

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成30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) あみかのさとしき アミカの郷志木 | |
| 所在地 | 〒353-0002 埼玉県志木市中宗岡 1-19-51 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 東武東上線「志木」駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 志木駅東口3番のりばより、(志01、志01-2、志05、志80)系統に乗車 「宗岡小学校」下車徒歩8分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-485-2101 |
| | FAX番号 | 048-485-2102 |
| | ホームページアドレス | http:// www. amica. jp |

| | | |
|---------------|----|------------------|
| 管理者 | 氏名 | 松沢 恵美 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 25年 3月 1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 28年 12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） | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 県(市) |
| | 事業所の指定日 | 平成 年 月 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 | 970.75 m ² | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成28年12月1日～平成50年2月28日) 2 なし |
| 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1816.95 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1653.90 m ² |
| | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 | |
| | | 2 準耐火建築物 | |
| | | 3 その他 () | |
| 4 その他 () | | | |
| 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 | | |
| | 抵当権の設定 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |

| | | | | | | |
|--|------------------|---|---|----------------------|------|--------|
| | | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (平成 28 年 12 月 1 日～平成 50 年 2 月 28 日) | | | |
| | | | 2 なし | | | |
| | | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| タイプ 1 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 20.79 m ² | 30 室 | 一般居室個室 |
| ※「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 | 11ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 11ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 11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 | 2ヶ所 | チェアー浴 | | 0ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | 0ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | 1ヶ所 | |
| その他（ミストサウナ） | | | 1ヶ所 | | | |
| 食堂 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | |
| 入居者や家族が利用 できる調理設備 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | |
| エレベーター | | 1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | |
| | 自動火災報知設備 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | |
| | 火災通報設備 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | |
| | スプリンクラー | | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | |
| | 防火管理者 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | |
| | 防災計画 | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <p>ご入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下の基本サービスを提供いたします。</p> <p>ご入居者が介護や医療を必要とする場合は、円滑に介護サービスや医療サービスを受けられるよう、介護事業所や医療機関と連携を図ります。</p> <p>なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外のサービス事業者のサービス（介護保険サービス、医療サービス等）を自由に選択することができます。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>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。</p> |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

(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 checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他（ ） | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団 白報会 わこう在宅診療所 |
| | | 住所 | 和光市丸山台1-4-3 ヴェルデ和光602 |
| | | 診療科目 | 内科・皮膚科・精神科・眼科・耳鼻咽喉科 |
| | | 協力内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスを利用する上でのアドバイスやケアマネージャーとの連絡・相談を行います。 ・ご入院等の緊急時は、近隣の病院と連携し速やかに対応できるようにサポートいたします。 |
| | 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 彩明会 大宮デンタルクリニック |
| | 住所 | さいたま市北区植竹町1-755-2 TKビル 1階 |
| | 協力内容 | 虫歯や歯周病の予防だけでなく誤嚥性肺炎の予防として重要視されている「口腔ケア」はもちろん、「むし歯治療」「入れ歯(義歯)の調整・作製」を含む院内と同じ治療が基本的にはすべて可能です。 |

(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>下記入居契約書の各条文に基づきます。</p> <p>(契約の終了(入居契約書第24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> <p>一 入居者が死亡したとき</p> <p>二 事業者が第25条に基づき解約を通告し、予告期間が満了したとき</p> <p>三 入居者が第26条に基づき解約を行ったとき</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>六 やむを得ない事情により、事業者が目的施設を閉鎖又は縮小せざるを得ないとき</p> <p>(入居者からの解約(入居契約書第26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日分の居室等利用料、管理費及び基本サービス費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推定します。</p> <p>(入居日より90日以内の解約申し出(入居契約書第39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された場合は、第26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22条に定める費用及</p> | | | | |

| | |
|-----------------------|---|
| | <p>び第 27 条に定める原状回復費用を事業者を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 24 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 26 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 22 条に定める費用及び第 27 条に定める原状回復費用を事業者を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 25 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、しばしば遅滞するときなど、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 18 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 35 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、居室等利用料、管理費及び基本サービス費を支払うことにより、居室を確保することは可能とします)</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 日の予告期間をおきます</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ます</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します</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 医師の意見を聴きます</p> <p>二 一定の観察期間をおきます</p> <p>三 入居者の同意を得ます</p> <p>4 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（税込）の実費が必要となる。）</p> <p>2 なし</p> | |
| 入居定員 | | 30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 | | | | |
| 直接処遇職員 | 11 | 4 | 7 | 4.1 |
| 介護職員 | 9 | 4 | 5 | 3.8 |
| 看護職員 | 2 | | 2 | 0.3 |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | 業務委託 | | | 業務委託 |
| 調理員 | 業務委託 | | | 業務委託 |
| 事務員 | | | | |

| | | | |
|---|---|---|------|
| その他職員 | 3 | 3 | 2.5 |
| 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 | 2 | 1 |
| 介護職員基礎研修修了者 | 2 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | | |
| 初任者研修の修了者 | 3 | 1 |
| ヘルパー1級修了者 | 1 | 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～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 | 2人 | 1人 |

(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 | | | | | |
| | | | | 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 | | | | 8 | 6 | | | | | 1 | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | 8 | 9 | | | | | | |
| 応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に | 1年未満 | | | | 1 | | | | | | |
| | 1年以上 | | | | 3 | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | 1 | 2 | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | 1 | | 1 | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | 1 | 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 | 条件 | 消費者物価指数や人件費等を勘案し改定。 | |

| | | |
|-----|-----|---|
| の改定 | 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 |
|--|---------|----------------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 自立～要介護5 |
| | 年齢 | 65歳以上 |
| 居室の状況 | 床面積 | 20.79 m ² |
| | 便所 | 1 有 2 無 |
| | 浴室 | 1 有 2 無 |
| | 台所 | 1 有 2 無 |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 円 |
| | 敷金 | 372,000 円 |
| 月額費用の合計 | | 226,020 円 |
| 居室等利用料 | | 93,000 円 |
| 管理費 | | 50,400 円 |
| 光熱水費 | | 16,200 円 |
| サービス費用* | 食費 | 58,320 円 |
| | 基本サービス費 | 8,100 円 |
| | その他 | 都度払いサービスあり |
| ※ サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険事業所による介護保険サービスは、本欄に記入していない)。 | | |
| ※ 消費税について、表示金額は総額表示。 | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|---------|---|
| 敷金 | 家賃の4ヶ月分 |
| 居室等利用料 | 土地建物賃借代、設備費用を基礎とした金額。 |
| 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。 |
| 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・電気等の使用見込量を基礎とした金額。 |
| 食費 | 業務委託料により算定。 |
| 基本サービス費 | 人件費、消耗品費等。 |
| その他 | 人件費、消耗品費等。 |

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 | 10人 |
| | 女性 | 12人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 8人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 7人 |
| | 85歳以上 | 7人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援1 | 2人 |
| | 要支援2 | 1人 |
| | 要介護1 | 4人 |
| | 要介護2 | 4人 |
| | 要介護3 | 3人 |
| | 要介護4 | 6人 |
| | 要介護5 | 2人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 13人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 8人 |
| | 1年以上5年未満 | 1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 | 83.4歳 |
| 入居者数の合計 | 22人 |
| 入居率※ | 73.3% |
| ※ 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 | 1人 |
| | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 人 |
| | 死亡者 | 3人 |
| | その他 | 3人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 |

| | | |
|---|----------|----------|
| 況 | | (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) ※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 | | アミカの郷志木施設長又は「ご意見箱」 |
| 電話番号 | | 048-485-2101 |
| 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 | 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 | | 埼玉県都市整備部住宅課 |
| 電話番号 | | 048-830-5562 |
| 対応している時間 | 平日 | 対応している時間 |
| | 土曜 | 定休日 |
| | 日曜・祝日 | 定休日 |
| 定休日 | | 土曜、日曜、祝日、12/29～1/3 |
| 窓口の名称 | | 志木市消費生活センター |
| 電話番号 | | 048-473-1111 (内線 3200) |
| 対応している時間 | 平日 | 対応している時間 |
| | 土曜 | 定休日 |
| | 日曜・祝日 | 定休日 |

| | | |
|----------|--------------------|----------|
| 定休日 | 土曜、日曜、祝日、12/29～1/3 | |
| 窓口の名称 | 埼玉県消費生活支援センター川越 | |
| 電話番号 | 048-247-0888 | |
| 対応している時間 | 平日 | 対応している時間 |
| | 土曜 | 定休日 |
| | 日曜・祝日 | 定休日 |
| 定休日 | 日曜、祝日、12/29～1/3 | |

(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 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) |
| | <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 | 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また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、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | <input 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 type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | 平成 年 月 日 |
| | | 結果の開示 | <input 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 type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> 1 あり <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 checked="" 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 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <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」 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

| | |
|------------------------------------|--|
| に合致しない事項 | |
| 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 | なし |
| 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）

別紙（有料サービス一覧表）

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 | アミカの郷志木 |
| 住所 | 埼玉県志木市中宗岡1-19-51 |
| 説明者 | ⑩ |

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 | ⑩ |

後见人又は御家族

| | |
|---------|---|
| お客様との関係 | |
| 住所 | |
| 連絡先 | |
| 氏名 | ⑩ |

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 | アミカの郷和光等 | 和光市下新倉2-38-15等 |
| 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 | アミカの郷和光等 | 和光市下新倉2-38-15等 |
| 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 | | |

アミカの郷志木 有料サービス一覧表

2017/12/20現在

皆様に快適な暮らしをご提案する、アミカの郷志木の有料サービスです。

管理費・基本サービス費に含まれるもの、別途費用(税抜)が発生するもの、予約が必要なものがございます。

■健康管理

| 項目 | 頻度(目安) | 費用(税抜) | 備考 |
|----------------|----------|------------|------------------------------------|
| 健康相談 | 必要時 | 基本サービス費に含む | ご相談承ります。 |
| 往診・訪問診療の手配 | 2回/月・必要時 | 基本サービス費に含む | 入居時に診断書、保険者証写しを提出頂きます。 |
| 入居時の薬の受け取り及び確認 | 入居時 | 基本サービス費に含む | |
| 往診・訪問診療後、薬の手配 | 必要時 | 基本サービス費に含む | 必要な方のみ |
| 薬の受け取り(提携薬局以外) | 必要時 | 30分 1,500円 | 必要な方のみ |
| 薬のお預かり | 随時 | 基本サービス費に含む | 自己管理が困難な方が対象です。 |
| 服薬介助・服薬チェック | 必要時 | 基本サービス費に含む | |
| 主治医への情報提供 | 必要時 | 基本サービス費に含む | 日常生活や介護状況の情報を提供し連携を図ります。 |
| 手洗い、うがいの声かけ | 随時 | 基本サービス費に含む | 食事前その他必要時に行います。 |
| 緊急時対応 | 必要時 | 基本サービス費に含む | 応急措置、医師への連絡を行います。 |
| 経管栄養 | 必要時 | 900円/回 | 上限金額は、54,000円までとなります。 |
| 通院介助 | 必要時 | 30分 1,500円 | 介護保険適用外サービス 病院の付き添いに職員1名が同行します。 |

■緊急対応・入院時対応

| 項目 | 頻度(目安) | 費用(税抜) | 備考 |
|--------------|--------|------------|--|
| 緊急時、現場での対応 | 必要時 | 基本サービス費に含む | 安全確認、消防車、救急車対応 |
| 救急搬送時の同乗対応 | 必要時 | 30分 1,500円 | 救急車同乗、検査等の付添い。 ※スタッフの帰社時の交通費は別途費用負担があります。 |
| 避難誘導(火災など) | 必要時 | 基本サービス費に含む | 消防訓練も行います。 |
| ご家族への連絡 | 必要時 | 基本サービス費に含む | 連絡がすぐにつかない場合は、マニュアルに従い手配を進めます。 |
| 病院へ持参する荷物の用意 | 必要時 | 基本サービス費に含む | 通院、入院などの準備を致します。 |
| 入院中の依頼事項代行 | 必要時 | 30分 1,500円 | 原則3日前までにご予約願います。 交通費要別途実費 |

■安全

| 項目 | 頻度(目安) | 費用(税抜) | 備考 |
|---------------|--------|------------|-------------------------|
| コール対応 | 随時 | 基本サービス費に含む | 居室等の呼び出しコールへの対応 |
| 事故・転倒予防の声かけ | 随時 | 基本サービス費に含む | |
| 夜間の安否確認 | 2時間おき | 基本サービス費に含む | 夜間の巡回も致します。 |
| 事故対応 | 必要時 | 基本サービス費に含む | |
| 災害発生時対応 | 発生時 | 基本サービス費に含む | ALSOKの緊急通報システムに加入しています。 |
| 環境整備(室温調整、換気) | 随時 | 管理費に含む | 快適にお過ごし頂くために行います。 |

■娯楽

| 項目 | 頻度(目安) | 費用(税抜) | 備考 |
|-----------------|--------|------------|---------------------------------|
| アクティビティ・行事の企画運営 | 随時 | 基本サービス費に含む | 体操、趣味の企画など。 別途費用発生の場合もございます。 |
| タバコの管理 | 常時 | 基本サービス費に含む | 喫煙される方が対象です。 |

■食事

| 項目 | 頻度(目安) | 費用(税抜) | 備考 |
|------------------------|--------|--------|---|
| ルームサービス (居室への配膳、下膳) | 必要時 | 500円/食 | 居室への配膳、下膳をいたします。 上限金額は、31,000円までとなります。 |
| 治療食 | 必要時 | 実費 | |
| 特別食(刻み・ミキサー・トロミ) | 必要時 | 一部実費 | トロミ剤は実費となります。 |
| 来訪者のお食事 | 必要時 | 700円/食 | 5日前までにご予約ください。 |

■掃除・洗濯

| 項目 | 頻度(目安) | 費用(税抜) | 備考 |
|-----------|--------|----------|----------------------------|
| 居室清掃 | 必要時 | 3,000円/回 | 介護保険適用外サービス |
| 居室清掃(大掃除) | 1回/年 | 管理費に含む | エアコンフィルターや薬品を使用しての清掃は除きます。 |
| 洗濯 | 必要時 | 1,500円/回 | 介護保険適用外サービス |
| 共有部清掃 | 必要時 | 管理費に含む | 廊下、リビング、浴室等の清掃を致します。 |

■建物管理

| 項目 | 頻度(目安) | 費用(税抜) | 備考 |
|----------|--------|--------|----|
| 建物鍵管理 | 随時 | 管理費に含む | |
| 共用部の電球交換 | 必要時 | 管理費に含む | |
| 共用部清掃 | 必要時 | 管理費に含む | |

■コンシェルジュ・サービス

| 項目 | 頻度(目安) | 費用(税抜) | 備考 |
|---------------|--------|------------|------------------------------|
| 電話の取次ぎ | 随時 | 基本サービス費に含む | |
| 郵便物の受け取り、管理 | 随時 | 基本サービス費に含む | |
| 新聞販売店への取次ぎ | 随時 | 基本サービス費に含む | 居室への配達をいたします。 |
| 宅配クリーニングへの取次ぎ | 随時 | 基本サービス費に含む | おしゃれ着はクリーニングをご利用ください。 |
| ご家族、ご友人のご来訪対応 | 随時 | 基本サービス費に含む | |
| 理容美容師の手配 | 必要時 | 基本サービス費に含む | |
| タクシーの手配 | 必要時 | 基本サービス費に含む | タクシー、福祉タクシー、移送サービスの手配を致します。 |
| 諸手続きの代行 | 必要時 | 30分 1,500円 | 原則3日前までにご予約願います。 交通費用別途実費 |

*コンシェルジュサービスを承る時間は、9:00～17:00です。

■レンタル

| 項目 | 頻度(目安) | 費用(税抜) | 備考 |
|----------------------------|--------|----------|---|
| ベッドレンタル | 必要時 | 月 1,500円 | 介護保険適用外サービス |
| 車椅子レンタル | 必要時 | 月 1,000円 | 介護保険適用外サービス |
| 寝具レンタル (入浴タオル+寝具+リネン一式) | 必要時 | 月 2,000円 | 年1回の寝具洗濯を含みます。入浴タオルは都度、寝具リネンは週1回の洗濯を含みます。(リネン交換は含みません。) |
| 寝具レンタル(来訪者用) | 必要時 | 3,000円/日 | 寝具レンタル代 |

■その他

| 項目 | 頻度(目安) | 費用(税抜) | 備考 |
|--------------|--------|------------|---------------------|
| 入浴(介助が必要な方) | 必要時 | 3,000円/回 | 介護保険適用外サービス |
| 入浴(介助必要なし) | 必要時 | 500円/回 | 介護保険適用外サービス |
| 清拭 | 必要時 | 500円/回 | 介護保険適用外サービス |
| 排泄介助 | 必要時 | 1,000円/回 | 介護保険適用外サービス |
| 食事介助 | 必要時 | 1,000円/回 | 介護保険適用外サービス |
| 起床介助 | 必要時 | 1,000円/日 | 介護保険適用外サービス |
| 就寝介助 | 必要時 | 1,000円/日 | 介護保険適用外サービス |
| 看護師が提供するサービス | 必要時 | 20分 2,000円 | 介護保険・医療保険適用外サービス |
| その他サービス | 必要時 | 30分 1,500円 | 介護保険適用外サービス(買い物代行等) |

■月額パック料金

| 項目 | 頻度(目安) | 費用(税抜) | 備考 |
|------------------|--------|-----------|-----------------------------------|
| 排泄介助 | 制限なし | 月 10,000円 | ケアプランの限度額を超えた方又は介護保険での対応が難しい方に適用 |
| 食事介助 | 制限なし | 月 10,000円 | ケアプランの限度額を超えた方又は介護保険での対応が難しい方に適用 |
| 居室清掃・リネン交換 | 1回/週 | 月 10,000円 | ケアプランの限度額を超えた方又は介護保険での対応が難しい方に適用 |
| 起床介助 | 制限なし | 月 10,000円 | ケアプランの限度額を超えた方又は介護保険での対応が難しい方に適用 |
| 就寝介助 | 制限なし | 月 10,000円 | ケアプランの限度額を超えた方又は介護保険での対応が難しい方に適用 |
| 洗濯 | 制限なし | 月 10,000円 | ケアプランの限度額を超えた方又は介護保険での対応が難しい方に適用 |
| 生活支援サービス(自立の方向け) | | 月 60,000円 | 居室掃除(週1回)、入浴(週2回)、洗濯(週2回)のサービスです。 |