭・貯金管理 | あり | なし | | | |
| 健康管理サービス | | | | | |

| 定期健康診断 | | | | | | | | | 実費 | 年2回機会を設けます。日程、診断項目または医療機関等については、ホームが示したものに限りません。 |
|------------------|----|----|----|----|----|----|---|--------|----|--|
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 適宜対応※4 |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 適宜対応※4 |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 適宜対応 |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 適宜対応 |
| 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 | なし | あり | ○ | | | 協力医療機関適宜対応。 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | ○ | 1,080円 | | 協力医療機関内の通院は無料。それ以外はスタッフ1人につき30分1,080円、交通費実費。 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | ○ | 1,080円 | | スタッフ1人につき30分1,080円、交通費実費。 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | 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、月額の利用料にサービス費用に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に応じて記入する。

※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。

※4：生活支援費(月額27,000円、消費税込)で実施するサービスに含まれます。