別紙様式

**ご隠居長屋和楽久みさと早稲田 重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 平成28年8月1日 |
|  | 記入者名 | 岡田高弘 |
| 所属・職名 | 代表取締役 |

**４．サービスの内容**

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | ご入居者様が必要としているサービスをご自身で選択していただき、「安全･安心・快適」な日常生活が送れるよう全面的にサポートします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 基本サービス・オプションサービス・併設の訪問介護・通所介護の介護保険サービスなど、効率的かつ包括的なケアシステムを提供します。 |
| 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 | 自ら実施　 ２　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 |

**（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　省略**

**（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 | 三愛会総合病院 |
| 住所 | 三郷市彦成３－７－１７ |
| 診療科目 | 内科　他１４科 |
| 協力内容 | 夜間・休日診療　他 |
| ２ | 名称 | たにぐちファミリークリニック |
| 住所 | 三郷市仁蔵５２３－１ |
| 診療科目 | 内科・消化器内科・外科・小児科・もの忘れ外来 |
| 協力内容 | 訪問診療・在宅療養支援診療 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | ユアーズ歯科パークフィールドクリニック |
| 住所 | 三郷市下彦川戸７９９ |
| 協力内容 | 訪問診療 |

**（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　省略**

**（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 | 管理規程あり | |
| 契約の解除の内容 | 一般的な賃貸借契約の例による | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 第２０条 |
| 解約予告期間 | ６ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | １ヶ月若しくは２ヶ月前の申し出が必要（事情による） | |
| 体験入居の内容 | あり（内容：１週間を限度とする）  ２　なし | |
| 入居定員 | ２０人 | |
| その他 |  | |

**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 | |  |  |  |  |
| 生活相談員 | |  |  |  |  |
| 直接処遇職員 | |  |  |  |  |
|  | 介護職員 | ９ | ２ | ７ |  |
|  | 看護職員 |  |  |  |  |
| 機能訓練指導員 | |  |  |  |  |
| 計画作成担当者 | |  |  |  |  |
| 栄養士 | | １ |  | １ |  |
| 調理員 | | ２ | ２ |  |  |
| 事務員 | | １ |  | １ |  |
| その他職員 | |  |  |  |  |
| 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 | ２ |  | ２ |
| 実務者研修の修了者 | ４ | ２ | ２ |
| 初任者研修の修了者 | ３ |  |  |
| 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）　該当なし**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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（　１７時～　９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）　非特定**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | |
| 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 | | | |  | | | | |
| 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 | |  |  |  | | ２ | |  |  | | |  |  |  |  |
| 前年度１年間の退職者数 | |  |  |  | | ２ | |  |  | | |  |  |  |  |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | １年未満 |  |  |  | | ２ | |  |  | | |  |  |  |  |
| １年以上３年未満 |  |  | ２ | | ５ | |  |  | | |  |  |  |  |
| 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 | | | | | あり　　２　なし | | | | | | | | | | |

**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 | ９人 |
| 女性 | １３人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | ０人 |
| 65歳以上75歳未満 | １人 |
| 75歳以上85歳未満 | ６人 |
| 85歳以上 | １５人 |
| 要介護度別 | 自立 | ０人 |
| 要支援１ | １人 |
| 要支援２ | ３人 |
| 要介護１ | ２人 |
| 要介護２ | ４人 |
| 要介護３ | ７人 |
| 要介護４ | ４人 |
| 要介護５ | １人 |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | １人 |
| ６ヶ月以上１年未満 | ６人 |
| １年以上５年未満 | １５人 |
| ５年以上10年未満 | ０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 | ８６．１歳 |
| 入居者数の合計 | ２２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 | １人 |
| 社会福祉施設 | ２人 |
| 医療機関 | ２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 | ５人 |
| （解約事由の例）特養へ　老人保健施設へ　ご家族宅へ　　入院先で逝去 |

**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 | | ご隠居長屋　和楽久　みさと早稲田 |
| 電話番号 | | ０４８－９５１－１９６６ |
| 対応している時間 | 平日 | 8時30分～17:30分 |
| 土曜 | 8時30分～17:30分 |
| 日曜・祝日 | 8時30分～17:30分 |
| 定休日 | | なし |

**（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）三井住友海上火災保険　福祉事業者総合賠償責任保険 |
| 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 | あり | （その内容）三井住友海上火災保険　福祉事業者総合賠償責任保険 |
| ２　なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 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 | あり | 実施日 | 28年6月　（食事嗜好調査） |
| 結果の開示 | １　あり 　なし |
| 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 |
| 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  　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  　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  　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  　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  　公開していない |

**10．その他**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 運営懇談会 | | あり | | （開催頻度）年　　２　回 | |
| ２　なし | | | |
|  | 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：　　　　　　）  　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 | | 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 | | １　あり　　　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（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 | ホームヘルプわせだ | 三郷市早稲田5-20-5 |
| 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 | デイサービスセンターわせだ | 三郷市早稲田5-20-5 |
| 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 | ケアプランわせだ | 三郷市早稲田5-20-5 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
|  | 介護予防訪問介護 | あり | なし | ホームヘルプわせだ | 三郷市早稲田5-20-5 |
| 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 | デイサービスセンターわせだ | 三郷市早稲田5-20-5 |
| 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 |  | ○ | 700 | 身体介助15分700円（税別） | |
|  | 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 700 | 身体介助15分700円（税別） | |
|  | おむつ代 |  |  | なし | あり |  | ○ | 50 | 1枚（処分代含む） | |
|  | 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 700 | 身体介助15分700円（税別） | |
|  | 特浴介助 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 700 | 身体介助15分700円（税別） | |
|  | 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 700 | 身体介助15分700円（税別） | |
|  | 機能訓練 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | 通院介助 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 700 | 身体介助15分700円（税別） | |
| 生活サービス | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 居室清掃 | なし | あり | なし | あり |  |  | 500 | 生活介助15分500円（税別） | |
|  | リネン交換 | なし | あり | なし | あり |  |  | 500 | 生活介助15分500円（税別） | |
|  | 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり |  |  | 500 | 1ネット | |
|  | 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり |  |  | 200 | 1回 | |
|  | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 |  |  | なし | あり |  |  |  | 随時ご相談 | |
|  | 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 |  |  |  | ※外部事業者の訪問サービスあり | |
|  | 買い物代行 | なし | あり | なし | あり |  |  | 500 | 生活介助15分500円（税別） | |
|  | 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり |  |  | 500 | 生活介助15分500円（税別） | |
|  | 金銭・貯金管理 |  |  | なし | あり |  |  | 3000 | 月額 | |
| 健康管理サービス | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 定期健康診断 |  |  | なし | あり | ○ |  |  | 基本サービスに包含（生活支援） | |
|  | 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  | 基本サービスに包含（生活支援） | |
|  | 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  | 基本サービスに包含（生活支援） | |
|  | 服薬支援 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 5000 | 月額 | |
|  | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | ○ |  |  | 基本サービスに包含（生活支援） | |
| 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 |  |  |  |  | |
|  | 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。