

重要事項説明書

記入年月日	2020年7月1日
記入者名	大久保美千代
所属・職名	管理者

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) みもざかぶしきがいしゃ ミモザ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒140-0004 東京都品川区南品川二丁目2番5号	
連絡先	電話番号	03-5796-0630
	FAX番号	03-5796-0631
	ホームページアドレス	https://www.mimoza-care.jp/
代表者	氏名	高橋 昌之
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成11年8月27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) みもざあげおあおきえん ミモザ上尾あおき苑	
所在地	〒362-0063 埼玉県上尾市小泉五丁目29番6	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 高崎線 北上尾駅

	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・最寄駅から乗車 7 分、大石中学西停留所 下車、徒歩 4 分 (150m) ②自動車利用の場合 ・最寄駅から 5 分 (1.6km)
連絡先	電話番号	048-770-6550
	FAX番号	048-770-6551
	ホームページアドレス	https://www.mimoza-care.jp/
管理者	氏名	大久保美千代
	職名	管理者
建物の竣工日		2019年9月30日
有料老人ホーム事業の開始日		2019年11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	1171602756
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	2019年11月1日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,408.86 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 (年 月 日～ 年 月 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	2,127.23 m ²			
		うち、老人ホーム部分	2,127.23 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 (2019年10月1日~2049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	18.0 m ²	58	介護居室個室
タイプ2	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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	3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			1ヶ所			
その他 ()			ヶ所			

	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)
		<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	<input type="checkbox"/> 4	なし
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
その他	洗濯室、応接室、リフレッシュルーム、ラウンジ				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> 今日の平和繁栄の基礎を築いて下さった高齢者の皆様を、私たちは尊敬と感謝の念をもってお迎え致します。 いま介護を必要とされている高齢者や、日常生活に不安のある高齢者のために、施設と介護サービスを提供し、人生の一番大事な晩年の時間を、豊かで安らかに過ごしていただける環境を提供致します。 加齢に伴い生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護等の認定を受けた利用者に対して、食事、入浴、排泄等の介護、その他日常生活上の世話等について、ご本人の尊厳とご家族の意思を尊重した丁寧で温かい介護、世話等を提供する。その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができる様、「介護サービス」の提供を通じ支援致します。
サービスの提供内容に関する特色	<ol style="list-style-type: none"> あたたかい家庭的な介護のご提供を第一に考えています。 安心と、自由にのびのびと過ごせる暮らしを提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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			
	1	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(協力医療機関、協力医療機関以外は有料)
	3	通院介助(協力医療機関、協力医療機関以外は有料)
	4	その他(訪問診療医の確保)
協力医療機関	名称	医療法人社団愛友会上尾中央総合病院
	住所	埼玉県上尾市柏座 1-10-10
	診療科目	総合診療科、外科、専門内科、脳神経外科、脳神経内科、循環器内科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、 形成外科、整形外科、健康診断他
	協力内容	受診・治療・緊急時の対応・入院・定期健康診断実施 (2.9km 車で10分)
協力医療機関	名称	独立行政法人 地域医療機能推進機構 さいたま北部医療センター
	住所	埼玉県さいたま市北区宮原町 1-851
	診療科目	内科・循環器科・消化器内科・腎臓内科・小児科・ 外科・整形外科・リハビリテーション科・皮膚科・ 泌尿器科・婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・放射線科・ 歯科口腔外科・麻酔科
	協力内容	受診・治療・緊急時の対応・入院・定期健康診断実施 (10.2km 車で20分)
協力医療機関	名称	医療法人社団泰仁会さいたまファミリークリニック
	住所	埼玉県さいたま市西区西遊馬 1267-6 ウィズ・カーサ 1
	診療科目	内科
	協力内容	訪問診療・緊急時の対応 (8.5km 車で19分)
協力医療機関	名称	医療法人社団昌美会西村ハートクリニック
	住所	埼玉県上尾市宮本町 3-2 シティタワー上尾駅前 202
	診療科目	内科・循環器内科・呼吸器内科・神経内科・腎臓内科
	協力内容	訪問診療・緊急時の対応 (3.7km 車で10分)
協力医療機関	名称	医療法人誠光会 ひかりクリニック

	住所	埼玉県さいたま市大宮区大成町 3-339-2 光ビル
	診療科目	内科・皮膚科・外科・消化器内科・肛門外科・
	協力内容	訪問診療・緊急時の対応 (11.3km 車で 21分)
協力歯科医療機関	名称	医療法人あかぎ デンタルあげお
	住所	埼玉県上尾市小敷谷 880-62
	診療科目	歯科
	協力内容	訪問歯科診療・往診 (4.1km 車で 9分)
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 1-755-2TKビル 1階
	診療科目	歯科
	協力内容	訪問歯科診療・往診 (10.1km 車で 19分)

(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 (介護居室から介護居室へ移る場合)	
判断基準の内容	常時見守りが必要な場合、施設が指定する介護居室へ住み替えとなる場合があります。	
手続きの内容	①事業者の指定する医師の意見を聴く ②緊急やむをえない場合を除いて一定の観察期間を設ける ③変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人等に説明を行う ④入居者の身元引受人等の意見を聴く ⑤入居者の意思を確認、同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
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	概ね 65 歳以上または要支援・要介護の者	
契約の解除の内容	施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等については、入居契約書の第 29 条及び第 30 条に示されております。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>第 29 条 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより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、本条第 2 項及び第 3 項に規定した条件の下に、本契約を解除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手段により入居したとき</p> <p>二 月払いの利用料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</p> <p>三 本契約第 3 条(目的施設の終身利用契約)第 3 項の規定に違反したとき</p> <p>四 本契約第 20 条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき</p> <p>五 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</p> <p>六 常時、高度な医療行為が必要となり、当施設で対応することができなくなった場合</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続を行います。</p> <p>一 契約解除の通告について 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 解除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 項第五号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続を行います。</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 事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関</p>

		<p>ならず、催告することなく本契約を解除することができます。</p> <p>一 本契約第46条(反社会的勢力の排除の確認)の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> <p>三 本契約第20条(禁止又は制限される行為)第1項第六号から第八号までの各号に掲げる行為を行ったとき</p> <p>5 入居日の翌日から3月以内において、前項の契約解除を行う場合は、本契約第44条(短期解約特例)の短期解約特例を適用するものとします。</p>
	解約予告期間	90日間
入居者からの解約予告期間		30日間
体験入居の内容	<p>1 あり (内容: 1泊2日3食付 11,000円、期間は原則として14日間を限度とします。)</p> <p>2 なし</p>	
入居定員		58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)

(2020年7月1日現在)

	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		1.0
生活相談員	※2(1名兼務有)	2		1.2
直接処遇職員	※24	9	15	17.8
介護職員	※21(1名兼務有)	8	13	15.4
看護職員	※3(1名兼務有)	1	2	2.4
機能訓練指導員	※3(兼務有)	1	2	0.2
計画作成担当者	1	1		1.00
栄養士	(1)			外部委託
調理員	(5)			外部委託
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			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	7	5	2
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	14	6	8
介護支援専門員	2	1	1

(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	3	1	2
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 (17時～翌9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	2人	1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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.4 : 1

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし								
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり								
	資格等の名称		介護支援専門員、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	1	2	8	13	2		1	2	1	1	
前年度1年間の退職者数	1	1	2	3							
業務に従事した経験年数	1年未満	1	2	8	13	2		1	2	1	1
	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			<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 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 管理費は不在期間が 30 日以上の場合に限り、50%の金額を減額 いたします。
利用料金 の改定	条件	地方自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し検討する。
	手続き	運営懇談会を開き、入居者及び身元引受人の同意を得たうえで 改定する。

(利用料金のプラン)

		Aプラン※4	Bプラン	備考	
入居者の状況	要介護度	自立・介護保険未認定 ・要支援・要介護	要支援・要介護		
	年齢	概ね 65 歳以上	満 80 歳以上		
居室の状況	床面積	18.00 m ²	18.00 m ²		
	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	0 円	3,384,000 円		
	敷金	0 円	0 円		
月額費用の合計		185,700 円	138,700 円		
家賃		95,000 円	48,000 円		
サービス費用	特定施設入居者生活 介護※1の費用	介護報酬の告示上の額	介護報酬の告示上の額		
	介護保険外※2	食費	64,950 円	64,950 円	
		管理費	25,750 円	25,750 円	
		介護費用	0 円	0 円	
		光熱水費	居室内電気メーターにより実費	居室内電気メーターにより実費	
その他※3	都度払いサービスあり	都度払いサービスあり			

- ※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）
- ※3 自立者、介護保険未認定者の方は、別途生活支援費としまして月額 27,000 円が必要となります。
- ※4 自立者、介護保険未認定者の方は、Aプランのみとさせていただきます。
- ※5 Bプランは満80歳以上の方が選択いただけます。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物賃借料、近隣相場等を勘案して算定
敷金	家賃の 0 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	*1 管理費 17,500 (非課税) 共用施設整備費・エレベーター維持費・環境植栽整備費・共用部分の維持管理費。*2 管理費 8,250 円 (内、消費税 750 円) 事務人件費・事務経費・日常生活支援サービス提供のための人件費、事務費。*1+*2=25,750 (内、消費税 750 円)
食費	月額 59,700 円+消費税 5,250 円(1日3食×30日の場合の概算額) 朝食 486 円、昼食 640 円、おやつ 108 円、夕食 880 円
光熱水費	メーター管理により実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	サービス内容・費用は別添2による。
その他のサービス利用料	自立者、介護保険未認定者の方は、状況把握サービス、生活相談サービス、フロントサービス、住み替え支援サービスのための、別途生活支援サービス費としまして月額 25,000 円+消費税 2,500 円ご負担いただきます。

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	家賃相当額
想定居住期間 (償却年月数)	72 ヶ月
償却の開始日	入居日の翌日
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)	なし
初期償却率	なし
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了 老人福祉法第 29 条第 8 項及び施行規則第 21 条第 2 項第 1 号に基づいて、本契約第

		44条に定める目的施設の1日当たりの利用料は、Bプラン1,566円です。
	入居後3月を超えた契約終了	$(\text{入居前払金の金額}) \div (\text{入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数}) \times (\text{契約終了日から償却期間満了日までの実日数})$
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【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	16人
	女性	28人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	14人
	85歳以上	30人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	1人
	要支援2	4人
	要介護1	14人
	要介護2	10人
	要介護3	4人
	要介護4	7人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	37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	84 歳
入居者数の合計	44 人
入居率*	78%
※ 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	3 人
	医療機関	2 人
	死亡者	人
	その他	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	5 人
		(解約事由の例) 高度な医療が必要となった。

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	ミモザ上尾あおき苑 相談・苦情窓口	
電話番号	048-770-6550	
対応している時間	平日	8:30～17:30 時間外は夜勤等が対応します。
	土曜	”
	日曜・祝日	”
定休日	ありません。	
窓口の名称	本社 お客様相談室	

電話番号		03-6712-8110
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	日曜：休み 祝日：9:00～17:00
定休日		土曜、日曜、年末年始
窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会苦情対応係
電話番号		048-824-2568(苦情相談専用)
対応している時間	平日	8:30～12:00、13:00～17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始
窓口の名称		上尾市健康福祉部高齢介護課
電話番号		048-775-5124
対応している時間	平日	8:30～17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始

(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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の 介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入
	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) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の家族、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、入居者及び家族、身元引受人に誠意を持って対応いたします。 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。
	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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<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	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 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 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 3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	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1 (別を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。

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ミモザ在宅療養支援ステーション川越	川越市大字的場2466-16
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	ミモザ三郷鷹野	三郷市鷹野1-420
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	ミモザ花崎	加須市花崎北1-18-2
			ミモザ白寿庵久喜	久喜市久喜東3-29-27
			ミモザ川越清水	川越市清水9-7
			ミモザ新座	新座市東北1-3-15
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ミモザ川越清水	川越市清水9-7
			ミモザ新座	新座市東北1-3-15
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	ミモザ川越	川越市大字的場2464-2
			ミモザ川越やまぶき苑	川越市的場2466-16
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		
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	ミモザ三郷鷹野	三郷市鷹野1-420
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	ミモザ花崎	加須市花崎北1-18-2

			ミモザ白寿庵久喜	久喜市久喜東3-29-27
			ミモザ川越清水	川越市清水9-7
			ミモザ新座	新座市東北1-3-15
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ミモザ川越清水	川越市清水9-7
			ミモザ新座	新座市東北1-3-15
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	備考	
	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（利用者が全額負担）			包含※ ²	都度※ ²		料金※ ³
	なし	あり	なし	あり					
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			要支援、要介護者適宜対応	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			要支援、要介護者適宜対応	
おむつ代	/		なし	あり		○		別紙「おむつ価格表」参照	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	550円	週3回目以降の浴室使用料	
入浴介助・清拭	なし	あり	なし	あり				要介護度1～5の要介護者適宜対応	
特浴介助	なし	あり	なし	あり				要介護度3～5の要介護者必要時使用	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				要支援者、要介護者適宜対応	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○			自立者は希望随時、要支援者・要介護者はサービス計画に基づく	
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり		○	2,200円	要介護者適宜対応、自立者・要支援者は有料（交通費実費）。料金はスタッフ1人につき1時間の費用。	
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	2,200円	交通費実費。料金はスタッフ1人につき1時間の費用。	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	770円	自立者・介護保険未認定者は有料、要支援・要介護者は週1回定期清掃以外の場合有料。料金は1回30分当たりの費	

								用。
リネン交換(貸出)	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1,110円	週1回実施。料金は1月当たりの費用(1日当たり37円)。
日常の洗濯(肌着等水洗いできる物)	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	770円	要支援者・要介護者は週2回を超えた場合、左記以外(自立者、介護保険未認定者)は有料。料金は1回当たりの費用。クリーニング依頼文は実費
居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				病気等の緊急時は居室へ配膳・下膳します。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	自立者、要支援者、要介護者
おやつ			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	110円	自立者、要支援者、要介護者(1日当たりの喫食精算)
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	自立者、要支援者、要介護者
買い物代行(上尾市内)	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,200円	要支援者・要介護者週1回指定日無料。左記以外の場合には有料。料金は1回1時間当たりの費用。
買い物代行(上尾市外)	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,200円	料金はスタッフ1人につき1時間当たりの費用。
役所手続き代行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,200円	要支援者・要介護者適宜対応(月1回まで無料)。左記以外(自立者、介護保険未認定者含)は有料。料金はスタッフ1人につき1時間当たりの費用。
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				原則は入居者対応。契約時に本人及び身元引受人と相談させていただきます。
健康管理サービス								

定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	実費	自立者・要支援者・要介護者は年1回機会の提供を行います。日程、診断項目及び健康診断を行う医療機関等については、ホームが提示したものに限りま
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		要支援者・要介護者適宜対応(月1回以上) 自立者※4 適宜対応(月1回以上)
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		要支援者・要介護者適宜対応(月1回以上) 自立者※4 適宜対応(月1回以上)
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり		○		要支援者、要介護者適宜対応
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり		○		要支援者、要介護者適宜対応
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり				
入退院時の同行(協力医療機関)	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○		要支援者・要介護者適宜対応。 自立者※4 適宜対応。
入退院時の同行(協力医療機関以外)	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	2,200円	自立者・要支援者・要介護者。料金はスタッフ1人につき1時間の費用。交通費は実費です。
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	2,200円	自立者・要支援者・要介護者。料金はスタッフ1人につき1時間の費用。交通費は実費です。
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	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。

※4：生活支援サービス費(月額25,000円＋消費税2,500円)で実施するサービスに含まれます。