

重要事項説明書

記入年月日	2018年7月1日
記入者名	大久保 毅
所属・職名	運営部

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ えいちしーえむ 株式会社HCM	
主たる事務所の所在地	〒106-0044 東京都港区東麻布1-28-13 日通商事麻布ビル5階	
連絡先	電話番号	03-3568-1171
	FAX番号	03-3568-1179
	ホームページアドレス	http:// www.amica.jp/
代表者	氏名	島田 一郎
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 14年 8月 6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) あみかのさとわこう アミカの郷和光	
所在地	〒351-0111 埼玉県和光市下新倉 2-38-15	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線、東京メトロ有楽町線、副都心線 「和光市」駅
	交通手段と所要時間	徒歩約12分
連絡先	電話番号	048-450-1002
	FAX番号	048-423-4688

	ホームページアドレス	http:// www.amica.jp
管理者	氏名	瀬戸山 美香
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 23年 4月 28日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 24年 2月 1日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1 1 7 2 3 0 0 6 1 6
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 24年 1月 15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	1564.26 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無 契約期間 契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 1 あり （平成 24年 2月 1日～平成 44年 1月 31日） <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
建物	延床面積	全体	2202.27 m ²
		うち、老人ホーム部分	832.64 m ²
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）	
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ）	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input type="checkbox"/> 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 24 年 2 月 1 日～平成 44 年 1 月 31 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	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
	【表示事項】	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	60 室	介護居室個室
	タイプ 2	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ 8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ 9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ 10	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	7ヶ所	個室（シャワーブース含む）	7ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	2ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
			その他（ ）	0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	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input type="checkbox"/> 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	施設は、自立または要支援、要介護の入居者に対して、その心身の特性を踏まえ、入居者の生活援助、自立支援、介護などの介助状態の軽減または悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的におこなうこととする。また、入居者が尊厳ある自立した日常生活を営むことができるように、食事、入浴、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練等の介護、その他必要な援助を適切におこなうものとし、入居者の意思および人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。事業にあつては、事業所所在地の市町村、介護施設、協力医療機関に加え、他の事業者、保健医療・福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。
サービスの提供内容に関する特色	施設は、お一人おひとりの生活や想いを大切に、各々のニーズに即したオーダーメイドケアを個別プランにもとづいて提供している。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算	1 あり	2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり	2 なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり	2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり	2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり	2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり	2 なし	
	退院・退所時連携加算	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 ()	
協力医療機関	1	名称	独立行政法人国立病院機構埼玉病院
		住所	埼玉県和光市諏訪2-1
		診療科目	内科、精神科、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科
		協力内容	往診医の派遣、健康相談、入院及び救急の受入れ

			医療機関の手配
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	新大塚ステーション歯科
		住所	東京都豊島区南大塚 2-15-6 金文字ビル 3 階
		協力内容	入居者に対し、必要、希望に応じて、建物内での歯科診療。

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
留意事項	常時医療的処置を要する方、暴力行為等で他の入居者に危害を及ぼす恐れのある方は、入居をお断りすることがあります。				
契約の解除の内容	<p>(契約の終了 (入居契約書第 26 条))</p> <p>次の各号のいずれかに該当する場合に、本契約は終了するものとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 入居者が死亡したとき 二 事業者が第 27 条に基づき解約を通告し、予告期間が満了したとき 三 入居者が第 28 条に基づき解約を行ったとき 四 天変地異その他事業者の責によらない不可抗力により目的施設の全部又は一部が滅失あるいは毀損して目的施設の使用が不可能になったとき 五 関係諸法令の規定、官公庁による行政上の指導命令等によって目的施設の使用が不可能になったとき 六 やむをえない事情により、事業者が目的施設を閉鎖又は縮小せざるをえないとき <p>(入居者からの解約 (入居契約書第 28 条))</p> <p>入居者は、事業者に対して、少なくとも 60 日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。尚、60 日分の管理費及び家賃相当額を前払いすることにより、解約日前の退去を認めるものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して 60 日目をもって本契約は解約されたものとします。</p> <p>(入居日より 90 日以内の解約申し出 (入居契約書第 41 条))</p> <p>入居日から 90 日以内において、入居者から解約の申し出がなき</p>				

	<p>れた場合は、第 28 条の定めに関わらず、入居者は、契約終了希望日までの、日割り計算に基づく本契約第 24 条に定める費用及び第 29 条に定める原状回復費用を事業者に支払うことで契約を終了できるものとします。</p> <p>2 入居日から 90 日以内において、第 26 条第 1 号に定める事由により、契約が終了した場合には、第 28 条の定めに関わらず、入居者は、入居者死亡の日までの、日割り計算に基づく本契約第 24 条に定める費用及び第 29 条に定める原状回復費用を事業者に支払うことで契約を終了できるものとします。</p>	
<p>事業主体から解約を求める場合</p>	<p>解約条項</p>	<p>(入居契約書第 27 条) (事業者からの契約解約)</p> <p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつそのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合には、本条第 2 項及び第 3 項に規定した条件の下に、本契約を解約することがあります。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月額費用その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞したときなど、事業者とお客様の信頼関係を著しく害するものであると判断したとき</p> <p>三 第 20 条の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、あるいは恒常的な暴言、暴行があり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>五 第 38 条の定めによる事業者から入居者に対する、新たな身元引受人を定める請求について、入居者が、それに応じられないとき</p> <p>六 入居者のかかりつけの医師が一定の観察期間を設けたのち、入居者が伝染性疾患等により、他の入居者等の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ入院加療の必要性があると判断したとき(ただし、完治後も継続入居を希望する場合には、管理費及び家賃相当額を支払うことにより、居室を確保することは可能とする)</p> <p>七 入居者又はその御家族等が、事業者又はその従業員に対して、本契約を継続しがたいほどの行為を行ったとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解約の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p>

		<p>一 契約解約の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解約通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 本条第1項第四号によって契約を解約する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>4 本条第1項一、二、三、四、五、七号により事業者が本契約を解約した場合、入居者は解約日をもって月額費用のうち家賃相当額、管理費の合計金額の60日分相当額を解約違約金として事業者に支払うものとします。</p> <p>5 本条第1項第六号によって契約を解約する場合には、上記第2項及び3項の条件は適用されず、直ちに契約を解約できるものとします。</p>
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間		60日
体験入居の内容	<p>1 あり（内容：空き部屋がある場合に限り、6泊までとする。1泊9720円の実費が必要となる。）</p> <p>2 なし</p>	
入居定員		60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		非常勤	
		常勤		
管理者	1	1		0.5
生活相談員	2	2		1.0

直接処遇職員	31	20	11	25.1
介護職員	27	19	8	22.6
看護職員	4	1	3	2.5
機能訓練指導員	1	1		0.2
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士				業務委託
調理員				業務委託
事務員	1	1		1.0
その他職員	4	0	4	2.4
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
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	9	8	1
介護職員基礎研修修了者	2		2
訪問介護員1級の修了者			
訪問介護員2級の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	5	3	2
実務者研修の修了者	3	3	

(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	1	1	0
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～10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	1人以上	1人以上

(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)	2.75 : 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		正看護師							
		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			3	5	2						
前年度1年間の退職者数			2	3	5						
年数に応じた業務に従事した経歴の職員の	1年未満		2	4							
	1年以上		1	8	3					1	
	3年未満										
	3年以上				2	5					
	5年未満										
	5年以上	1		2	2						

	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"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式		
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	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 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	消費者物価指数や人件費等を勘案し改定。	
	手続き	改定の場合、運営懇談会を開催するなどして説明を行うとともに、事前に書面にて通知します。	

(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	要介護度 1	要介護度 5
	年齢	79 歳	88 歳
居室の状況	床面積	18.00 m ²	18.00 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	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円
	敷金	360,000 円	360,000 円
月額費用の合計		248,129 円	256,943 円
家賃		90,000 円	90,000 円

サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		17,729円	26,543円
	介護保険外 [※]	食費	54,000円	54,000円
		管理費	70,200円	70,200円
		光熱水費	16,200円	16,200円
		その他	0円	0円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	土地建物賃借代、設備費用を基礎とした金額。
敷金	家賃の 4ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	施設維持（居室以外の清掃・各設備点検整備・エレベーター保守点検・消耗品関連・修繕等）、事務管理の人件費等。
食費	1日分 1,800円（税込み）。1日3食で30日の場合で算出しております。5日前までに1日分の欠食の届けをした場合は、1日分 1,800円（税込み）の食費を減額、精算するものとします。（1日のうち1食、または2食の欠食の場合は減額いたしません。）
光熱水費	入居者が居住する居室内及び共用施設で使用する水道・電気等。 ※公共料金の変更に伴い金額を変更させていただく場合があります。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・理美容代… 実費負担 ・アクティビティ参加時の物品代、入場料等…実費負担

(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	<p>※要介護度に応じて介護費用の1割又は2割を徴収する。</p> <p>（介護保険負担割合証により、自己負担額が変わります。）</p>
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。	

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	8人
	女性	44人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	11人
	75歳以上 85歳未満	40人
	85歳以上	1人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	3人
	要支援2	8人
	要介護1	12人
	要介護2	8人
	要介護3	14人
	要介護4	3人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	24人
	1年以上 5年未満	16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	88歳
入居者数の合計	52人
入居率※	86.6%
※ 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	1人
	医療機関	3人
	死亡者	19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	0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) ※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		アミカの郷和光施設長又は「ご意見箱」
電話番号		048-450-1002
対応している時間	平日	24時間 365日受付可能です。
	土曜	24時間 365日受付可能です。
	日曜・祝日	24時間 365日受付可能です。
定休日		—
窓口の名称		株式会社HCM
電話番号		03-5545-7382
対応している時間	平日	午前9時～午後6時
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜日、日曜日、祝日、年末年始は定休日です。
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	9:00-18:00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜日、日曜日、祝日、年末年始等は定休日です。
窓口の名称		埼玉県和光市長寿あんしん課
電話番号		048-424-9125
対応している時間	平日	8:30-17:15
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜日、日曜日、祝日、年末年始等は定休日です。

(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"/> 1 あり	(その内容) 介護賠償責任保険に加入 (損害保険ジャパン日本興亜株式会社)
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 介護賠償責任保険に加入 (損害保険ジャパン日本興亜株式会社)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 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	<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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:)	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<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		

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)

本書は2通を作成し、入居者、事業者が記名捺印の上、1通ずつ保有するものとします。

平成 年 月 日

事業者

入居者に対して本書を交付し、契約書及び本書に基づいて重要な事項を説明し、同意を得ました。

事業者名	株式会社HCM
住所	東京都港区東麻布一丁目28番13号

事業所

事業所名	アミカの郷和光
住所	埼玉県和光市下新倉2-38-15
説明者	Ⓜ

お客様

私は、本書の交付を受け、契約書及び本書により、事業者からサービス等についての重要事項の説明を受け同意しました。

同意日 平成 年 月 日

住所	
氏名	Ⓜ

後见人又は御家族

お客様との関係	
住所	
連絡先	
氏名	Ⓜ

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	アミカ常盤介護センター等	さいたま市浦和区常盤九丁目17番1号
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		
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	アミカの郷川口 アミカの郷北浦和	川口市本蓮1-19-21 さいたま市緑区三室1624-1
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	アミカ常盤介護センター等	さいたま市浦和区常盤九丁目17番1号
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	アミカの郷川口 アミカの郷北浦和	川口市本蓮1-19-21 さいたま市緑区三室1624-1
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	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)		包含**2	都度**2	料金**3	備考
	なし	あり				
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	実費	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	3,240円/1回	週3回以上の場合
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	3,240円/1回	週3回以上の場合
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	1,620円/30分	提携外医療機関の場合
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり	3,240円/1回	週2回以上の場合
リネン交換	なし	あり	なし	あり	1,620円/1回	週2回以上の場合
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	1,620円/1回	週3回以上の場合
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	なし	あり		
おやつ	なし	あり	なし	あり	実費	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	1,620円/30分	週2回以上の場合 物品は実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり	1,620円/30分	和光市内
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	なし	あり		
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり	なし	あり		年2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	1,620円/30分	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	1,620円/30分	提携外医療機関の場合
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	1,620円/30分	
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、月額サービスの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於いて、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。