別紙様式

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 平成28年4月1日 |
|  | 記入者名 | 増田記成 |
| 所属・職名 | 代表取締役 |

**１．サービスの内容**

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | 心豊かな社会づくりに貢献していきます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 利用者様一人ひとりに合わせた対応を行っています。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 　自ら実施　 ２　委託　 ３　なし |
| 食事の提供 | １　自ら実施　 　委託　 ３　なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 　自ら実施　 ２　委託　 ３　なし |
| 健康管理の供与 | 　自ら実施　 ２　委託　 ３　なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 　自ら実施　 ２　委託　 ３　なし |
| 生活相談サービス | 　自ら実施　 ２　委託　 ３　なし |

**（医療連携の内容）**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療支援※複数選択可 | 　救急車の手配　入退院の付き添い　通院介助４　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 協力医療機関 | １ | 名称 | 医療法人寿会　吉沢病院 |
| 住所 | 埼玉県本庄市1216番地 |
| 診療科目 | 内科 |
| 協力内容 | 往診 |
| ２ | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 診療科目 |  |
| 協力内容 |  |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 伊勢崎デンタルクリニック |
| 住所 | 群馬県伊勢崎市太田町1041-2-1階1号 |
| 協力内容 | 往診 |

**（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 | 　あり　　２　なし |
| 要支援の者 | 　あり　　２　なし |
| 要介護の者 | 　あり　　２　なし |
| 留意事項 |  |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書　第10条、第11条、第12条に記載 |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 第10条1項、2項、3項、4項、5項 |
| 解約予告期間 | 14日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 |
| 体験入居の内容 | １　あり②　なし |
| 入居定員 | 30人 |
| その他 |  |

**２．職員体制**

**（職種別の職員数）**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 職員数（実人数） |
| 合計 |
|  | 常勤 | 非常勤 |
| 管理者 |  |  |  |
| 生活相談員 |  |  |  |
| 直接処遇職員 |  |  |  |
|  | 介護職員 | 5 | 2 | 3 |
|  | 看護職員 |  |  |  |
| 機能訓練指導員 |  |  |  |
| 計画作成担当者 |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |
| 調理員 |  |  |  |
| 事務員 |  |  |  |
| その他職員 |  |  |  |

**（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 |  |  |  |
| 実務者研修の修了者 |  |  |  |
| 初任者研修の修了者 | 5 | 2 | 3 |
| 介護支援専門員 |  |  |  |

**３．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 | ㈱VISION（本社） |
| 電話番号 | 0495-34-3456 |
| 対応している時間 | 平日 | 午前９時～午後５時 |
| 土曜 | 午前９時～午後５時 |
| 日曜・祝日 | 午前９時～午後５時 |
| 定休日 | なし |
| 窓口の名称 | 上里町役場高齢者いきいき課 |
| 電話番号 | 0495-35-1243 |
| 対応している時間 | 平日(月水木金) | 午前８時３０分～午後１５時１５分 |
| 土曜 |  |
| 日曜・祝日 |  |
| 定休日 | 12/29～1/3・土日祝日 |
| 窓口の名称 | 埼玉県消費生活支援センター熊谷 |
| 電話番号 | 048-524-0999 |
| 対応している時間 | 平日 | 午前９時～午後４時 |
| 土曜 |  |
| 日曜・祝日 |  |
| 定休日 | 12/29～1/3・土日祝日 |
| 窓口の名称 | 埼玉県福祉部高齢者福祉課 |
| 電話番号 | 048-830-3254 |
| 対応している時間 | 平日 | 午前８時３０分～午後５時１５分 |
| 土曜 |  |
| 日曜・祝日 |  |
| 定休日 | 12/29～1/3・土日祝日 |
| 窓口の名称 | 埼玉県都市整備部住宅課 |
| 電話番号 | 048-830-5562 |
| 対応している時間 | 平日 | 午前８時３０分～午後５時１５分 |
| 土曜 |  |
| 日曜・祝日 |  |
| 定休日 | 12/29～1/3・土日祝日 |

**（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 | 　あり | （その内容） |
| ２　なし |
| 生活支援の提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 　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 | 　あり　　　２　なし |

**４．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　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　公開していない |

**５．その他**

|  |  |
| --- | --- |
| 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　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 | 　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 | サービス付き高齢者向け住宅のため、非該当 |

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 |  |  |
| 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 | ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰこむぎ２ | 同一敷地内 |
| 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 |  |  |
| 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 | 備　　考 |
| （利用者が全額負担） | 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 |  |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  | 別紙　提供するサービスの内容に記載 |
| 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 |  |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  |  |
|  | おやつ |  |  | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 理美容師による理美容サービス |  |  | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 買い物代行 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 別紙　提供するサービスの内容に記載 |
|  | 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 |  |  |  |  |
| 健康管理サービス |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 定期健康診断 |  |  | なし | あり |  |  |  | 年１回 |
|  | 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 |  |  |  |  |
|  | 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 別紙　提供するサービスの内容に記載 |
|  | 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、月額の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。

※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。