

サービス付き高齢者向け住宅 「やまぼうし桜台 貳番館」

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------------|
| 記入年月日 | 平成 31 年 4 月 1 日 |
| 記入者名 | 松坂 卓 |
| 所属・職名 | 施設長 |

※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 *登録事項等についての説明に記載（高齢者住まい法第 17 条関係）

2. 事業の概要 *登録事項等についての説明に記載（高齢者住まい法第 17 条関係）

3. 建物概要 *登録事項等についての説明に記載（高齢者住まい法第 17 条関係）

4. サービスの内容
(全体の方針)

| | | | |
|-----------------|--|------|------|
| 運営に関する方針 | 入居者の人格を尊重し、入居者の立場に立った介護サービスの提供、介護相談、健康管理を行います。そして、当施設は自然に囲まれた閑静な住宅街の中にある施設で、地域とのつながりを重視した生活環境を提供します。桜台の高齢者・児童センターが隣接しており、センターでの行事にも参加し、様々な方々と交流を持ちながら、入居者へ快適な生活を提供します。 | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者一人一人の生活スタイルに合わせた柔軟なサービス提供を行います。 | | |
| 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 | 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 |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|------|---|----------------------------|
| 医療支援 | | 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 () | |
| ※複数選択可 | | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 中津川病院 |
| | | 住所 | 〒020-0003 岩手県盛岡市下米内2丁目4-12 |
| | | 診療科目 | 内科・呼吸器内科・循環器内科・リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | 受診と治療、急変時の入院を含めた医療分野での協力。 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | さくらだい外川歯科医院 | |
| | 住所 | 〒020-0001 岩手県盛岡市上米内道ノ下38-9 | |
| | 協力内容 | 受診と治療。 | |

(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 | 原則 60 歳以上の要支援、要介護認定をお持ちの方。 | | |
| 契約の解除の内容 | 次のいずれかに該当する場合に本契約は終了致します。 ① 以下に掲げる義務に違反したとき 一 入居契約書第4条1項に規定する賃料支払義務 二 入居契約書第5条2項に規定する共益費支払義務 三 入居契約書第9条1項後段に規定する費用負担義務 ② 事業者が以下に条項に基づき解除通告をし、予告期間が満了したとき 一 年齢を偽って入居資格を誤認させるなどの不正の行為によって入居した時 二 入居契約書第7条各号の確約に反する事実が判明した場合 三 入居契約書第8条(禁止又は制限される行為)の規程に違反した時 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す恐れがあり、かつ通常的生活支援方法では、これを防ぐことができず、本契約を将来にわたり継続することが社会通念上著しく湖南である場合 ③ 入居者は事業者に対して、少なくとも30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けを事業者に届け出るものとします。 一 解約の申し入れの日から30日分の賃料及びサービス料金(本契約の解約後の賃料相当額及びサービス料金相当額を含む。)を事業者に支払うことにより、解約申し入れの日から起算して30日を経過する日までの間、随時に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 | 普通賃貸借契約書 第 10 条 |
| | 解約予告期間 | 60 日間 |
| 入居者からの解約予告期間 | | 30 日間 |
| 体験入居の内容 | ① あり (内容: 例 1泊2日 5,000円 食事代別) 2 なし | |
| 入居定員 | | 18 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 | 1 | 1 | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 5 | 5 | | |
| 看護職員 | 2 | 2 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | 1 | 1 | | |
| 事務員 | 1 | 1 | | |
| その他職員 | | | | |
| 1 週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数 ※2 | | | | |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従事者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従事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ていない場合は、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 | 3 | 3 | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 2 | 2 | |
| 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 | 2 | 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)

| 夜間帯の設定時間 (19時～ 翌6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 | 1人 | 1人 |

(施設内介護保険事業所)

| | | |
|--|------------|----------|
| 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) | | |
| | 訪問介護事業所の名称 | やまぼうし桜台 |
| | 訪問看護事業所の名称 | 協力医療機関あり |
| | 通所介護事業所の名称 | やまぼうし桜台 |

(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 | 認知症対応型サービス事業管理者研修 | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 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年以上3年未満 | | | 4 | | | | | 1 | |
| | 3年以上5年未満 | 1 | | 2 | | | 1 | | | |
| | 5年以上10年未満 | 1 | | 1 | | 1 | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | |
| | 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 | 賃料については入居契約書第4条3項による。他利用料についても当該入居契約書に規定したとおりである。 |
| | 手続き | 改定に当たって、入居者及び連帯保証人等に事前に書面にて説明を行うものとする。 |

(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 | 1 | 3 | |
| | 年齢 | 70歳 | 75歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.8㎡ | 19.1㎡ | |
| | 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 | 96,000円 | 96,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 148,000円 | 158,000円 | |
| 家賃 | | 48,000円 | 48,000円 | |
| サービス費用 | 介護保険サービス自己負担額 ※1 | 約15,000円 | 約25,000円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 45,000円 | 45,000円 |
| | | 光熱水費 | 20,000円 | 20,000円 |
| | | 生活支援サービス費 | 20,000円 | 20,000円 |
| | | その他(消耗品、医療費、嗜好品など) ※2 | 円 | 円 |

※1 利用する介護保険サービスによって異なります。
 ※2 入居される方のご利用の医療体制によって異なります。

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 建物の建設費、設備、備品、利息等基礎として一室当たりの家賃を算出。 |
| 敷金 | 家賃の2ヶ月分 |
| 生活支援サービス費 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない サ高住として提供する基本サービスです。 24時間の状況把握・日常的な生活相談サービス、健康の維持増進などを提供します。 |
| 食費 | 月末に集計し実費でいただきます。 朝食 400円 昼食 600円 (おやつ代 100円含み) 夕食 500円 |
| 光熱水費 | 隣接する有料老人ホームの使用量を基に電気、水道料金を算出し、設定しております。冬期間10月～翌年4月までの期間は、暖房費10,000円を追加料金としていただいています。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2により、訪問介護などを利用の場合、別途費用が発生します。詳細については担当ケアマネージャーにご確認ください。 |
| その他のサービス利用料 | 施設内イベント等で実費が発生する場合には書面にてお知らせし、同意を得た上で実施致します。 |
| その他の料金について | 家電製品の持ち込み 1つにつき 1ヶ月/500円。 備え付けベッド代 1ヶ月/500円 |

7. 入居者の状況【平成31年 4月 1日現在】

(入居者の人数)

| | | |
|-------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 4人 |
| | 女性 | 12人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 6人 |
| | 85歳以上 | 7人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援1 | 人 |
| | 要支援2 | 人 |
| | 要介護1 | 5人 |
| | 要介護2 | 8人 |
| | 要介護3 | 3人 |
| | 要介護4 | 人 |
| 入居期間別 | 要介護5 | 人 |
| | 6ヶ月未満 | 3人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 2人 |
| | 1年以上5年未満 | 11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 | | 歳 |
| 入居者数の合計 | | 人 |
| 入居率 ※ | | % |
| ※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 | 人 |
| | 医療機関 | 人 |
| | 死亡者 | 人 |
| | その他 | 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) |
| | | |

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 | | やまぼうし桜台 |
| 電話番号 | | 019-667-1977 |
| 対応している時間 | 平日 | 9時00分～17時00分 |
| | 土曜 | 9時00分～17時00分 |
| | 日曜・祝日 | 9時00分～17時00分 |
| 定休日 | | なし |
| 窓口の名称 | | 盛岡市社会福祉協議会 苦情解決委員会 |
| 電話番号 | | 019-651-1000 |
| 対応している時間 | 平日 | 10時00分～16時00分 |
| | 土曜 | 休み |
| | 日曜・祝日 | 休み |
| 定休日 | | 土、日、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)「」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) サービスの提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償されます。 |

| | | |
|------------------|------|------|
| | | |
| | 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 | | |

(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) ※新設により未実施

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) 設置予定あり |
| | 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：やまぼうし桜台) 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 | ① あり | 2 なし |

別添1 事業主体が当該都道府県、政令指定都市、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 | やまぼうし桜台 | 盛岡市桜台二丁目 18-4 |
| 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 | やまぼうし桜台 | 盛岡市桜台二丁目 18-4 |
| 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 | | |
| 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 | やまぼうし桜台 | 盛岡市桜台二丁目 18-3 |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |

別添2

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 | |
|----------------------------------|--|----|--------------------------------|------|---|------|---------|---------------|
| | 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) | | | 都度※2 | 料金※3 | 備 考 |
| | | | | 包含※2 | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | 通所介護、訪問介護を利用 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 軽微な介助に限り |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,500 円 | 付き添い、送迎あり。 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | | | |
| おやつ | | | なし | あり | ○ | | | 昼食代に含まれている。 |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | 別紙あり | 訪問理美容師によるサービス |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | | | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,500 円 | 送迎のみ。 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | 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含まれる場合と、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。