

重要事項説明書

記入年月日	平成 30 年 4 月 1 日
記入者名	駒澤 琢磨
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 営利法人	
	名称	株式会社ケア 2 1
名称	(ふりがな)	かぶしきがいしゃけあにじゅういち
主たる事務所の所在地	〒530-0002	
	大阪府大阪市北区堂島 2 丁目 2 番 2 号	
連絡先	電話番号	0 6 - 6 4 5 6 - 5 6 3 3
	F A X 番号	0 6 - 6 4 5 6 - 5 6 4 2
	ホームページアドレス	なし あり : http://www.care21.co.jp
代表者	職名	代表取締役
	氏名	依 田 平
設立年月日	昭和・平成 5 年 1 1 月 1 日	
主な実施事業	※別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ たのしいいえ あさか 介護付有料老人ホーム たのしい家 朝霞		
所在地	〒351-0005		
	埼玉県朝霞市根岸台7丁目48番77号		
主な利用交通手段	最寄駅	東武鉄道東上本線 朝霞駅	
	交通手段と所要時間	① 東武鉄道東上本線 朝霞駅 徒歩 12分	
連絡先	電話番号	048-460-3021	
	FAX番号	048-465-1721	
	ホームページアドレス	http://	
管理者	職名	管理者	
	氏名	駒澤 琢磨	
建物の竣工日		昭和・平成	30年 3月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	30年 4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	埼玉県
	事業所の指定日	平成 30年 4月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2362.84 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 (平成30年3月1日～平成55年2月28日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	2336.28 m ²
		うち、老人ホーム部分	2336.28 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()	

構造	1 鉄筋コンクリート造					
	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					
	2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	1 あり 2 なし				
	契約期間	1 あり (平成30年3月1日～平成55年2月28日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	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	有/無	有/無	18.75 m ²	55室	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	6ヶ所		
			うち車いす等の対応が可能な便房	6ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他(仰臥位浴槽)			1ヶ所			
食堂	1 あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 2 なし					

	エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし
消防用設備等	消火器	1 あり 2 なし
	自動火災報知機	1 あり 2 なし
	火災通報設備	1 あり 2 なし
	スプリンクラー	1 あり 2 なし
	防火管理者	1 あり 2 なし
	防災計画	1 あり 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	利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえ、入浴、排泄の自立について必要な援助のほか食事、離床、着替え、整容その他の日常生活上の世話等、日常生活を営むことができるよう必要な援助を妥当適切に行います。
サービスの提供内容に関する特色	「重度化した場合における対応に係る指針」を定め、入居者及びその家族の希望により、「看取り」を積極的に支援していく体制を整えている。
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		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 (主治医へ連絡して対処方法を決定)	
協力医療機関	1	名称	医療法人循和会 朝霞中央クリニック
		住所	埼玉県朝霞市大字岡 79-3
		診療科目	内科・消化器内科・神経内科・循環器内科
		協力内容	往診、日常健康管理
	2	名称	大宮桜木町クリニック
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町 2-324-1 3階
		診療科目	内科
		協力内容	往診、日常健康管理
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団 燦佑会 若島歯科医院
		住所	埼玉県さいたま市南区太田窪 2926
		協力内容	歯科往診

(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		1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容		1 あり 2 なし	
手続きの内容		1 あり 2 なし	
追加的費用の有無		1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		1 あり 2 なし	
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 なし	
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし	
	便所の変更	1 あり 2 なし	
	浴室の変更	1 あり 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり 2 なし	
	台所の変更	1 あり 2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
	2 なし		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立しているもの	1 あり 2 なし
	要支援のもの	1 あり 2 なし
	要介護のもの	1 あり 2 なし
留意事項	○原則として満 65 歳以上の方○要介護もしくは要支援の認定を受けている方○複数入居者における共同生活を営むことに概ね支障の無い方○著しい自傷他傷の恐れがない方○常時医療的処置を必要としない方○身元引受人を定められる方○当施設入居契約等をご承諾いただける方	
契約の解除の内容	○入居者が死亡した場合○入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正な手段により入居したとき○月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月分以上滞納したとき○契約書 第 19 条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき○契約書 第 27 条（契約の終了）、第 28 条（事業者からの契約解除）に該当する時○入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法では、これを防止することができないとき○入居者が病院に入院するなどの理由でホームを不在にし、不在期間が2ヶ月を超えたとき *不在期間の入居費用は、家賃相当額のみ徴収させていただきます。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 28 条
	解約予告期間	1ヶ月
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：利用の上限：1泊2日まで 利用料金：1泊6,000円※消費税別途 (宿泊費・介護サービス料込み) (食費別途徴収) 2 なし	
入居定員	55名	
その他	入居者の定期健康診断を年1回実施する。 ※費用は利用者負担とする。	

5. 職員体制

	職員数 (実人数)			常勤換算人数
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1人	1.0		1.0
生活相談員	1人	1.0		1.0
直接処遇職員				
看護職員	3人	2.9		2.9
介護職員	15人	12.0	1.2	13.2
機能訓練指導員	1人	0.1		0.1
計画作成担当者	1人	1.0		1.0
栄養士				
調理員				
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				
※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	8人	7人	1人
実務者研修	1人	1人	
介護職員初任者研修	6人	4人	2人
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
看護師及び准看護師	1人		0.1人
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 (20 時 ~ 6 時)		
	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	3 人	2 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 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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>							
	業務に係る資格等		① あり 資格等の名称 <u>介護福祉士</u> 2 なし <input type="checkbox"/>							
	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										
前年度1年間の退職者数										
員の人数 業務に従事した経験年数に応じた職	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					1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>					

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 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】	1 全額前払い方式		
	2 一部前払い・一部月払い方式		
	<input type="checkbox"/> 3 月払い方式		
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<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 type="checkbox"/> 3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし ※家賃は減額なし		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 ※管理費は日割り		
	<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	経済事情の変動、公租・公課の増額、人件費等を勘案	
	手続き	運営懇談会の決議により	

(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	要支援 1	要介護 5	
	年齢	65 歳	85 歳	
居室の状況	床面積	18.75 m ²	18.75 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な 費用	前払金	0 円	0 円	
	敷金	95,000 円	95,000 円	
月額費用の合計		207,512 円	199,705 円	
家賃		95,000 円	95,000 円	
サービス 費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	6,163 円	27,160 円	
	介護 保険 外※2	食費	58,320 円	58,320 円
		管理費	45,000 円	45,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	管理費含む	管理費含む
		その他	円	円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※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）

(利用料金の算定根拠)

項目	算定根拠
家賃	95,000円(建物の賃借料と居室数を元に算出)
敷金	95,000円
介護費用	※介護保険サービスの自己負担費用は含まない
管理費	45,000円(水道光熱費・建物保守点検費用等)
食費	朝食:400円、昼食:750円、夕食:650円 1日:1,800円×30日で計算 ※消費税別 ※おやつ代は昼食に含みます。
光熱水費	管理費に含む。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	生活サポート費(自立者のみ。別添2に掲げるサービスの提供に係る人件費、物件費、事務費等)

(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	
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)	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払い金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間 (償還年月数)		
償却の開始日		
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)		
初期償却率		
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
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 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他 (名称:)	

7 入居者の状況

性別	男性	3	人
	女性	12	人
年齢別	65歳未満		人
	65歳以上75歳未満		人
	75歳以上85歳未満	6	人
	85歳以上	9	人
要介護度別	自立		人
	要支援1	1	人
	要支援2	2	人
	要介護1	3	人
	要介護2	1	人
	要介護3	5	人
	要介護4	1	人
	要介護5	1	人
入居期間別	6か月未満	15	人
	6か月以上1年未満		人
	1年以上5年未満		人
	5年以上10年未満		人
	10年以上15年未満		人
	15年以上		人

(入居者の属性)

平均年齢	86.7	歳
入居者数の合計	15	人
入居率※	29.3	%
※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		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡者		人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出		人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出		人
		(解約事由の例)	

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) ※4カ所以上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		介護付き有料老人ホーム たのしい家 朝霞
電話番号		048-460-3021
対応している時間	平日	9時00分 ~ 18時00分
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		

窓口の名称		株式会社ケア21 お客さま相談係
電話番号		06-6456-5633
対応している時間	平日	9時00分 ~ 18時00分
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		土・日・国民の祝日、8/13~8/17、12/30~1/3

窓口の名称		埼玉県国民保健団体連合会 介護保険課 苦情対応係
電話番号		048-824-2568 (苦情相談用)
対応している時間	平日	8:30 ~ 12:00、13:00~17:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		土・日・祝日、12月29日~翌年1月3日

窓口の名称		朝霞市長寿はつらつ課高齢者支援係
電話番号		048-463-1921
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		土・日・祝日、12月29日~翌年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) 居宅介護事業者賠償責任保険による
	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) 当ホームにおいて、事業者の責任により入居者に生じた責任については、事業者は速やかにその損害を賠償します。ただし、その損害の発生について、入居者の故意または重大な過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 <u>2</u> 回
	2 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
有料老人ホーム設置運営指指針 「5. 規模及び構造設備」に合致し ない事項	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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。

特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護 サービス重要事項説明書
--

1 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社ケア21
代表者名	代表取締役 依田 平
本社所在地 (連絡先)	〒530-0003 大阪市北区堂島2丁目2番2号 近鉄堂島ビル10階 Tel 06-6456-5633(代表) Fax 06-6456-5642
ホームページアドレス	http://care21.co.jp

2 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護サービス提供を担当する事業所について
(1) 事業所の所在地等

事業所名称	指定特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所 介護付き有料老人ホーム たのしい家 朝霞
事業所所在地	埼玉県朝霞市根岸台7丁目48番77号
指定事業者番号	
連絡先 相談担当者名	Tel 048-460-3021 Fax 048-465-1721 管理者

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	株式会社ケア21が設置する介護付き有料老人ホーム たのしい家 朝霞（以下、「事業所」という。）において実施する指定特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業（以下、「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定めることにより、指定特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護の円滑な運営を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護の提供を確保することを目的とする。
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. この事業所が実施する事業は、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、機能訓練、通院時及び退院後の療養上の世話を行う事により、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援します。 2. 事業の実施に当っては、介護保険法令及び厚生労働省通知の内容に沿ったものとします。 3. 事業の実施に当っては、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努力し、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。 4. サービスの提供は、個別の特定施設サービス計画を作成し、利用者の同意のもとに実行します。 5. 利用者の個人情報の取り扱いについては、その利用目的を示し、予め本人の同意を得て取り扱うものとし、個人情報保護法の精神に立って、個人情報の管理等に努めます。

(3) 施設の概要

①敷地及び建物

敷地(権利関係)		2336,28㎡(賃借)
建物	構造	鉄骨造 3階建て
	延べ床面積	2336,28㎡
	利用定員	55名

②主な設備

設備の種類	数	面積
専用居室個室	55 室	18.75㎡
共用便所	6箇所	
個室便所	55 箇所	
一般浴室	5 室	
機械浴室	1 室	
機能訓練室	1(食堂と共用)室	
健康管理室兼面談室	1 室	
相談室	1 室	
洗面脱衣室	6室	
洗濯室	3 室	
エレベーター	2カ所	

(4)事業所の職員体制

従業者の種類	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者指定の基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者								
生活相談員								
介護職員								
看護職員								
機能訓練指導員								
計画作成担当者								

(5)営業日

営業日	年中無休
-----	------

3 サービス内容と料金および利用料について

(1) 提供するサービス内容について

◆介護保険給付サービス

種類	内容	利用料
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士が献立を立て食事を提供します。(但し食材料費は給付対象外です。) ・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるよう配慮します。 	介護報酬の告示上の額 (但し、法定代理受領の場合はサービス基準額の1割相当、法定代理受領でない場合はサービス基準額相当額です。
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じた適切な排せつの介助、排せつの自立にむけた援助を行います。 ・おむつを使用する方に対してはこまめに交換します。 	
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回の入浴または清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械浴槽を使用した入浴も可能です。 	
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床、着替えを行うよう配慮します。 	
シーツの交換	<ul style="list-style-type: none"> ・概ね週1回程度 	
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員により、身体の状態に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 	
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・生活相談員による相談 	
レクリエーション行事	<ul style="list-style-type: none"> ・施設行事計画に沿ったレクリエーションあ行事を企画します。 	

◆介護保険給付外サービス

種類	内容	利用料
おむつの提供	<ul style="list-style-type: none"> ・ご希望に応じて提供 	実費
行政手続の代行	<ul style="list-style-type: none"> ・市、区役所での書類の申請交付、申請手続き等を代行 	実費(交通費等)
食材の提供	<ul style="list-style-type: none"> 1日3食の各提供時間帯に食事をさせていただきます。 	54,000円 (消費税別) 30日の場合に1日3食 1,800円×30日 (内訳)朝食400円 昼食750円 夕食650円
治療食・特別食	<ul style="list-style-type: none"> 慢性病等のため又は一時的に治療食の必要な方には医師の指示を受けて治療食を、お祝い事等には、要望、予算に応じ特別食を提供します。 	応相談
付添、送迎	<ul style="list-style-type: none"> 病院への通院等にかかる付添、送迎サービス 	2,500円/時間

		※消費税別途
理美容サービス	・出張による美容サービスをご利用いただけます。	実費

(2) 料金の請求方法

サービスを利用していただいた場合、翌月20日までに前月分の利用料の請求をいたします。(「請求書」を送付いたします。)

(3) 料金の支払方法

利用者指定口座からの自動引落(引落手数料はかかりません。)

※引落日は、原則利用月の翌月28日となり、28日が土日祝の場合は翌営業日の引落としとします。

5 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者およびその家族等に関する秘密の保持について	事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者およびその家族等に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	<p>事業者は、利用者およびその家族等から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者およびその家族等の個人情報を用いませぬ。</p> <p>事業者は、利用者およびその家族等に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏えいを防止するものとします。</p> <p>事業者は、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。(開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。)また、当該個人情報について利用者又はその家族等から訂正・削除等の依頼があった場合には、依頼者が本人であることを確認したうえで、事業者の規定に従い、速やかに対応するものとします。</p>

6 サービス内容に関する相談・苦情について

(1) 相談・苦情の窓口は以下のとおりです。

<p>【事業所の窓口】</p> <p>受付時間…9:00～18:00</p>	<p>受付窓口： 管理者</p> <p>Tel : 048-460-3021 Fax : 048-465-1721</p>
<p>【事業者の窓口】</p> <p>受付時間…9:00～18:00</p> <p>休業日…土・日・祝及び 8/13～8/17、12/30～1/3</p>	<p>事業者名： 株式会社ケア21</p> <p>受付窓口： お客様相談係</p> <p>所在地： 大阪市北区堂島二丁目2番2号</p> <p>Tel : 06-6456-5633 Fax : 06-6456-5642</p>

(2) 苦情処理の体制および手順

- ①利用者は、事業者及び事業者提供するサービスに関して、いつでも苦情を申立てることができます。
- ②事業者は、前項による苦情を受け付ける手続きを、「苦情処理細則」で定め、利用者からの苦情等の適切な解決に努めます。
- ③事業者は、利用者から苦情の申し立てがなされた場合、対応する責任者を定め、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。
- ④事業者は、利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として、何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、家族等へ連絡いたします。

ご家族等	氏名①		ご関係	
	連絡先 (電話等)			
	住所			
	氏名②		ご関係	
	連絡先 (電話等)			
	住所			
主治医等	氏名①		診療 所名	
	連絡先 (電話等)			
	所在地			
	氏名②		診療 所名	
	連絡先 (電話等)			
	所在地			

(注) 該当者がいない場合は、空欄にせずその旨を記載してください。(「該当なし」「なし」「／」等)

9 事故発生時の対応

事業者は、利用者に対する指定の提供により事故が発生した場合は、速やかに市区町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。また、利用者に対する指定特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、その責任の範囲において、損害賠償を速やかに行うものとします。

別表(1)サービス利用料

第1号被保険者	本人の合計所得金額 160 万円以上	下記以外の場合	2 割負担
		同一世帯の第1号被保険者の年金収入+その他の合計所得金額 単身 280 万円未満、2人以上 346 万円未満	1 割負担
	本人の合計所得 160 万円未満		1 割負担

※要支援・要介護認定を受けている第2号被保険者の方は一律1割負担です。

(上段:料金、下段()内:介護給付費単位数 ※4級地用) 単位:円(消費税非課税)

(介護予防)特定施設入居者生活介護費 (1日当たり)

支援・介護区分

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1,897 円 (180 単位)	3,256 円 (309 単位)	5,628 円 (534 単位)	6,313 円 (599 単位)	7,040 円 (668 単位)	7,715 円 (732 単位)	8,432 円 (800 単位)

(注) 実際の料金は、1ヶ月間にご利用されたサービスの【介護給付費単位数】の合計に【介護給付費1単位に対する単価 10.54 円】を乗じ、1円未満を切り捨てた金額になります。

○実施等

可否	名称	内容等	加算額(単位数)
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	医療機関連携加算	看護職員が利用者毎の健康状況を協力医療機関等に月に1回以上情報を提供します。	843 円(80 単位) / 月

○事業所の体制、健康管理等

可否	名称	内容等	加算額(単位数)
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	個別機能訓練加算	①常勤の機能訓練指導員を1名配置しています。 ②職員が共同で計画を作成し、職員が共同で機能訓練を実施します。 ③3ヶ月毎に評価を行います。	126 円 / 日 (12 単位) / 日
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	夜間看護体制加算	①常勤の看護師を1名配置しています。 ②その他具体的な内容は「重度化した場合における対応に係る指針」の内容を御確認下さい。※要支援者は対象外です。	105 円 / 日 (10 単位) / 日
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	看取り介護加算	上記「夜間看護体制加算」対象の方が対象です。当施設で看取り介護を行い、お亡くなりになる以前の30日間が加算対象となります。	死亡日以前4~30日 1,517 円 / 日 (144 単位 / 日) 死亡日前日及び前々日 7,167 円 / 日 (680 単位 / 日) 死亡日 13,491 円 / 日 (1,280 単位 / 日)

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	認知症専門 ケア加算（Ⅰ）	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所における利用者の総数のうち、「日常生活に支障を来すおそれのある 症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者（以下「対象者」という。）の占める割合が2分の1以上であること。 ・「認知症介護に係る専門的な研修」を終了している者を、以下の通りに配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。 <p>①対象者の数が20人未満 1以上 ②対象者の数が20人以上 1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催していること。 	31円／日 (3単位／日)
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	認知症専門 ケア加算（Ⅱ）	<ul style="list-style-type: none"> ・「認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準にいずれにも適合すること。 ・「認知症介護の指導に係る専門的な研修」を終了している者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施していること。 ・当該事業所における看護・介護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。 	42円／日 (4単位／日)
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）イ	介護職員の内、介護福祉士の割合が60%以上の体制です。	189円／日 (18単位／日)
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）ロ	介護職員の内、介護福祉士の割合が50%以上の体制です。	126円／日 (12単位／日)
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	サービス提供 体制強化加算（Ⅱ）	看護、介護職員の内、常勤職員の割合が75%以上の体制です。	63円／日 (6単位／日)
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	サービス提供 体制強化加算（Ⅲ）	職員の総数の内、30%以上の者が勤続年数3年以上の体制です。	63円／日 (6単位／日)

○下記加算は事業者及び事業所要件により対象となります。支給基準限度額対象外となります。

<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	介護職員処遇 改善加算（Ⅰ）	以下の項目全てを実施しています。 ①介護職員の処遇改善に関する計画を策定している ②介護職員に周知し都道府県知事に届け出ている ③処遇改善加算相当分の賃金改善を図っている ④年度毎に処遇改善報告を都道府県知事に行っている ⑤労働基準法等の罰金刑に処せられていない	総単位数の 82/1000
--	-------------------	--	------------------

	い ⑥労働保険料の納付が適正に行われている ⑦-1 介護職員任用時の職責又は職務内容を定めている ⑦-2 職責又は職務内容を書面に定め周知している ⑦-3 介護職員の資質向上の研修を計画し実施している ⑦-4 資質向上の研修を周知している ⑧平成 27 年 4 月から実施した処遇改善の内容及び費用を介護職員に周知している。	
--	--	--

利用料金は、1ヶ月間にご利用されたサービスの【介護給付費単位数】の合計に【介護給付費1単位に対する単価 10.54 円】を乗じ、1円未満を切り捨てた金額になります。

【料金の計算方法】

- ① 1ヶ月間に利用されるサービスの介護給付費単位数を集計します。
 (例) 【(要介護2)599 単位】×【1ヶ月間の利用日数30日】=17,970 単位
- ② 処遇改善加算 (I) 総単位数に適用された乗算率を当てはめます。
 (例) 17,970 単位×82/1000=1,473 単位
 17,970 単位+1,473 単位=19,443 単位
- ③ 前項の介護給付費の合計単位数に、厚生労働大臣が定める単価(「介護給付費1単位に対する単価 10.54)を乗じた金額(1円未満切捨て)がその月のサービス利用料です。
 (例) 19,443 単位×【単価 10.54 円】=【利用料 204,929 円】

【利用者のご負担金】

①1割負担の方

利用者には、原則として、介護保険による給付金額(通常、利用料の9割、1円未満切捨て)を差し引いた差額分をご負担いただきます。

(例) 【利用料 204,929 円】－【給付金額 204,929 円×9割】=【負担額 20,493 円】

②2割負担の方

利用者には、原則として、介護保険による給付金額(通常、利用料の9割、1円未満切捨て)を差し引いた差額分をご負担いただきます。

(例) 【利用料 204,929 円】－【給付金額 204,929 円×8割】=【負担額 40,986 円】

※利用者に(介護予防)特定施設入居者生活介護について、重要事項の説明を行いました。

説明を行った日時	平成 年 月 日 時 分
説明を行った場所	

重要事項説明書に記載された内容は、契約される場合において、契約内容の一部として契約書と重要事項説明書を一對のものとして交付します。なお、重要事項説明書の内容について変更が生じた場合、その内容を文書で郵送にて通知します。

事業者

事業者名 株式会社ケア21
 所在地 大阪市北区堂島2丁目2番2号 近鉄堂島ビル10階
 代表者名 代表取締役 依田 平



事業所名 介護付き有料老人ホーム たのしい家 朝霞

説明者 _____ (印)

※私は、事業者より(介護予防)特定施設入居者生活介護について、同意し受領しました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)(自署・押印)

*利用者が、身体の状態等により自署・押印できない場合、利用者本人の意思を確認のうえ、代理人が利用者欄を代筆・押印いたします。

代理人

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

利用者との関係 _____