別紙様式

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 平成28年11月1日 |
|  | 記入者名 | 豊田　直子 |
| 所属・職名 | そんぽの家Ｓ　川口上青木管理者 |

※　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 | 株式会社 |
| 名称 | （ふりがな）そんぽけあめっせーじかぶしきがいしゃＳＯＭＰＯケアメッセージ株式会社 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒700-0953　岡山県岡山市南区西市522番地1 |
| 連絡先 | 電話番号 | 086-242-1551 |
| FAX番号 | 086-242-1577 |
| ホームページアドレス | <http://www.sompocare-message.jp/> |
| 代表者 | 氏名 | 菊井　徹也 |
| 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成９年５月２６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）そんぽのいええすかわぐちかみあおきそんぽの家Ｓ　川口上青木 |
| 所在地 | 〒333-0844埼玉県川口市上青木４丁目4-5 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 川口駅 |
| 交通手段と所要時間 | 例：①バス利用の場合・国際興業バスで乗車20分、上青木交番停留所で下車、徒歩1分②自動車利用の場合・乗車15分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-264-6005 |
| FAX番号 | 048-264-6006 |
| ホームページアドレス | <http://www.sompocare-message.jp/> |
| 管理者 | 氏名 | 豊田　直子 |
| 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | 平成24年8月31日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |

**３．サービスの内容**

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | 高齢者の尊厳を敬い、良質な住まいを提供します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 介護、医療の連携により、看取りまで行なえるよう支援致します。 |
| 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※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 | はとがや病院在宅医療部 |
| 住所 | 川口市坂下4-16-26 |
| 診療科目 | 内科 |
| 協力内容 | 訪問診療 |
| ２ | 名称 | あずま在宅クリニック |
| 住所 | 川口市東元郷965 |
| 診療科目 | 内科 |
| 協力内容 | 訪問診療 |
| ３ | 名称 | 悠翔会在宅クリニック川口 |
| 住所 | 川口市柳崎4-8-33 |
| 診療科目 | 内科・精神科 |
| 協力内容 | 訪問診療 |
| ４ | 名称 | 城東在宅医療クリニック |
| 住所 | 足立区綾瀬4-7-10柏芳ビル2F |
| 診療科目 | 内科 |
| 協力内容 | 訪問診療 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | ラビット歯科 |
| 住所 | 埼玉県戸田市新曽1292-4 |
| 協力内容 | 訪問歯科 |
| 名称 | グリーン歯科 |
| 住所 | 川口市安行領根岸3180イオンモール川口2F |
|  |  | 協力内容 | 訪問歯科 |
| 名称 | リボン歯科 |
| 住所 | 川口市並木元町1-65リボンシティ1F |
| 協力内容 | 訪問歯科 |

**（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に該当する者である。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 / 要介護認定又は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が認める者）（「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは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 | １　次の各号に掲げる義務に違反した場合において、その滞納期間が２か月を超え、事業者が当該義務の履行を催告したにもかかわらず、当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。①賃貸借契約書第５条第１項に規定する賃料支払義務②賃貸借契約書第６条第１項に規定する共益費支払義務③賃貸借契約書第１２条第１項後段に規定する費用負担義務④賃貸借契約書第１３条に規定する損害賠償金支払義務２　事業者は、利用者が次の各号に掲げる事由のいずれかに該当する場合において、当該事由により本契約を継続することが困難であると認められるときには、本契約を解除することができる。①入居申込書及び本契約書への虚偽記載その他不正な方法により入居したことが発覚したとき。②賃貸借契約書第１１条第３項に定める甲への通知を怠り、１か月以上所在不明になったとき。③禁錮以上の刑の判決を受け、それが確定したとき。④賃貸借契約書第３条に規定する本物件の使用目的遵守義務、第１０条各項に規定する禁止・制限事項、第２１条の連帯保証人又は第２２条の身元引受人の追加・変更等の義務を怠ったとき、その他利用者が本契約に定める事項に違反し、又は利用者の義務を履行しないとき。⑤その他、事業者、管理人又はそれらの従業員等に対して、社会生活上許容できない行為を行ったとき。３　事業者は、利用者（連帯保証人、身元引受人、乙の家族その他の関係者を含む。）が賃貸借契約書第１０条第３項第８号に違反した場合には、何らの催告も要せずして、本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 | 物件の老朽、損傷、一部の滅失その他の事由により、適切な規模、構造及び設備を有する賃貸住宅として維持し、又は当該賃貸住宅に回復するのに過分の費用を要する等正当な理由がある場合。 |
| 解約予告期間 | ６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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　54人 |
| その他 |  |

**４．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 | 2 | 2 |  |  |
| 生活相談員 | 8 | 8 |  |  |
| 直接処遇職員 |  |  |  |  |
|  | 介護職員 |  |  |  |  |
|  | 看護職員 |  |  |  |  |
| 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 | 5 | 5 |  |
| 実務者研修の修了者 | 3 | 3 |  |
| 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 |  |  |  |
| 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（　１７時　～　９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 | 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 | 実務者研修 |
| 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 | 0 | 0 |  | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度１年間の退職者数 | 0 | 0 |  | 0 | 4 | 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 |  |  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| １年以上３年未満 | 0 | 0 |  | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ３年以上５年未満 | 0 | 0 |  | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ５年以上10年未満 | 0 | 0 |  | 0 | 1 | 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 |

**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 | 15人 |
| 女性 | 36人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| 65歳以上75歳未満 | 9人 |
| 75歳以上85歳未満 | 11人 |
| 85歳以上 | 31人 |
| 要介護度別 | 自立 | 13人 |
| 要支援１ | 4人 |
| 要支援２ | 2人 |
| 要介護１ | 10人 |
| 要介護２ | 8人 |
| 要介護３ | 3人 |
| 要介護４ | 10人 |
| 要介護５ | 1人 |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | 5人 |
| ６ヶ月以上１年未満 | 1人 |
| １年以上５年未満 | 45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 | 83.7歳 |
| 入居者数の合計 | 51人 |
| 入居率※ | 94.4％ |
| ※ 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 | 0人 |
| 医療機関 | 0人 |
| 死亡者 | 3人 |
| その他 | 3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 | 7人 |
| （解約事由の例）・転居の為・本人ご逝去の為 |

**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 | ＳＯＭＰＯケアメッセージ株式会社　お客様相談室 |
| 電話番号 | ０１２０－５７－２２５５ |
| 対応している時間 | 平日 | ９時～１８時 |
| 土曜 | － |
| 日曜・祝日 | － |
| 定休日 | 土日祝日 |
| 窓口の名称 | サ住協入居者相談窓口（財）サービス付き高齢者向け住宅協会 |
| 電話番号 | ０３－５６４５－３５７３ |
| 対応している時間 | 平日 | ９時～１７時 |
| 土曜 | － |
| 日曜・祝日 | － |
| 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）サ住協賠償責任保険 |
| 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） |
| 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 |  |
|  | 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）

※　　　　　　　　　　　　　　様

説明年月日　平成　　年　　月　　日

説明者署名

契約者署名

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 | メッセージケアサービス川口 | 埼玉県川口市上青木4-4-5 |
| 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 |  |  |
| 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 | メッセージケアプランセンター川口 | 埼玉県川口市上青木4-4-5 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ |
|  | 介護予防訪問介護 | あり | なし | メッセージケアサービス川口 | 埼玉県川口市上青木4-4-5 |
| 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** 　　　　 **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 |  |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  |  |
|  | 機能訓練 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 通院介助 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 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 |  |  |  |  |
|  | 理美容師による理美容サービス |  |  | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 買い物代行 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | ※利用できる範囲を明確化すること |
|  | 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 |  |  |  | ※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 |  |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  | ※付添いができる範囲を明確化すること |
|  | 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。