

# 重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	小河原 玲子
所属・職名	日本シニアライフ株式会社・施設長

## 1. 事業主体概要

種類	<input type="checkbox"/> 個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人 (営利法人)			
名称	(ふりがな) にほんしにあらいふかぶしきがいのしゃ 日本シニアライフ株式会社			
主たる事務所の所在地	〒106-0044	東京都港区東麻布一丁目25番3号	第2富田ビル7階	
連絡先	電話番号	03-6229-3533	FAX番号	03-6229-3532
	ホームページアドレス	<a href="http://senior-life.jp/">http://senior-life.jp/</a>		
代表者	職名	代表取締役	氏名	森 薫
設立年月日	西暦 2019年2月1日			
主な実施事業	※別紙1 (別の実施する介護サービス事業一覧表)			

## 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) さーびすつきこうれいしゃむけいじゅうたくれじでんすかぞ サービス付き高齢者向け住宅レジデンス加須			
所在地	〒347-0061	埼玉県加須市諏訪1丁目6番28号		
主な利用交通手段	最寄駅	東武伊勢崎線 加須駅		
	交通手段と所要時間	① 電車利用の場合 ・東武伊勢崎線 加須駅 徒歩15分 ② 自動車利用の場合 ・東北自動車道加須IC より車5分		
連絡先	電話番号	0480-63-4660	FAX番号	0480-63-4664
	ホームページアドレス	<a href="http://lv-residence.jp/">http://lv-residence.jp/</a>		
管理者	職名	施設長	氏名	小河原玲子
建物の竣工日	西暦 2015年12月13日			
有料老人ホーム事業の開始日	西暦 2016年3月1日			

### (類型)【表示事項】

- 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)
- 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)
- 3 住宅型
- 4 健康型

1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	西暦 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	西暦 年 月 日



	食堂	■ 有 □ 無
	入居者や家族が利用できる調理設備	■ 有 □ 無
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 車椅子対応 <input checked="" type="checkbox"/> 2 ストレッチャー対応 <input type="checkbox"/> 3 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	■ 有 □ 無
	自動火災報知機	■ 有 □ 無
	火災通報設備	■ 有 □ 無
	スプリンクラー	■ 有 □ 無
	防火管理者	■ 有 □ 無
	防災計画	■ 有 □ 無

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	入居者契約の規定に基づいて、施設利用並びに各種サービス全般に関する諸基準を定め、入居生活の安全と便宜を図ると共に、相互扶助の精神を持って施設内の豊かな人間関係を育成していく事を目的とする。
サービスの提供内容に関する特色	利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら生活機能の維持・向上を目指します。また、ご家族や主治医及び関係機関と協力連携し、適切な介護サービスを受け、安心して生活が過ごせるように総合的に支援しています。
入浴、排せつ又は食事の介護	■ 自ら実施 □ 委託 □ 無
食事の提供	□ 自ら実施 ■ 委託 □ 無
洗濯、掃除等の家事の供与	■ 自ら実施 □ 委託 □ 無
健康管理の供与	■ 自ら実施 □ 委託 □ 無
安否確認又は状況把握サービス	■ 自ら実施 □ 委託 □ 無
生活相談サービス	■ 自ら実施 □ 委託 □ 無

#### (医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" 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 十善病院
		住所	埼玉県加須市愛宕1-9-16
		診療科目	内科・外科・呼吸器科・循環器内科・皮膚科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	医療法人社団 三世会 久喜東クリニック
		住所	埼玉県久喜市青毛4-3-12
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 伸整会 サン歯科医院	
	住所	埼玉県鴻巣市箕田1877	
	協力内容	訪問歯科	

**(入居に関する要件)**

入居対象となる者 【表示事項】	自立しているもの	■ 有 □ 無
	要支援のもの	■ 有 □ 無
	要介護のもの	■ 有 □ 無
留意事項	60歳以上の自立及び日常生活で介護が必要な方	
契約の解除の内容	(事業者による契約解除) 入居契約書第9条(契約の解除)による。 (入居者による中途解約) 入居契約書第10条(乙からの解除)による。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第9条(契約の解除)による。
	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"/> 有 (内容:一泊二日6,000円(税別)) <input type="checkbox"/> 無	
入居定員	38名	
その他	自立の方は生活サポート費として36,000円(税別)	

**5. 職員体制**

	職員数(実人数)			常勤換算人数 ※1
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員				
直接処遇職員				
看護職員	3	1	2	1.6
介護職員	12	7	5	9
機能訓練指導員				
計画作成担当者	1	1		1
栄養士(委託)	1		1	1
調理員(委託)	5	2	3	3.2
事務員	1	1		1
その他職員				

※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。

**(資格を有している介護職員の人数)**

	職員数(実人数)		
	合計	常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士			
実務者研修			
介護職員初任者研修			
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)**

	職員数(実人数)		
	合計	常勤	非常勤
看護師及び准看護師			
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 ~ 9時)		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員	0名	0名
介護職員	1名	1名

(職員の状況)

管理者		他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
		業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
		(有の場合資格等名称 介護福祉士 )									
		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	
		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											
前年度1年間の退職者数											
業務に応じた従事した職員の経験年数に	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							

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 type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 ※該当する方式を全て選択 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
要介護状態に応じた金額設定		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
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 checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	事業者は、月額利用料等入居者が支払うべき費用の額を改定することがあります。費用の改定に当たっては、物価上昇、経済情勢の変動、管理運営費用の増加、環境維持費用の増加、公共料金の値上げその他相当の理由がある場合、運営懇談会の意見を聴いた上で、入居者が支払うべき費用の額を変更することができるものとします。
	手続き	改定にあたっては、事業者は入居者、成年後見人及び身元引受人等へ事前に通知します。

(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	要支援 / 要介護1~5
	年齢		
居室の状況	床面積	18.91㎡	18.91㎡
	便所	■ 有 □ 無	■ 有 □ 無
	浴室	□ 有 ■ 無	□ 有 ■ 無
	台所	□ 有 ■ 無	□ 有 ■ 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		230,790円	192,910円
家賃		84000円	84000円
介護保険外※2	食費	53910円	53910円
	状況把握及び生活相談サービス費	44000円	44000円
	介護費用	0円	0円
	共益費(水道、光熱費)	11000円	11000円
	その他(自立サポート費)	38880円	0円
<p>※1 生活保護受給者の賃料は割引にてご案内致します。</p> <p>※2 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※3 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)

項目	算定根拠
家賃	地域相場と同等額
状況把握及び生活相談サービス費	各サービスに関わる人件費、固定費等の経費をベースにして設定
食費	一食当たり599円
共益費(水道、光熱費)	年間の固定費、光熱費等をベースにして設定
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	各サービスに関わる人件費、固定費等の経費をベースにして設定
その他のサービス利用料	各サービスに関わる人件費、固定費等の経費をベースにして設定

7 入居者の状況

性別	男性	19名
	女性	16名
年齢別	65歳未満	4名
	65歳以上75歳未満	6名
	75歳以上85歳未満	16名
	85歳以上	9名

要介護度別	自立	0名
	要支援1	0名
	要支援2	0名
	要介護1	4名
	要介護2	8名
	要介護3	10名
	要介護4	9名
	要介護5	4名
入居期間別	6か月未満	名
	6か月以上1年未満	11名
	1年以上5年未満	34名
	5年以上10年未満	名
	10年以上15年未満	名
	15年以上	名

#### (入居者の属性)

平均年齢	77歳
入居者数の合計	35名
入居率※	92%
※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名
	社会福祉施設	1名
	医療機関	0名
	死亡者	2名
	その他	0名
生前解約の状況	施設側の申し出 (解約事由の例)	0名
	入居者側の申し出 (解約事由の例)	0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)

窓口の名称	サービス付き高齢者向け住宅レジデンス加須	苦情窓口
電話番号	0480-63-4660	
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜日	—
	日曜・祝日	—
定休日	土曜・日曜・祝日・12/29～1/3	

窓口の名称		一般財団法人サービス付き高齢者向け住宅協会
電話番号		03-5645-3573（相談専用）
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜日	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日・12/29～1/3

窓口の名称		公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3272-3781
対応している時間	平日	10:00～17:00
	土曜日	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜・日曜・祝日・12/29～1/3

窓口の名称		独立行政法人 国民生活センター 加須市消費生活センター
電話番号		0480-62-1111
対応している時間	平日	10:00～16:00（昼休み：12:00～13:00）
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始

窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		土曜・日曜・祝日・12/29～1/3

窓口の名称		埼玉県福祉部高齢者福祉課
電話番号		048-830-3245
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		土曜・日曜・祝日・12/29～1/3

窓口の名称		埼玉県都市整備部住宅課
電話番号		048-830-5555
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		土曜・日曜・祝日・12/29～1/3



**(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"/> 有	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社「福祉事業者総合賠償責任保険」に加入。事業者が所有、使用または管理している各種の施設・設備・用具などの不備や業務活動上のミスが原因で、第三者に身体障害や財物破損が生じ、被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合の補償として。
	<input type="checkbox"/> 無	
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"/> 有	(その内容) 1. 入居者様のご家族（第一保証人様）への連絡。第一保証人様不在時には、第二保証人様への連絡。 2. 管轄行政担当部署及び、居宅介護支援事務所、担当ケアマネージャーへの連絡。
	<input type="checkbox"/> 無	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

**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 type="checkbox"/> 有	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 無		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 無		

**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 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 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

10. その他

提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	(提携ホーム名： )
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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
有料老人ホーム設置運営指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
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		

契約者名

\_\_\_\_\_ 様 印

※

\_\_\_\_\_ 様 印

説明年月日 西暦 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 小河原 玲子 印

※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。