

< 特定施設入居者生活介護 >

< 介護予防特定施設入居者生活介護 >

< 短期利用特定施設入居者生活介護 >

重要事項説明書

シニアホーム 武甲の郷

(介護付有料老人ホーム)

重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 記入年月日 | 令和03年04月01日 |
| 記入者名 | 加藤 恭子 |
| 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) ゆうげんがいしゃ かざはら 有限会社 風原 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒368-0034埼玉県秩父市日野田町2-14-5 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0494-27-8181 |
| | FAX番号 | 0494-25-0556 |
| | ホームページアドレス | http://www.kazahara.com |
| 代表者 | 氏名 | 加藤 智 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成17年07月26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) しにあほ一む ぶこうのさと シニアホーム 武甲の郷 | |
| 所在地 | 〒368-0034 埼玉県秩父市日野田町2-14-5 | |
| 主な利用交通手段 交通手段と所要時間 | 最寄駅 | 西武秩父線「西武秩父」駅 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・西武秩父線「西武秩父駅」より約800m 徒歩 約12分 ・秩父線「お花畑駅」より約1,000m 徒歩 約15分 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0494-27-8181 |
| | FAX番号 | 0494-25-0556 |
| | ホームページアドレス | http://www.kazahara.com |

| | | | |
|------|--|--|---------------------------------|
| | | <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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし (H18年07月01日～R08年06月30日) |
| | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |

| | | | | | | |
|-------|--------|--|--|----------------------|-------|--------|
| 居室の状況 | 居室区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 2 相部屋あり | | | | |
| | 【表示事項】 | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 18.00 m ² | 18 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 15.54 m ² | 8 | 介護居室個室 |
| | タイプ3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 15.45 m ² | 8 | 介護居室個室 |

※「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 | 6ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 6ヶ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 2ヶ所 |
| | 共用浴室 | 3ヶ所 | 個室 | 2ヶ所 |
| | | | 大浴場 | 1ヶ所 |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 2ヶ所 | チェアー浴 | 2ヶ所 |
| | | | リフト浴 | ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | ヶ所 |
| | | | その他 () | ヶ所 |
| | 食堂 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 機能訓練室（食堂兼用）、健康管理室兼相談室、洗濯・乾燥室、多目的ルーム、理美容コーナー | |

4. サービスの内容 (全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 入居者ひとりひとりの個性と威厳を尊重し、穏やかで心身ともに充実・安定した生活を営めるようスタッフ全員で努める。また安心・安全な介護サービスを提供することにより、シニアホームの快適で良好な生活環境を最大限確保する。管理規程の遵守、サービス体制の確立を通じ、さらなる情報公開と要望・意見・苦情処理等に対して迅速に対応していく。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 利用者が安心して過ごせる様々な介護設備と、常に清潔に保たれた生活環境を整備することは勿論のこと、利用者本人の意向に沿った安全なサービスを24時間体制で提供いたします。特に食についても新鮮で安心・安全な食材の提供に努めるとともに生活全般に亘り季節感を体感できるように配慮していきます。 |
| 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 | <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 <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 個別機能訓練加算 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 夜間看護体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 医療機関連携加算 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 口腔衛生管理体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 栄養スクリーニング加算 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 退院・退所時連携加算 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 看取り介護加算 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 認知症専門ケア加算 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (I)イ |
| (I)ロ | | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| (II) | | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| (III) | | 1 あり <input type="checkbox"/> 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 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|--|------------------------------|------|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 4 その他(薬管理、健康診断、訪問診療医の確保) | | |
| 協力 医療機関 | 1 | 名称 | 近藤医院 |
| | 住所 | 埼玉県秩父市日野田町1-9-30 | |
| | 診療科目 | 内科・婦人科 | |
| | 協力内容 | 入居者の診療及び健康管理と相談・指導、他医療機関への紹介 | |

| | | | |
|----------|---|------|--|
| | | | 月2回の往診実施 |
| | 2 | 名称 | 水野医院 |
| | | 住所 | 埼玉県秩父市山田2024-1 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 入居者の診療及び健康管理と相談・指導、他医療機関への紹介 月2回の往診実施 |
| | 3 | 名称 | 城谷医院 |
| | | 住所 | 埼玉県秩父市東町23-7 |
| | | 診療科目 | 泌尿器科 |
| | | 協力内容 | 入居者の診療及び健康管理と相談・指導、他医療機関への紹介 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 倉林歯科クリニック |
| | | 住所 | 埼玉県秩父市上影森826-1 |
| | | 協力内容 | 入居者の診療及び口腔管理と指導 月2回の往診と週1回の口腔ケア実施 |

(入居後に居室を住み替える場合)

| | |
|--------------------------|--|
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 () |
| 判断基準の内容 | 身体状況の変化等により、スタッフルームから近い居室への移動が必要であると施設側が認めるとき。(空室がある場合に限りま す。) |
| 手続きの内容 | ①事業所指定の医師に訊く ②緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける ③身元引受人の意見を聴く ④入居者の同意を得る |
| 追加的費用の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 居室利用権の取扱い | 住み替え前の居室の利用権を本人の同意を得て移動させ、新たな 居室の利用権を設定します。 |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

| | | | | | |
|--------------|--------|----------------------------|----|---------------------------------------|----|
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 便所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 浴室の変更 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 洗面所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 台所の変更 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
| | その他の変更 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 | あり | <input checked="" 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 | <p>入居前の健康診断の結果等により、次の方はご入居をお断りすることがあります。</p> <p>①常時医療的処置を要する方 ②伝染病・感染症の方 ③暴力行為やその他共同生活に支障をきたす方</p> | | | | |
| 契約の解除の内容 | <p>①入居契約書に虚偽の事項を記載する等、不正手段により入居したとき ②管理費その他の費用の支払いをしばしば遅滞するとき ③建物、付属設備または敷地を故意または重大な過失により汚損、破損または滅失したとき ④行動が他の入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼすとき (認知症の場合、特定の病因等に基づくものであると診断され、医療機関において通院、入院による治療を受けている場合は、この限りではありません。) ⑤入居者や家族等が、事業者や事業者の職員等に対し、本契約を継続し難いほどの背信行為(悪意又は故意による暴言・暴力、誹謗・中傷、セクシャルハラスメント等)を行った場合</p> | | | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第28条による | | | |
| | 解約予告期間 | 90日 | | | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日前 | | | | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 内容：1泊2日 5,500円(税込) 最長6泊7日迄 お部屋代、水道光熱費、管理費、食事代、日常生活の介護サービス込 | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | | |

| | |
|------|-----|
| 入居定員 | 34人 |
| その他 | |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数※1 |
|--|-----------|--------|--------|----------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 3 | 3 | | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 24 | 13 | 11 | 15.5 |
| 介護職員 | 18 | 11 | 7 | 12.4 |
| 看護職員 | 7 | 3 | 4 | 3.1 |
| 機能訓練指導員 | 6 (兼務) | 2 (兼務) | 4 (兼務) | 0.1 |
| 計画作成担当者 | 1 (兼務) | 1 (兼務) | | 0.5 |
| 栄養士 | 1 (委託) | 1 (委託) | | 1 (委託) |
| 調理員 | 5 (委託) | 5 (委託) | | 5 (委託) |
| 事務員 | 3 | 3 | | |
| 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 | | | | 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。 | | | | |

(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 | 4 | 12 |
| 実務者研修の修了者 | 1 | | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 3 | 4 |
| 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 | 7 | 3 | 4 |
| 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30分～翌9時30分） | | |
|-------------------------|------|----------------|
| | 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 | 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 | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 | b 2 : 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) | 2.1 : 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 2 なし |

| | 資格等の名称 | | | | | | 社会福祉主事 | | | |
|--------------------------|-----------|-----|------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| | 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 | | | 1 | | | (1) | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 2 | 1 | | | | (2) | | | |
| に業務に従事した職員の経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | | | 1 | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | | | 3 | | 1 | | | | |
| | 10年以上 | 3 | 4 | 7 | 7 | 2 | | (3) | (4) | 1 |
| 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：家賃・管理費 2 日割り計算で減額：食費・水光熱費 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 | 消費者物価指数及び人件費等を勘案し、料金が不相当となった場合。 | |

| | |
|-----|----------------------|
| 手続き | 運営懇談会で意見を聴いたうえで改定する。 |
|-----|----------------------|

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

(税込)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|------------|------------------|--------------|--------------|--------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要支援1 | 要介護3 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.00㎡ | 15.45㎡ | |
| | 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 | — 円 | — 円 | |
| 月額費用の合計 | | 156,810円 | 156,810円 | |
| 家賃 | | (非課税)60,000円 | (非課税)60,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 要介護度による | 要介護度による | |
| | 介護保険外※3 | 食費 | 54,450円 | 54,450円 |
| | | 管理費 | 27,060円 | 27,060円 |
| | | 介護費用 | — 円 | — 円 |
| | | 光熱水費 | 15,300円 | 15,300円 |
| | | その他 | 個別選択サービスあり※2 | 個別選択サービスあり※2 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。別添3「介護保険に係わる利用料」を参照。
 ※2 別添2「介護サービス等の一覧表」を参照。※3 有料老人ホーム事業として受領する費用。

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|------|---|
| 家賃 | 居室および共用施設利用料の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定。 |
| 敷金 | — |
| 介護費用 | — |
| 管理費 | 共用施設等の維持・管理費、事務管理部門の人件費及び事務費等 |
| 食費 | 1日3食+おやつ 食材費、栄養士その他食事部門の人件費、設備、備品代(調理具・食器等) |
| 光熱水費 | 共有部分を含む、水道光熱費他 |

| | |
|----------------------|---------------------------|
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2「介護サービス等の一覧表」をご参照ください。 |
| その他のサービス利用料 | 介護用品費は別途実費負担 |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

| 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、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額をご負担いただきます。 |
| 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（上乘せサービス） | — |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。別添3「介護保険に係わる利用料」を参照。 | |

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 | 23人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 | 75歳以上 85歳未満 | 4人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 2人 | 85歳以上 | 25人 |
| 要介護度別 | 自立 | 1人 | 要介護1 | 7人 |
| | 要支援1 | 5人 | 要介護2 | 5人 |
| | 要支援2 | 2人 | 要介護3 | 4人 |
| | | | 要介護4 | 4人 |
| | | | 要介護5 | 5人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 4人 | 5年以上 10年未満 | 8人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 3人 | 10年以上 15年未満 | 1人 |
| | 1年以上 5年未満 | 17人 | 15年以上 | 1人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|---|-----|---------|-----|------|-------|
| 平均年齢 | 88歳 | 入居者数の合計 | 32人 | 入居率※ | 94.1% |
| ※ 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 | 死亡者 | 11人 |
| | 社会福祉施設 | 人 | その他 | 人 |
| | 医療機関 | 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 | 人 | (解約事由の例) | 在宅復帰 |

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)

| | | |
|-------|----------------|--------------------------|
| 窓口の名称 | | シニアホーム 武甲の郷 お客様相談係 |
| 電話番号 | | 0494-27-8181 |
| 対応時間 | 平日・土曜 日曜・祝日 | 8:30~17:30 |
| 定休日 | | なし |
| 窓口の名称 | | 秩父市高齢者介護課 |
| 電話番号 | | 0494-25-5205 (高齢者介護課 直通) |
| 対応時間 | 平日 | 8:30~17:00 |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝日 |
| 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 (苦情相談専用) |
| 対応時間 | 平日 | 8:30~17:00 |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝日 |

(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保 賠償責任保険「介護保険・社会福祉事業者総合保険」等 |
| | 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) 入居者の生命・身体・財産等に損害が発生した場合は、損害保険等の手配を行い、誠実に対応します。 (天災等の不可抗力は除く。) |
| | 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) | 平成19年4月 | 意見箱設置(通年設置) |
| | 2 なし | 平成26年9月 令和03年3月 | お客様満足度調査 食事に関する調査(毎年実施) |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input checked="" 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 | <input checked="" 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 2 回 |
| | 2 なし | |
| | <input type="checkbox"/> 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】 | <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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |

| | |
|-------------------------------------|---|
| するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | |
| 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 <input checked="" 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 | 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 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし 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
 別添3 介護保険に係わる利用料

※ _____ 様

説明年月日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

シニアホーム武甲の郷

埼玉県秩父市日野田町2-14-5

説明者 _____

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<入居者>

住 所

氏 名

<身元引受人>

住 所

氏 名