別紙様式

**プラチナ・シニアホーム草加**

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 平成28年7月1日 |
|  | 記入者名 | 鈴木　裕之 |
| 所属・職名 | 施設長 |

**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）かぶしきかいしゃれいくすとぅえんてぃわん  株式会社レイクス２１ | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒104-0031　東京都中央区京橋一丁目11番8号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-3564-1620 |
| FAX番号 | 03-3564-1621 |
| ホームページアドレス | http://lakes21.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 池　俊明 |
| 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成　12年　1月　4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）ぷらちな・しにあほーむそうか  プラチナ・シニアホーム草加 | |
| 所在地 | 〒340-0056  埼玉県草加市新栄三丁目3番地16 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 新田駅 |
| 交通手段と所要時間 | 1.東武スカイツリーライン（東武伊勢崎線）新田駅東口から、朝日自動車バス新栄団地行き乗車、二ツ橋バス停下車、徒歩約3分  2.埼玉高速鉄道線戸塚安行駅から徒歩17分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-946-1115 |
| FAX番号 | 048-946-1116 |
| ホームページアドレス | http://www/lakes21.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 鈴木　裕之 |
| 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成　24年　6月30日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成　24年　7月　1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 | 999.00㎡ | | | | | | | | | | |
| 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  （　　　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 | | | | | 1,459.32㎡ | | | | | |
| うち、老人ホーム部分 | | | | | 1,459.32㎡ | | | | | |
| 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（　薄板軽量形鋼造　　　） | | | | | | | | | | |
| 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  （2012年7月1日～2037年6月30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 | | | | 18.83㎡ | 41 | | 一般居室個室 |
| タイプ２ | 有／無 | | | 有／無 | | | | 18.83㎡ | 2 | | 一般居室個室 |
| 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 | | | 3ヶ所 | | うち男女別の対応が可能な便房 | | | | | 3ヶ所 | |
| うち車椅子等の対応が可能な便房 | | | | | 3ヶ所 | |
| 共用浴室 | | | 3ヶ所 | | 個室 | | | | | 3ヶ所 | |
| 大浴場 | | | | | 0ヶ所 | |
| 内、共用浴室における介護浴槽 | | | 1ヶ所 | | チェアー浴 | | | | | 1ヶ所 | |
| リフト浴 | | | | | 0ヶ所 | |
| ストレッチャー浴 | | | | | 0ヶ所 | |
| その他（　　　　　　） | | | | | 0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 | 高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び埼玉県高齢者居住安定確保計画に基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅事業を実施いたします。また、在宅高齢者が医療や介護等が必要になっても、安心して住み慣れた地域で住み続けることのできる住まいの充実を目的として、事業を運営してまいります |
| サービスの提供内容に関する特色 | 併設の訪問介護・介護予防訪問介護事業所、居宅介護支援事業所のスタッフとともに、基本サービススタッフが生活・介護などの相談、見守り・安否確認、緊急対応などのサービスを行います。また、各種イベントを開催し、家庭的な雰囲気の中で楽しく穏やかな生活環境を提供します。  下記「生活支援サービスの内容」に掲げるサービスのご利用分につきましては、介護保険によるサービス提供ではありませんので、介護保険の適用はできません。  　介護保険サービスをご利用になる場合、ご希望により、併設の訪問介護・介護予防訪問介護事業所、居宅介護支援事業所以外の事業所を選択することも可能です。 |
| 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（　　　コール対応　　　　　　　　　　） | |
| 協力医療機関 | １ | 名称 | 医療法人社団あすは会 |
| 住所 | 東京都足立区東伊興3-21-3 |
| 診療科目 | 内科 |
| 協力内容 | 協力医療機関 |
| ２ | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 診療科目 |  |
| 協力内容 |  |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 協力内容 |  |

**（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 | |
| 便所の変更 | 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 | 次の①または②に該当の方です。  ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者/60歳以上の親族/要介護・要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事等が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者または要介護・要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。） | |
| 契約の解除の内容 | 入居者及び入居代理人は、事業者に対し、１か月の予告期間をおいて文書で通知することにより、本契約を解約することができます。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 事業者は、入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の生活支援方法では、これを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することができます。この場合、事業者は次の手続を行います。  　①　契約解除の通告について９０日の勧告期間をおく  　②　前号の通告に先立っての意思を確認する  　③　解除勧告の予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する  　④　主治医及び生活支援サービス提供スタッフ等の意見を聞く  　⑤　一定の観察期間をおく  　事業者は、入居者が正当な理由なく、事業者に支払うべきサービス利用料を３か月以上滞納した場合において、入居者に対し、相当の期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払がないときは、この契約を解除することがあります。 |
| 解約予告期間 | 90日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | |
| 体験入居の内容 | １　あり（　内容：1泊から住宅費・生活支援含む、食事代別途にて実施　）  ２　なし | |
| 入居定員 | 43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 | 0 |  |
| 生活相談員 | | 0 | 0 | 0 |  |
| 直接処遇職員 | | 0 | 0 | 0 |  |
|  | 介護職員 | 14 | 8 | 6 |  |
|  | 看護職員 | 0 | 0 | 0 |  |
| 機能訓練指導員 | | 0 | 0 | 0 |  |
| 計画作成担当者 | | 0 | 0 | 0 |  |
| 栄養士 | | 0 | 0 | 0 |  |
| 調理員 | | 0 | 0 | 0 |  |
| 事務員 | | 0 | 0 | 0 |  |
| その他職員 | | 0 | 0 | 0 |  |
| 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 | | |
| 15 | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 1 | 0 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 14 | 8 | 6 |
| 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 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 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（　18時～　　9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）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・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） | 契約上の職員配置比率※  【表示事項】 | | | ａ　1.5：１以上  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 |
| ※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 | | | |  | | | | |
| 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 | | 0 | 0 | 2 | | 8 | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度１年間の退職者数 | | 0 | 0 | 3 | | 8 | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | １年未満 | 0 | 0 | 5 | | 3 | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| １年以上３年未満 | 0 | 0 | 1 | | 2 | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ３年以上５年未満 | 0 | 0 | 2 | | 1 | | 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】 | | 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 | 入居契約書第4条第3項、第5条第4項、第7条第3項のとおり | |
| 手続き | 双方協議の上契約書の差替え | |

**（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 |  |
| 年齢 | | 60歳 | 歳 |
| 居室の状況 | | | 床面積 | | 18.88㎡ | 18.88㎡ |
| 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 | 円 |
| 敷金 | | 0円 | 円 |
| 月額費用の合計 | | | | | 円 | 円 |
|  | 家賃 | | | | 50,000円 | 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 | 45,360円 | 円 |
|  | 共益費 | 25,000円 | 円 |
|  | 介護費用 | 実費円 | 円 |
|  | 光熱水費 | （共益費に含まれる）円 | 円 |
|  | その他（生活相談支援サービス費・消費税8％含む） | 20,571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 | 建物の賃料、設備備品等を基礎として1室あたりの賃料を算出しています。 |
| 敷金 | 家賃の　　ヶ月分 |
| 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（共益費） | 居室部分、共同利用設備部分及び共用部分の光熱水費  設備定期点検・保守管理費（エレベーター、空調機、等）  共同利用設備部分及び共用部分の日用品費、町内会費、等 |
| 食費 | 朝食324円、昼食648円、夕食540円（8％消費税込）  1日当たり1,512円×30日で計算  食材料費、厨房に係る人件費、食器その他器具什器費の減価償却費より算出しています。  食費は月単位での請求となります。  食費：月額45,360円（30日の場合）[朝食324円　昼食648円　夕食540円　]　朝食は午前8時～9時　昼食は午後0時～1時　夕食は午後6時～7時　各階の食堂で提供します。居室へ配食することもできます（別途有料）。キャンセル・変更等は提供される日の前々日午前9時までにお届けください。前々日午前9時までにお届けいただいたキャンセルの場合、食事代の計算は喫食数での計算となりますが、それ以降のお届けまたは無届けの場合は、一日単位の食費計算とさせていただきます。食事は、本住宅の厨房で調理いたします |
| 光熱水費 | 共益費に含まれる |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添２ |
| その他のサービス利用料 |  |

**（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 |  |
| 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） |  |
| ※　介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

**（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 算定根拠 | |  |
| 想定居住期間（償却年月数） | | ヶ月 |
| 償却の開始日 | | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） | | 円 |
| 初期償却率 | | ％ |
| 返還金の算定方法 | 入居後３月以内の契約終了 |  |
| 入居後３月を超えた契約終了 |  |
| 前払金の保全先 | １　連帯保証を行う銀行等の名称 |  |
| ２　信託契約を行う信託会社等の名称 |  |
| ３　保証保険を行う保険会社の名称 |  |
| ４　全国有料老人ホーム協会 | |
| ５　その他（名称：　　　　　　　　　　　　　　　） | |

**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 | 21人 |
| 女性 | 21人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 4人 |
| 65歳以上75歳未満 | 11人 |
| 75歳以上85歳未満 | 15人 |
| 85歳以上 | 12人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| 要支援１ | 0人 |
| 要支援２ | 3人 |
| 要介護１ | 9人 |
| 要介護２ | 13人 |
| 要介護３ | 8人 |
| 要介護４ | 7人 |
| 要介護５ | 2人 |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | 8人 |
| ６ヶ月以上１年未満 | 2人 |
| １年以上５年未満 | 32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 | 77.5歳 |
| 入居者数の合計 | 42人 |
| 入居率※ | 97.6％ |
| ※ 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 | 1人 |
| 社会福祉施設 | 4人 |
| 医療機関 | 2人 |
| 死亡者 | 2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 | 1人 |
| （解約事由の例）もともと介護度も低く、元気になられ自宅へ帰りたい意向の申し出があった為。 |

**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 | | プラチナ・シニアホーム草加 |
| 電話番号 | | 048-946-1115 |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9：00～午後6：00分 |
| 土曜 | 午前9：00～午後6：00分 |
| 日曜・祝日 | 午前9：00～午後6：00 |
| 定休日 | | なし |
| 事業者以外の苦情に対応する窓口 | | 埼玉県福祉部高齢者福祉課　　　　　電話048-830-3254 |
| 埼玉県都市整備部住宅課　　　　　　電話048-830-5562 |
| 草加市消費生活センター　　　　　　電話048-941-6111 |
| 埼玉県消費生活支援センター春日部（相談専用）  電話048-734-0999 |

**（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）  東京海上日動火災保険株式会社  事業活動包括保険 |
| 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）速やかにご家族に連絡、適切な措置を講じる。 |
| 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　　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 | | なし | | | |
|  | 不適合事項がある場合の内容 |  | | | |

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）

上記の内容について、説明を行い、利用者の確認及び同意を得て、交付しました。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 説明年月日 | 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者 | 所在地 | 東京都中央区京橋一丁目１１番８号 |  |
|  | 事業者(法人)名 | 株式会社レイクス２１ |  |
|  | 代表者職･氏名 | 代表取締役　　池　俊明 |  |
| 事業所 | 所在地 | 埼玉県草加市新栄三丁目3番地16 |  |
|  | 名称 | プラチナ・シニアホーム草加 |  |
| 説明者 | 説明者･氏名 |  | 印 |

上記の内容について、説明を受け、同意及び確認をし、交付を受けました。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同意及び  確認年月日 | 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入居者 | 住所 |  |  |
|  | 氏名 |  | 印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 署名代行者 | 下記の理由により、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。  署名代行理由：[　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　 ] | | |
| 本人との続柄  《　　　　　　　　》 | 住所 |  |  |
| 氏名 |  | 印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理人  本人との続柄  《　　　　　　　　》 | 住所 |  |  |
| 氏名 |  | 印 |
| 立会人 | 住所 |  |  |
| 本人との続柄  《　　　　　　　　》 | 氏名 |  | 印 |

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 | あり | なし | プラチナ・訪問介護ステーション草加  （他４カ所） | 埼玉県草加市  新栄3-3-16 |
| 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 | プラチナ・デイサービス埼玉坂戸 | 埼玉県坂戸市  元町65-6 |
| 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 | プラチナ・シニアホーム春日部藤の牛島 | 埼玉県春日部市牛島  (以下未定) |
| 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 |  |  |
| 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 | プラチナ・ケアプランサービス草加  （他３ヶ所） | 埼玉県草加市  新栄3-3-16 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
|  | 介護予防訪問介護 | あり | なし | プラチナ・訪問介護ステーション草加  （他４ヶ所） | 埼玉県草加市  新栄3-3-16 |
| 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 | プラチナ・シニアホーム春日部藤の牛島 | 埼玉県春日部市牛島  (以下未定) |
| 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** 　　　　 **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** | **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 | | | | | 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 | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 食事介助 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 540円/１回 |  | |
|  | 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 540円/１回 |  | |
|  | おむつ代 |  |  | なし | あり |  |  |  | 各個人で購入 | |
|  | 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 2,160円/１回 | 清拭1,620円/1回 | |
|  | 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 |  | ○ | 540円/１回 |  | |
|  | 機能訓練 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | 通院介助 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
| 生活サービス | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 居室清掃 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 540円/１回 | 住宅内の一般的な清掃 | |
|  | 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 |  | ○ | 540円/１回 |  | |
|  | 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 270円/１回 |  | |
|  | 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 |  |  |  |  | |
|  | 理美容師による理美容サービス |  |  | なし | あり |  | ○ | 実費 |  | |
|  | 買い物代行 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 540円/１回 | 食料品や衣類等の買物。希望者を募りまとめ買いを行う場合。貴重品・遠隔地への代行は別途。 | |
|  | 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり |  | ○ | 1,080円/１時間 | 介護保険サービス関係以外の市・区役所などでの書類請求申請交付に必要な手続きの提出サービス | |
|  | 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 |  |  |  | ※回数（年○回など）を明記すること | |
|  | 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 |  | ○ | 3,240円/１回 |  | |
|  | 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 |  |  |  |  | |
|  | 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、月額のサービス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。