

重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 1 2 月 1 日
記入者名	井上 明
所属・職名	法人代表

1. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	理念は先人への感謝です。 安心した穏やかな生活をお過ごしいただきたい。
サービスの提供内容に関する特色	ひとりひとりの状況や状態を考えて生活のスタイルを提供いたしています。
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

(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
	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（訪問診療対応）	
協力医療機関	1	名称	医療法人親和会 西島病院
		住所	沼津市大岡 2835-7
		診療科目	脳神経外科、神経内科、心臓血管外科、循環器内科、整形外科、リウマチ科、消化器内科、放射線科、外科、麻酔科、リハビリテーション科、脳ドッグ
		協力内容	24時間、救急時の提携病院
	2	名称	青木医院
		住所	長泉町下長窪 568-1
		診療科目	内科・外科
		協力内容	外来・往診・医師の指示による訪問看護
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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	入居契約書第１２条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項入居契約書第１１条	
	解約予告期間	相当の期間
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	２４人	
その他		

2. 職員体制

※サービス付き高齢者向け住宅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				
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	9	7	2	
看護職員	2	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				
※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	3	3	0
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	4	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	① あり	
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	2	1	1
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	人	人
介護職員	1 人	1 人

(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									
				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		1		2								
	3年以上5年未満	1			4								
	5年以上10年未満				2								
	10年以上				1								
	従業者の健康診断の実施状況					① あり 2 なし							

3. 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	4人
	女性	12人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	5人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	2人
	要介護2	4人
	要介護3	3人
	要介護4	7人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	8人
	5年以上10年未満	6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	86歳
入居者数の合計	16人
入居率※	66.6%
※ 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	0人
	医療機関	2人
	死亡者	2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	2 人
		(解約事由の例) 医療機関への入院

4. 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		スローライフ 苦情相談窓口
電話番号		0 5 5 - 9 4 1 - 7 6 2 3
対応してい る時間	平日	0 9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
	土曜	0 9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
	日曜・祝日	0 9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
定休日		無し

窓口の名称		サービス付き高齢者向け住宅 入居者相談窓口
電話番号		03-5645-3573
対応してい る時間	平日	0 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
	土曜	
	日曜・祝日	
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) サービス付き高齢者向け住宅協会の推奨する団体保険
	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) サービス付き高齢者向け住宅協会の推奨する団体保険
	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		

5. 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

※重要事項説明書はご入居契約時に交付いたします。

6. 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) 定期的に各ご家族面会時に近況の報告とご家族からの質問や要望等について話し合いを行う
	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: スローライフ三島ガーデン・南御殿場) 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		
不適合事項がある場合の内容		

7.重要機構説明書の開示状況

開示あり 施設内受付に開示

※ _____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。

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		なし		
訪問入浴介護		なし		
訪問看護		なし		
訪問リハビリテーション		なし		
居宅療養管理指導		なし		
通所介護	あり		デイサービスはまゆう	沼津市大岡3882番地
通所リハビリテーション		なし		
短期入所生活介護		なし		
短期入所療養介護		なし		
特定施設入居者生活介護		なし		
福祉用具貸与		なし		
特定福祉用具販売		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		
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		
介護医療院	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	
	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					備 考	
			（利用者が全額負担）	包含※2	都度※2	料金※3			
介護サービス								入居契約・生活支援サービス契約にて対応	
食事介助				あり	○				
排泄介助・おむつ交換				あり	○				
おむつ代				あり				使用分のみを毎月請求	
入浴（一般浴）介助・清拭			なし						
特浴介助			なし						
身辺介助（移動・着替え等）				あり	○				
機能訓練			なし						
通院介助				あり	○	○	2,400 円/時	介護職員が同行にて出発から帰宅まで	
生活サービス								入居契約・生活支援サービス契約にて対応	
居室清掃				あり					
リネン交換				あり					
日常の洗濯				あり					
居室配膳・下膳				あり					
入居者の嗜好に応じた特別な食事				あり					
おやつ				あり					
理美容師による理美容サービス				あり					
買い物代行				あり				嗜好品やおやつ等	
役所手続き代行				あり					
金銭・貯金管理			なし						
健康管理サービス								入居契約・生活支援サービス契約にて対応	
定期健康診断				あり				年1回	
健康相談				あり					
生活指導・栄養指導				あり					
服薬支援				あり					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）				あり					
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス				あり					
入退院時の同行				あり				入退院時の事務手続き	
入院中の洗濯物交換・買い物				あり					
入院中の見舞い訪問				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、月額サービスの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。