別紙様式

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 2016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.hc-m.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 吉岡　俊郎 |
| 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）あみかのさとかわぐち  　　　　　　アミカの郷川口 | |
| 所在地 | 〒334-0076  埼玉県川口市本蓮1-19-21 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 日暮里舎人ライナー「見沼代親水公園」駅 |
| 交通手段と所要時間 | 徒歩約１５分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-287-6636 |
| FAX番号 | 048-229-3831 |
| ホームページアドレス | http:// www.amica.jp |
| 管理者 | 氏名 | 増田　治 |
| 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成　25年　9月　27日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成　 25年　10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 | １１７０２０６０２１ |
| 指定した自治体名 | 埼玉県 |
| 事業所の指定日 | 平成　25年　10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 | 2322.13㎡ | | | | | | | | | | |
| 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25年10月1日～平成50年9月30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 | | | | | 2599.72㎡ | | | | | |
| うち、老人ホーム部分 | | | | | 1133.18㎡ | | | | | |
| 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25年10月1日～平成50年9月30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 | | | | 18.00㎡ | 102室 | | 介護居室個室 |
| タイプ２ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ３ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ４ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ５ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ６ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ７ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ８ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ９ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ10 | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| ※「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 | | | 4ヶ所 | | 個室 | | | | | 4ヶ所 | |
| 大浴場 | | | | | 0ヶ所 | |
| 共用浴室における介護浴槽 | | | 4ヶ所 | | チェアー浴 | | | | | 3ヶ所 | |
| リフト浴 | | | | | 0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 | | | １　あり　　　２　なし | | | | | | | | |
| 自動火災報知設備 | | | 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 | 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。事業にあっては、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し、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 | 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（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 協力医療機関 | １ | 名称 | 医療法人社団悠翔会　在宅クリニック川口 |
| 住所 | 埼玉県川口市柳崎4-8-33 |
| 診療科目 | 総合内科等 |
| 協力内容 | ・定期健診、予防注射、生活指導、健康相談等の健康管理サービス。  ・入居者に対する救急医療、入院支援。  ・必要に応じての往診。但し、訪問日時については入居者の必要に応じて、協議の上決定する。  ・入居判定、利用判定に関わる協力  ・入居者の健康管理に関する定期的な情報共有 |
| ２ | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 診療科目 |  |
| 協力内容 |  |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 医療法人社団悠翔会　在宅クリニック早稲田 |
| 住所 | 東京都新宿区戸塚町1-102-14 |
| 協力内容 | 入居者に対し、必要・希望に応じて、建物内（居室、健康管理室等）での歯科診療。  （医療費その他の費用は入居者の自己負担） |

**（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 | 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 | 下記入居契約書の各条文に基づきます。  （契約の終了（入居契約書第26条）)  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。  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  （入居者からの解約（入居契約書第28条）)  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。  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。  （入居日より90日以内の解約申し出（入居契約書第41条））  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された場合は、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。  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。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | （入居契約書第27条）  （事業者からの契約解約）  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。  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  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  三　第20条の規定に違反したとき  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、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  　　　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  　　　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）  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。  一　契約解約の通告について90日の予告期間をおく  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  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  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。  一　医師の意見を聴く  二　一定の観察期間をおく  4　本条第1項一、二、三、四、五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及び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。  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。 |
| 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 | 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。）  ２　なし | |
| 入居定員 | 102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 |  | 0.5 |
| 生活相談員 | | ２ | ２ |  | 1.0 |
| 直接処遇職員 | | ４６ | ２９ | １７ | 38.4 |
|  | 介護職員 | ４０ | ２７ | １３ | 34.1 |
|  | 看護職員 | ６ | ２ | ４ | 4.3 |
| 機能訓練指導員 | | １ |  | １ | 0.2 |
| 計画作成担当者 | | ２ | ２ |  | 1.0 |
| 栄養士 | |  |  |  | 業務委託 |
| 調理員 | |  |  |  | 業務委託 |
| 事務員 | | ２ | ２ |  | 1.9 |
| その他職員 | | ６ | ３ | ３ | 3.9 |
| 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 | ８ | ７ | １ |
| 介護職員基礎研修修了者 | ２ | １ | １ |
| 実務者研修の修了者 | ２ | ２ |  |
| 初任者研修の修了者 | ２０ | １２ | ８ |
| 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 | １ |  | １ |
| 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 | 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） | | | 2.6：１ |
| ※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 | | | | 介護福祉士、社会福祉士  介護支援専門員 | | | | |
| 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 | 3 | 9 | | 5 | |  |  | | |  |  | 1 |  |
| 前年度１年間の退職者数 | | 3 |  | 10 | | 0 | |  |  | | |  |  |  |  |
| 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 |  | 12 | | 5 | |  |  | | |  |  |  |  |
| １年以上３年未満 |  |  | 4 | | 4 | |  |  | | |  |  |  |  |
| ３年以上５年未満 |  |  | 4 | | 1 | |  |  | | |  |  |  |  |
| ５年以上10年未満 | 1 | 3 | 5 | | 1 | |  |  | | |  | 1 |  |  |
| 10年以上 |  | 1 | 3 | | 1 | | 2 |  | | |  |  | 2 |  |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | １　あり　　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】 | | １　利用権方式  ２　建物賃貸借方式  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 | |
| 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　　２　なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | １　あり　　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 | | １　減額なし  ２　日割り計算で減額  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 | | 83歳 | 94歳 |
| 居室の状況 | | | 床面積 | | 18.00㎡ | 18.00㎡ |
| 便所 | | １　有　　２　無 | １　有　　２　無 |
| 浴室 | | １　有　　２　無 | １　有　　２　無 |
| 台所 | | １　有　　２　無 | １　有　　２　無 |
| 入居時点で必要な費用 | | | 前払金 | | 円 | 円 |
| 敷金 | | 410,000円 | 410,000円 |
| 月額費用の合計 | | | | | 233,485円 | 242,148円 |
|  | 家賃 | | | | 102,500円 | 102,500円 |
|  | サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※１の費用 | | | 17,423円 | 26,086円 |
|  | 介護保険外※２ | | 食費 | 49,680円 | 49,680円 |
|  | 管理費 | 47,682円 | 47,682円 |
|  | 介護費用 | 0円 | 0円 |
|  | 光熱水費 | 16,200円 | 16,200円 |
|  | その他 | 0円 | 0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）**

|  |  |
| --- | --- |
| 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1,656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1,656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 | ・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 | ※要介護度に応じて介護費用の１割又は２割を徴収する。  （介護保険負担割合証により、自己負担額が変わります。） |
| 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（上乗せサービス） |  |
| ※　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 | 27人 |
| 女性 | 75人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 2人 |
| 65歳以上75歳未満 | 4人 |
| 75歳以上85歳未満 | 40人 |
| 85歳以上 | 56人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| 要支援１ | 8人 |
| 要支援２ | 5人 |
| 要介護１ | 25人 |
| 要介護２ | 23人 |
| 要介護３ | 15人 |
| 要介護４ | 15人 |
| 要介護５ | 11人 |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | 11人 |
| ６ヶ月以上１年未満 | 8人 |
| １年以上５年未満 | 83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 | 85歳 |
| 入居者数の合計 | 102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 | 1人 |
| 医療機関 | 1人 |
| 死亡者 | 13人 |
| その他 | 1人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 1人 |
| （解約事由の例）  医療行為が必要な為 |
| 入居者側の申し出 | 3人 |
| （解約事由の例）  他施設へ移動 |

**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 | | アミカの郷川口施設長又は「ご意見箱」 |
| 電話番号 | | 048-287-6636 |
| 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 | | 川口市介護保険課 |
| 電話番号 | | 048-259-7295 |
| 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 | | 埼玉県福祉部高齢介護課 |
| 電話番号 | | 048-830-3254 |
| 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 | １　あり | （その内容）施設賠償責任保険に加入（東京海上日動火災保険株式会社） |
| 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 | １　あり | （その内容）超ビジネス保険に加入（東京海上日動火災保険株式会社） |
| 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 | 平成27年11月21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　1　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 |  | | | |

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 | アミカの郷川口 | |
| 住所 | 埼玉県川口市本蓮１－１９－２１ | |
| 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 |  | ㊞ |

後見人又は御家族

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | アミカ宮原介護センター | さいたま市北区宮原町3-174-1 |
| 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 | アミカの郷和光  アミカの郷北浦和 | 和光市下新倉2-38-15  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 | アミカ宮原介護センター | さいたま市北区宮原町3-174-1 |
| 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 | アミカの郷和光  アミカの郷北浦和 | 和光市下新倉2-38-15  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** | | | | | | | | | **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 |  | ○ | 実費 |  | |
|  | 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 3065円/60分 | 週3回以上の場合 | |
|  | 特浴介助 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 3065円/60分 | 週3回以上の場合 | |
|  | 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 |  |  | 3065円/60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 |  | ○ | 3065円/60分 | 週2回以上の場合 | |
|  | リネン交換 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 3065円/60分 | 週2回以上の場合 | |
|  | 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 3065円/60分 | 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 |  |  |  |  | |
|  | 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 |  | ○ | 実費 |  | |
|  | 買い物代行 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 3065円/60分 | 週2回以上の場合　物品は実費 | |
|  | 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 3065円/60分 | 川口市内 | |
|  | 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 |  | ○ | 3065円/60分 |  | |
|  | 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 3065円/60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 |  | ○ | 3065円/60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。