別紙様式

住宅型有料老人ホーム　福祉スタジオ

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 平成28年7月1日 |
|  | 記入者名 | 松澤　信廣 |
| 所属・職名 | 管理者 |

※　サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月７日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙４の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の１から３まで及び６の内容については、別紙４の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

**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）ゆうげんがいしゃとーたるらいふけあせんたー　　　　　　有限会社トータルライフケアセンター |
| 主たる事務所の所在地 | 〒369-1108　埼玉県深谷市田中2225 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048－551－3530 |
| FAX番号 | 048－551－3529 |
| ホームページアドレス | http:// |
| 代表者 | 氏名 | 取締役 |
| 職名 | 松澤　信廣 |
| 設立年月日 | 昭和・平成　　　13年　9月25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）ふくしすたじお　　　　　　福祉スタジオ |
| 所在地 | 〒366-0814埼玉県深谷市大谷2369－1 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR深谷駅 |
| 交通手段と所要時間 | ①タクシー利用の場合駅南口より乗車約10分②自動車利用の場合関越自動車道花園ICより約5分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048－551－3530 |
| FAX番号 | 048－551－3529 |
| ホームページアドレス | http:// |
| 管理者 | 氏名 | 松澤　信廣 |
| 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | 昭和・平成　 15年 　3月　 1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日（設置届受理日） | 昭和・平成 　21年　 3月　25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 |  |
| 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 | 738.26㎡ |
| 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15年4月1日～平成35年3月31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 | 686.87㎡ |
| うち、老人ホーム部分 | 562.31㎡ |
| 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（　年　月　日～　年　月　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 | 10.9㎡ | 20 | 一般居室個室 |
| 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 | 6ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 2ヶ所 |
| うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4ヶ所 |
| 共用浴室 | 1ヶ所 | 個室 | ヶ所 |
| 大浴場 | 1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 | 1ヶ所 |
| ストレッチャー浴 | ヶ所 |
| その他（　　　　　　） | 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 | 「高齢者に対して、尊敬と思いやりのこころで仕える。」「高齢者に対して、喜びと祈りと感謝のこころで仕える。」「高齢者に対して、自分が欲するこころで仕える。」人生の大先輩である高齢者に対してその人らしく、自分らしく、最後まで輝いて欲しいとの願いから、高齢者それぞれの個性を尊重し、最後まで人間らしく老いを生きたいと願う高齢者を応援します。他人だからこそ出来る事、他人しかできない事、このような介護をご家族に代わり真心を込めて行います。 |
| サービスの提供内容に関する特色 |  |
| 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**

**（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 | しようのもりクリニック |
| 住所 | 埼玉県深谷市岡336-1 |
| 診療科目 | 内科・外科・精神科・心療内科 |
| 協力内容 | 1、診療のための定期訪問　2、健康診断の実施3、日常の健康相談　4、緊急時の指示・緊急往診5、他の医療機関に入院を要する場合の紹介 |
| ２ | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 診療科目 |  |
| 協力内容 |  |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 立花歯科医院 |
| 住所 | 埼玉県深谷市萱場4-26 |
| 協力内容 | 訪問歯科診療 |

**（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 |  |
| 契約の解除の内容 | 事業主体から解除を求める場合①他の入居者の生活、または健康に重大な影響を及ぼす恐れがある時②利用料等の支払いを怠って、その滞納期間が２ヵ月分に達した時③不正の手段により入居したり、提出書類で虚偽の事項を申告した時④その他、契約の条項に違反した時入居者から解除を求める場合①解約予告期間をもって契約解除届を提出した時その他の場合①入居者が病気療養等で１ヵ月以上居室を不在とする場合は、事業者、入居者で協議のうえ契約を解除することができる。 |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 第21条 |
| 解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 体験入居の内容 | １　あり（内容：　　　　　　　　　　）　　２　なし |
| 入居定員 | 20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 |  |  |
| 生活相談員 | 3 |  | 3 |  |
| 直接処遇職員 | 11 |  | 11 |  |
|  | 介護職員 | 10 |  | 10 |  |
|  | 看護職員 | 1 |  | 1 |  |
| 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 | 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 |  | 8 |
| 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（　　　時～　　　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 | 1人 | 1人 |

**（特定施設入居者生活介護等の提供体制）※特定施設でないため記載欄削除**

**（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 | 社会福祉主事任用資格 |
| 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 |  |  |  |  |  |  |
| 前年度１年間の退職者数 |  | 1 |  | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |
| ３年以上５年未満 |  |  |  | 8 |  |  |  |  |  |  |
| ５年以上10年未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10年以上 |  |  |  | 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 |  |
| 手続き |  |

**（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1 | 要介護4 |
| 年齢 | 75歳 | 90歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 10.9㎡ | 10.9㎡ |
| 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 | 0円 |
| 敷金 | 0円 | 0円 |
| 月額費用の合計 | 130,000円 | 150,000円 |
|  | 家賃 | 65,000円 | 85,000円 |
|  | サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※１の費用 | 円 | 円 |
|  | 介護保険外※２ | 食費 | 45,000円 | 45,000円 |
|  | 管理費 | 5,000円 | 5,000円 |
|  | 介護費用 | 円 | 円 |
|  | 光熱水費 | 15,000円 | 15,000円 |
|  | その他 | 円 | 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 | 近隣家賃の相場による |
| 敷金 | なし |
| 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 | 人件費、修繕費等による |
| 食費 | 業務委託料による |
| 光熱水費 | 使用量見込みによる |
| その他のサービス利用料 | 人件費、消耗品費等による。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。 |

**（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**

**（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能**

**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 | 7人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 2人 |
| 65歳以上75歳未満 | 2人 |
| 75歳以上85歳未満 | 8人 |
| 85歳以上 | 4人 |
| 要介護度別 | 自立 | 1人 |
| 要支援１ | 0人 |
| 要支援２ | 0人 |
| 要介護１ | 2人 |
| 要介護２ | 4人 |
| 要介護３ | 5人 |
| 要介護４ | 3人 |
| 要介護５ | 1人 |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | 2人 |
| ６ヶ月以上１年未満 | 1人 |
| １年以上５年未満 | 8人 |
| ５年以上10年未満 | 4人 |
| 10年以上15年未満 | 1人 |
| 15年以上 | 0人 |

**（入居者の属性）**

|  |  |
| --- | --- |
| 平均年齢 | 81.9歳 |
| 入居者数の合計 | 16人 |
| 入居率※ | 80.0％ |
| ※ 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 | 0人 |
| 社会福祉施設 | 1人 |
| 医療機関 | 3人 |
| 死亡者 | 0人 |
| その他 | 0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 | 0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 | 福祉スタジオ　担当　藤本　美智子 |
| 電話番号 | 048－551－3530 |
| 対応している時間 | 平日 | 8：30　～　17：30 |
| 土曜 |  |
| 日曜・祝日 |  |
| 定休日 | 土日及び年末年始（12月31日・1月1日・1月2日） |
| 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 |  |
| 日曜・祝日 |  |
| 定休日 | 土日祝日及び年末年始（12月29日～1月3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）東京火災海上 |
| 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又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、入居者側にも故意又は過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除又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 | 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 |
| 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　　　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 | 1、居室における1人あたりの有効面積は13.2㎡以上とすべきところ、本施設は10.9㎡となっている。2、居室のある区域の中廊下幅を2.7ｍ以上とすべきところ、本施設は1.69ｍ～2.1ｍとなっている。 |
| 「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　　２　なし |
|  | 不適合事項がある場合の内容 | 1、居室における1人あたりの有効面積は13.2㎡以上とすべきところ、本施設は10.9㎡となっている。2、居室のある区域の中廊下幅を2.7ｍ以上とすべきところ、本施設は1.69ｍ～2.1ｍとなっている。3、運営懇談会を開催していない。4、有料老人ホーム事業以外の目的による抵当権その他の有料老人ホームとしての利用を制限するおそれのある権利が存しないこととしているが、土地に抵当権が設定されている。 |

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）

※　　　　　　　　　　　　　　様

説明年月日　平成　　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。