

サービス付き高齢者向け住宅華心
生活支援サービス重要事項説明書

作成日 令和 4 年 7 月 1 日

| | |
|-------|---------------|
| 記入年月日 | R 4 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 小野千紘 |
| 所属・職名 | |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合, その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ めいびかい 株式会社 明美会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒986-0822 宮城県石巻市中央三丁目1-29 華心1階 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0225-98-3611 携帯:080-2826-3305 |
| | FAX番号 | 0225-98-3612 |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 代表者 | 氏名 | 安部美加 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 22年 5月 10日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1(別を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 ※賃貸借重要事項説明書参照

3 建物概要 ※賃貸借重要事項説明書参照

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| 運営に関する方針 | <ul style="list-style-type: none"> ・入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 ・その人らしく生き生きとした生活が送れるよう支援します。 | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ul style="list-style-type: none"> ・日々のあらゆる場面でのサポートを通じてそれぞれの生活にご満足とご安心を提供する。 | | |
| 入浴, 排せつ又は食事の介護 | 1 | 2 | 3 |
| 食事の提供 | 1 | 2 | 3 |
| 洗濯, 掃除等の家事の供与 | 1 | 2 | 3 |
| 健康管理の供与 | 1 | 2 | 3 |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 | 2 | 3 |
| 生活相談サービス | 1 | 2 | 3 |

(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 | 2 | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 | 2 | |
| | 医療機関連携加算 | 1 | 2 | |
| | 看取り介護加算 | 1 | 2 | |
| | 認知症専門ケア加算 | (I) | 1 | 2 |
| | | (II) | 1 | 2 |
| | サービス提供体制強化加算 | (I)イ | 1 | 2 |
| | | (I)ロ | 1 | 2 |
| | | (II) | 1 | 2 |
| | | (III) | 1 | 2 |

| | | |
|----------------------|------|---------------|
| 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) |
| | 2 なし | : 1 |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|--|------|----------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他() | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 二宮外科 |
| | | 住所 | 石巻市不動町1丁目 7-3 |
| | | 診療科目 | 外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、肛門科 |
| | | 協力内容 | 緊急時の医療行為、診察治療の協力 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | なし |
| | | 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

| | | | |
|--------------------------|--------|------|--------|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | | | |
| 判断基準の内容 | | | |
| 手続きの内容 | | | |
| 追加的費用の有無 | | | |
| 居室利用権の取扱い | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | | |
| 従来の居室との 使用の変更 | 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】 | 自立している者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| 留意事項 | 月収 48 万 7 千円以下の 60 歳以上であること | | |
| 契約の解除の内容 | 入居者又は事業者から契約解除が行われた場合 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 賃貸借契約書 第10条 (契約の解除)参照 | |
| | 解約予告期間 | ヶ月 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり(内容:) <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 入居定員 | 34 世帯 | | |
| 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 | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--|-----|-----|----------------|
| | 合計 | 非常勤 | |
| 管理者 | | | |
| 生活相談員 | 4 | | 1.25 |
| 直接処遇職員 | | | |
| 介護職員 | | | |
| 看護職員 | | | |
| 機能訓練指導員 | | | |
| 計画作成担当者 | | | |
| 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 | 4 | 4 |
| 実務者研修の修了者 | | |
| 初任者研修の修了者 | | |
| 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 | | |
| 柔道整復師 | | |
| 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)

| 夜勤帯の時間設定(時～ 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 | 人 | 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 | 他の業務との兼務 | | 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 | | | | | | 4 | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| じた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年以上 3年未満 | | | | | 2 | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | 1 | | | | |
| | 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 ※賃貸借重要事項説明書参照

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 | 24人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 3人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 5人 |
| | 85歳以上 | 24人 |
| 要介護度別 | 自立 | 19人 |
| | 要支援1 | 6人 |
| | 要支援2 | 4人 |

| | | |
|-------|------------|-----|
| | 要介護1 | 1人 |
| | 要介護2 | 2人 |
| | 要介護3 | 1人 |
| | 要介護4 | 0人 |
| | 要介護5 | 0人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 5人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 4人 |
| | 1年以上5年未満 | 5人 |
| | 5年以上10年未満 | 7人 |
| | 10年以上15年未満 | 12人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|-------|
| 平均年齢 | 85.6歳 |
| 入居者数の合計 | 33人 |
| 入居率※ | % |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られ他割合。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 | 5人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 2人 |
| | その他 | 0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 | 7人 |
| | | (解約事由の例)復興により、復興住宅への転居等 |

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 | 株式会社明美会 | |
| 電話番号 | 080-2826-3305 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | 土曜 | 9:00~17:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~17:00 |
| 定休日 | なし | |
| 1 | | |

(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)東京海上日動火災保険(株) サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。 |
| | <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | <input type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input checked="" 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 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 |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 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:) | |
| | <input checked="" 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 | 1 あり 2 なし | |
| | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「第6章規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | |
| 「第7章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(別の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 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。