別紙様式

サービス付き高齢者向け住宅　ライトハウスⅠ号館

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 平成28年7月1日 |
|  | 記入者名 | 松澤　信広 |
| 所属・職名 | 施設長（管理者） |

**１．事業主体概要　　※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除**

**２．事業の概要　　　※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除**

**３．建物概要　　　　※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除**

**４．サービスの内容**

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | 「高齢者に対して、尊敬と思いやりのこころで仕える。」「高齢者に対して、喜びと祈りと感謝のこころで仕える。」「高齢者に対して、自分が欲するこころで仕える。」人生の大先輩である高齢者に対してその人らしく、自分らしく、最後まで輝いて欲しいとの願いから、高齢者それぞれの個性を尊重し、最後まで人間らしく老いを生きたいと願う高齢者を応援します。他人だからこそ出来る事、他人しかできない事、このような介護をご家族に代わり真心を込めて行います。 |
| サービスの提供内容に関する特色 |  |
| 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**

**（医療連携の内容）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療支援  ※複数選択可 | | １　救急車の手配  ２　入退院の付き添い  ３　通院介助  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 協力医療機関 | １ | 名称 | しようのもりクリニック |
| 住所 | 埼玉県深谷市岡336-1 |
| 診療科目 | 消火器外科・内科・外科・精神科・心療内科 |
| 協力内容 | 1、診療のための定期訪問　2、健康診断の実施  3、日常の健康相談　4、緊急時の指示・緊急往診  5、他の医療機関に入院を要する場合の紹介 |
| ２ | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 診療科目 |  |
| 協力内容 |  |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 協力内容 |  |

**（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 |  | |
| 契約の解除の内容 | 事業主体から解除を求める場合  ①他の入居者の生活、または健康に重大な影響を及ぼす恐れがある時  ②利用料等の支払いを怠って、その滞納期間が２ヵ月分に達した時  ③不正の手段により入居したり、提出書類で虚偽の事項を申告した時  ④その他、契約の条項に違反した時  入居者から解除を求める場合  ①解約予告期間をもって契約解除届を提出した時  その他の場合  ①入居者が病気療養等で１ヵ月以上居室を不在とする場合は、事業者、入居者で協議のうえ契約を解除することができる。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 第23条 |
| 解約予告期間 | 2週間 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | １　あり（内容：　　　　　　　　　　）  ２　なし | |
| 入居定員 | 27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 | | 1 | 1 |  |  |
| 生活相談員 | | 1 |  | 1 |  |
| 直接処遇職員 | |  |  |  |  |
|  | 介護職員 | 5 | 3 | 2 |  |
|  | 看護職員 | 1 |  | 1 |  |
| 機能訓練指導員 | |  |  |  |  |
| 計画作成担当者 | |  |  |  |  |
| 栄養士 | |  |  |  |  |
| 調理員 | | 2 | 1 | 1 |  |
| 事務員 | |  |  |  |  |
| 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 | | | | | 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 |  |  |  |
| 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 | 4 | 3 | 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（　16時00　分　～　9時00　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 | 1人 | 1人 |

**（特定施設入居者生活介護等の提供体制）※特定施設ではないため記載欄削除**

**（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 | | | | 社会福祉主事任用資格 | | | | |
| 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 | |  |  | | |  |  |  |  |
| 前年度１年間の退職者数 | |  |  | 2 | | 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 |  | 1 |  | | 1 | |  | 1 | | |  |  |  |  |
| １年以上３年未満 |  |  | 3 | | 1 | |  |  | | |  |  |  |  |
| 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 | | | | | １　あり　　２　なし | | | | | | | | | | |

**６．利用料金　　　※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除**

**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 | 5人 |
| 女性 | 8人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| 65歳以上75歳未満 | 4人 |
| 75歳以上85歳未満 | 5人 |
| 85歳以上 | 4人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| 要支援１ | 0人 |
| 要支援２ | 0人 |
| 要介護１ | 2人 |
| 要介護２ | 3人 |
| 要介護３ | 7人 |
| 要介護４ | 1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 | 4人 |
| １年以上５年未満 | 2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 | 82歳 |
| 入居者数の合計 | 8人 |
| 入居率※ | 29％ |
| ※ 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 | 0人 |
| 医療機関 | 1人 |
| 死亡者 | 0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）  医療的ケアが必要なため |

**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 | | ライトハウスⅠ号館　苦情窓口　　担当　仲　知子 |
| 電話番号 | | 048－577－7261 |
| 対応している時間 | 平日 | 8：30～17：30 |
| 土曜 |  |
| 日曜 |  |
| 定休日 | | 土日及び12月31日から1月2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 | 8：30　～　17：15 |
|  | 土曜 |  |
|  | 日曜 |  |
| 定休日 | | 土日祝日及び年末年始（12月29日～1月3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 | １　あり | （その内容）東京海上火災の賠償責任保険に加入。サービス提供上の事故により入居者の生命・身体等に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償。 |
| 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）  直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。  　事故の原因が事業者の故意又は過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意又は過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除又は軽減される場合があります。 |
| 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 |
| 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 |
| 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 | １　入居希望者に公開  ２　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  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  ３　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  ３　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  ３　公開していない |

**10．その他**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 運営懇談会 | | １　あり | | （開催頻度）年　　　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：　　　　　　）  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 | | １　あり　　２　なし  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 | | １　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　　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 | 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 | 1、運営懇談会を開催していない。 | | | |

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）

※記載欄削除に伴い添付していません。

※　　　　　　　　　　　　　　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。