

重要事項説明書

| | |
|-------|------------------|
| 記入年月日 | 平成28年8月1日 |
| 記入者名 | 實川 綾香 |
| 所属・職名 | リハビリホームまどか戸田ホーム長 |

※ 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 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) | かぶしきがいしゃべねっせすたいるけあ 株式会社ベネッセスタイルケア |
| 主たる事業所の所在地 | 〒 163-0905 | 東京都新宿区西新宿2丁目3番1号 新宿モノリスビル |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-6836-1111 |
| | FAX番号 | 03-6836-1101 |
| | ホームページアドレス | http://www.benesse-style-care.co.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 滝山 真也 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | | 平成7年9月7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) | りはびりほーむまどかとだ リハビリホームまどか戸田 |
| 所在地 | 〒 335-0021 | 埼玉県戸田市大字新曽1696番地の1 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR埼京線「戸田」駅 |
| | 交通手段と所要時間 | JR埼京線「戸田」駅 下車、徒歩10分(約800m) |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-434-5671 |
| | FAX番号 | 048-434-5672 |
| | ホームページアドレス | http://www.benesse-style-care.co.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 實川 綾香 |
| | 職名 | ホーム長 |
| 建物の竣工日 | | 平成27年7月15日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成27年8月1日 |

(類型) 【表示事項】

| | | | | |
|---|------------|-----------------------------------|---|----------|
| <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 3 住宅型 <input type="radio"/> 4 健康型 | | | | |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | (介護予防) 特定施設入居者生活介護事業所： 1171901497 | | |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 | | |
| | 事業所の指定日 | 平成27年8月1日 | | |
| | 指定の更新日(直近) | 居宅サービス | - | 介護予防サービス |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|--|----------------|--|--|---|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 1,518.00㎡ | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | <input checked="" type="radio"/> 3 その他(非該当) | | |
| | | 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 | 2,188.23㎡ | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2,188.23㎡ | | | |
| | 耐火構造 | <input checked="" type="radio"/> 1 耐火建築物 | | | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他() | | | | |
| | 構造 | <input type="radio"/> 1 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| | | <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 2 事業者が賃借する建物 | | | | | | |
| 抵当権の設定 | | 1 あり | <input checked="" type="radio"/> 2 なし | | | |
| 契約期間 | | <input checked="" type="radio"/> 1 あり | 平成27年7月15日～平成57年7月14日 | | | |
| | | 2 なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり | 2 なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | <input checked="" type="radio"/> 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | 人部屋 | | | |
| | 最大 | 人部屋 | | | | |
| | Aタイプ | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | | <input checked="" type="radio"/> 有 / 無 | 有 / <input checked="" type="radio"/> 無 | 18.0～19.3㎡ | 58 | 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 | 共用便所の数 | 4カ所 | うち男女別の対応が可能な便所 | 0カ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便所 | 4カ所 |
| | 共用浴室 | 3カ所 | 個室 | 3カ所 |
| | | | 大浴場(個浴以外) | 0カ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 1カ所 | チェアー浴 | 1カ所 |
| | | | リフト浴 | 0カ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | 0カ所 |
| その他() | | | 0カ所 | |
| 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 | 【共用設備】 事務所(兼 健康管理室)、リビングルーム(食堂・機能訓練室を兼ねる)、相談室 等 【その他備考】 なし | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | <p>私たちの家「まどか」は、家庭的な生活を送っていただく事を目指した老人ホームです。介護が必要な高齢者の方々にとって少しずつ維持できなくなっていく規則正しい生活やそれまで大切にしてきた生活習慣をいつまでも続けていける・・・そんな普通の生活を送れる場所でありたいと願っています。</p> <p>運営にあたっては、「1 快適で基本的な生活」「2 その方らしさを大切に」「3 ご家族の安心も」「4 趣味・娯楽のお楽しみ」「5 健康管理」を大切にしています。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>まどかでは、まず、ご入居者様のご家庭でのそれまでの暮らし、ご趣味、こだわりなどを十分にお聞きします。そして、その方の個性にあわせた暮らし方を、趣味講座や、音楽体操、映画上映会などの定期的な行事や、季節イベントに反映させていきます。最低限のルール以外は、ご入居者様やご家族様の要望を取り入れながら自由に変えていけることが特徴です。</p> <p>ご入居者様の日常生活の負担を軽減するため、リビングルームや浴室を各フロアに配置しております。まどかは生活の場ですので、365日24時間、自由に面会に来ていただける環境で、ご入居者様やご家族様のご要望を取り入れながら、ご入居前と変わらない「ふつうの暮らし」のお手伝いをさせていただきます。</p> |
| 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 |
| 選択、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) 2.5 : 1 | | |
| | 2 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 3 通院介助 ④ その他 (利用者の病状の急変、その他の事故が発生した場合には、速やかに保証人や利用者の家族に連絡をとるとともに、主治の医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。) | | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人 和泉会 荘和泉クリニック | |
| | 住所 | 埼玉県戸田市大字新曾 1 7 0 5 番地 2 | |
| | 診療科目 | 内科、整形外科 | |
| | 協力内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。 また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) | |
| | 名称 | 医療法人社団 平成医会 平成ゆうわクリニック | |
| | 住所 | 埼玉県戸田市新曾南4-2-35 とだ優和の杜1階 | |
| | 診療科目 | 内科 | |
| | 協力内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の健康管理等に関する相談に応じます。 また緊急時には、利用者が適切な治療、入院加療または健康管理が受けられるよう、可能な限り、ホームからの相談に応じると共に、他の近隣医療機関等の紹介に努めます。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) | |

| | | |
|----------|------|--|
| | 名称 | 医療法人社団 東光会 戸田中央総合病院 |
| | 住所 | 埼玉県戸田市本町1-19-3 |
| | 診療科目 | 内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、小児科、精神科、神経内科、外科、整形外科、形成外科、美容外科、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、放射線科、麻酔科、アレルギー科、リウマチ科、救急科、移植外科、乳腺外科、消化器外科、腎臓内科、病理診断科 |
| | 協力内容 | 協力医療機関は、ホームの要請に応じて、利用者の入院・外来受診の受入れを行います。 ただし、受入れの可否、時期、条件等については、利用者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じた対応となります。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| | 名称 | 医療法人 松弘会 三愛病院 |
| | 住所 | 埼玉県さいたま市桜区田島4-35-17 |
| | 診療科目 | 内科、一般外科、消化器外科、整形外科、脊椎・脊髄外科、リウマチ科、リハビリテーション科、脳神経外科、形成外科、皮膚科、泌尿器科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科 |
| | 協力内容 | 協力医療機関は、ホームの要請に応じて、利用者の入院・外来受診の受入れを行います。 ただし、受入れの可否、時期、条件等については、利用者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じた対応となります。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| | 名称 | 医療法人高仁会 戸田病院 |
| | 住所 | 埼玉県戸田市新曽南3-4-25 |
| | 診療科目 | 精神科、神経科、内科、皮膚科、歯科 |
| | 協力内容 | 協力医療機関は、ホームの要請に応じて、利用者の入院・外来受診の受入れを行います。 ただし、受入れの可否、時期、条件等については、利用者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況等に応じた対応となります。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団 善歯会 ユリデンタルクリニック |
| | 住所 | 埼玉県川口市川口1-1-1 キュポラ3F306 |
| | 協力内容 | 協力医療機関の医師は、ホームからの、利用者の歯牙の健康管理等に関する相談に応じます。 利用者が協力医療機関を受診する場合には、利用者と医療機関の直接の診療契約が必要です。(医療費は利用者負担) |

(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 () | |
| 判断基準の内容 | | |
| 手続きの内容 | | |
| 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 |
| | 便所の増減 | 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 契約締結時に原則満65歳以上の方 ※満65歳未満の方はご相談ください。 ・ 常時または随時、身の回りのお世話や見守りが必要な方 ・ 規定の利用料の支払いが可能な方 ・ 公的な医療保険に加入されている方 ・ 公的な介護保険に加入されている方 ・ 保証人を定められる方 ※保証人を定められない場合にはご相談ください。 ・ 当ホームの利用契約書・管理規程等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方 | |
| 契約の解除の内容 | <p>【利用者からの解約】 利用者は、ベネッセスタイルケアに対して、少なくとも1ヶ月前に書面で通知することによりいつでも本契約を解約することができます。</p> <p>【当社からの解約】 当社からの解約の場合は、利用契約書に定める「ベネッセスタイルケアからの解約」の事由に該当したとき、本契約は終了するものとします。</p> <p>また、利用者が死亡したときには、本契約は自動的に終了します。</p> | |

| | | |
|----------------|---|--|
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | <p>① 利用者が、利用料その他の支払いを1ヶ月以上滞納したとき ② 利用契約「禁止または制限される行為」の規定に違反したとき ③ 利用者が重篤な感染症にかかり、または保持し、利用者に対する通常の介護方法では感染を防止することができないとき ④ 利用者・保証人または利用者の家族の言動が、利用者自身または他の利用者あるいはベネッセスタイルケアの従業員の心身または生命に危害を及ぼすおそれがあるとき、または他の利用者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき ⑤ 利用者が、医療施設への恒常的な入院入所を要する状態となるなど、本施設において利用者に対する適切な本件サービスの提供が困難であると合理的に判断されるとき ⑥ 利用者が本施設を不在にする期間が連続して3ヶ月を超え、本施設への復帰が困難、あるいは利用者に復帰の意思がないと合理的に判断されるとき ⑦ 天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小するとき ⑧ 利用者、保証人または利用者の家族が、ベネッセスタイルケアまたはその従業員あるいは他の利用者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき 等、利用契約書に定める「ベネッセスタイルケアからの解約」の事由に該当したとき</p> <p>また下記の解約予告期間に関わらず、他の利用者あるいはベネッセスタイルケアの従業員の心身または生命に危害を及ぼすおそれがあるとき、または他の利用者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすときは、解約予告期間前に理由を示した書面による申し入れをせずに、解約することができます。</p> |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | | 1ヶ月 |
| 体験入居の内容 | <p>① あり (内容: 6泊7日: 54,000円(税込))</p> <p>※利用契約の締結に先立ち、体験利用をしていただけます。 ※介護保険は適用されませんので、全額自己負担となります。 ※上記料金には、食費・水光熱費・介護サービス費(ただし、個別の要望に基づく外出同行等を除く)が含まれます。</p> | |
| | 2 なし | |
| 入居定員 | | 58名 (58 室) |
| その他 | <p>■施設の利用にあたっての主な留意事項については、以下の内容のほか管理規程に定めています。</p> <p>○物品管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ホームに持込まれる物品は、ご利用者本人の自己管理を原則としています。 ・ 高額の現金や宝飾品等の貴重品の持込みはお断りしております。 <p>○居室利用の留意点について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 居室を第三者に転貸したり、譲渡することはできません。 ・ 居室、共用施設又は敷地内で動物を飼育することは原則できません。 ・ ベネッセスタイルケアに承諾を得ることなく、利用者以外の者を居室に宿泊させることはできません。 | |

5. 職員体制

(平成28年7月1日現在)

※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 | 1.0 |
| 生活相談員 | 3 | 3 | 0 | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 28 | 14 | 14 | 21.7 |
| 介護職員 | 26 | 12 | 14 | 19.7 |
| 看護職員 | 2 | 2 | 0 | 2.0 |
| 機能訓練指導員 | 7 | 0 | 7 | 0.8 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 外部委託 |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 外部委託 |
| 事務員 | 3 | 0 | 3 | 1.3 |
| その他職員 | 7 | 0 | 7 | 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 |
| ※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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 11 | 6 | 5 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 15 | 6 | 9 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

(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 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 3 | 0 | 3 |
| 作業療法士 | 2 | 0 | 2 |
| 言語聴覚士 | 1 | 0 | 1 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (22時00分～7時00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・介護職員の数 | 契約上の職員配置比率※ | a 1.5 : 1以上 |
|------------------------------|-------------|-------------|

| | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| 有護・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) | 【表示事項】 | 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) | 1.0 : 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 | | | | | | | | |
| | 資格等の名称 | 介護福祉士、介護支援専門員 | | | | | | | | | |
| | 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 | 0 | 6 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 業務に従事した職員の経験年数に応じた人数 | 1年未満 | 2 | 0 | 6 | 11 | 2 | 0 | 0 | 7 | 1 | 0 |
| | 1年以上3年未満 | 0 | 0 | 6 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上5年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上10年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 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】 | <input checked="" type="radio"/> 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 | |
| | <input checked="" type="radio"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | <input type="radio"/> 1 全額前払い方式 <input checked="" type="radio"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="radio"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | <input type="radio"/> 1 あり(入居金型支払契約の場合) | <input checked="" type="radio"/> 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input checked="" type="radio"/> 1 あり | <input type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> 1 減額なし(家賃相当額・管理費・上乗せ介護費用・自立者生活支援費用) <input checked="" type="radio"/> 2 日割り計算で減額(食材費) 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 共通費用および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の観点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。前払いを選択している場合、既に支払われている共通費用については料金の変更は適用しません。この場合において消費税率が改定される場合は、法令等の定めに従います。 ・ 介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。 ・ 上乗せ介護費用/自立者生活支援費用については、消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化や介護保険制度の改正などを勘案し、事業の安定的継続の観点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。 ・ 敷金、家賃相当額および介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定の内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。 |
| | 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 | 別紙参照 | | | |
| | 年齢 | | | | |
| 居室の状況 | 床面積 | | | | |
| | 便所 | | | | |
| | 浴室 | | | | |
| | 台所 | | | | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | | | | |
| | 敷金 | | | | |
| 月額費用の合計 | | | | | |
| 家賃 | | | | | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | | | | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | | | |
| | | 管理費 | | | |
| | | 介護費用 | | | |
| | | 光熱水費 | | | |
| | | その他 | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|---|
| 家賃※ | 【家賃相当額】 居室および共用施設の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定しています。 |
| 敷金 | 月額支払型契約の場合 (月額支払型契約の家賃相当額) × 6ヵ月 の額を敷金として お預かりします。 |
| | ※「月払い方式」を選択した場合は、ご契約時に敷金をお預りいたします。敷金は契約終了時に全額返還いたしますが、契約債務の担保金となりますので債務がある場合は差し引かせていただくことがあります。 ※「前払い方式」を選択した場合（前払金を預託する場合は、敷金は必要ありません。 |
| 介護費用 | ①上乗せ介護費用：当ホームでは要介護者・要支援者2.5名に対し、常勤換算1名以上の職員体制（週40.0時間換算）をとっています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の料金として算出した額としています。 ②要介護認定が自立の場合：自立者生活支援費用81,432円が適用になります。（この場合、上乗せ介護費用はいただきません。） |
| 管理費 | 施設の維持・管理費、水光熱費、厨房運営費等 |
| 食費 | 食材費として、1日754円（内訳：朝食172円、昼食248円、夕食334円、30日で計算した場合、22,620円）を頂戴しております。 |
| 光熱水費 | 管理費に含みます。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 添付 有料サービス一覧表 参照 |
| その他のサービス利用料 | ※敷金、家賃相当額および介護保険給付費は非課税、それ以外は消費税対象となります。 |

(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

| 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(上乗せサービス) | なし |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

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 | 17人 |
| | 女性 | 25人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 7人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 13人 |
| | 85歳以上 | 21人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援 1 | 3人 |
| | 要支援 2 | 4人 |
| | 要介護 1 | 7人 |
| | 要介護 2 | 8人 |
| | 要介護 3 | 10人 |
| | 要介護 4 | 7人 |
| | 要介護 5 | 3人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 17人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 25人 |
| | 1年以上5年未満 | 0人 |
| | 5年以上10年未満 | 0人 |
| | 10年以上15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | | |
|--|-------|---|
| 平均年齢 | 82.4 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 42人 | |
| 入居率※ | 72.4% | |
| ※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。位置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)

| | | |
|---------|----------|-------------------------------|
| 退去者別の人数 | 自宅等 | 2人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 1人 |
| | 死亡者 | 6人 |
| | その他 | 1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) | 上記の通り ※「その他」…他有料老人ホームへの転居等 |

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 1 | | リハビリホームまどか戸田 苦情受付窓口 |
| 電話番号 | | 048-434-5671 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:30-17:00 |
| | 土曜 | 9:30-17:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:30-17:00 |
| 定休日 | | なし(当ホームは365日営業しております) |
| 窓口の名称 2 | | (株)ベネッセスタイルケア ご意見受付窓口 |
| 電話番号 | | 0120-251-662 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:30-18:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |
| 窓口の名称 3 | | 戸田市 福祉部 長寿介護課 |
| 電話番号 | | 048-441-1800(代表) |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00-17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |
| 窓口の名称 4 | | 埼玉県 福祉部 高齢者福祉課 |
| 電話番号 | | 048-830-3247 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00-17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |
| 窓口の名称 5 | | 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係 |
| 電話番号 | | 048-824-2568 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30-12:00、13:00-17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日、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) 「福祉事業者総合賠償責任保険」に加入 |
| | 2 なし | |
| 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 | ・当社の責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼし、法的な賠償責任を負う場合は、利用者に対して、その損害を賠償します。 ・事故が発生した場合等の緊急時においては、速やかに別途指定された緊急連絡先に連絡をとるとともに、主治の医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。 |
| | 2 なし | |
| 事故対応およ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)

| | | | |
|----------------|------|-----|---------|
| 利用者等からの意見の把握状況 | ① あり | 実施日 | 平成28年1月 |
|----------------|------|-----|---------|

| | | | | | | |
|----------------------------------|---|----|--------|----|----|----|
| 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 | 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 | | | |
| | ② | なし | 結果の開示 | 1 | あり | 2 |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|--|
| 入居契約書の雛型 | 1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付（交付希望者のみ） 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（交付希望者のみ） 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（交付希望者のみ） 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 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 :) 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 | 1 あり 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)
介護サービス等の一覧表 (添付参照)

重要事項説明書及びその添付書類の各項目について説明を受け、理解しました。

平成 年 月 日

利用者署名 _____ 印

保証人署名 _____ 印

説明者署名 _____ 印

別添 1 事業主体が当該都道府県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 | | |
| 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 | メディカル・リハビリホームまどか大宮他 計23施設 | さいたま市大宮区浅間町2-183 |
| 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 | | |
| 認知証対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知証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居者生活介護 | 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 | メディカル・リハビリホームまどか大宮他 計23施設 | さいたま市大宮区浅間町2-183 |
| 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> | | | | |
| 介護予防認知証対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知証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 | | |