

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和5年7月5日 |
| 記入者名 | 関 貴分 |
| 所属・職名 | 管理責任者 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|------------------------------------|--------------|
| 種類 | 個人／法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 合同会社 |
| 名称 | (ふりがな) 合同会社 ハンビツ | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒289-1732 千葉県山武郡横芝光町横芝野々合 1534-2 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0479-85-5152 |
| | FAX 番号 | 〃 5153 |
| 代表者 | 氏名 | 関貴分 |
| | 職名 | 代表社員 |
| 設立年月日 | 令和元年 9月 3日 | |
| 主な実施事業 | 1. 有料老人ホームの経営 2. 介護保険法に基づく居宅サービス 他 | |

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | | |
|---------------|---------------|--------------|-------------|
| 名称 光和 | (ふりがな) こうわ | 土地面積 | 836.36㎡ |
| | | 延床面積 | 215.61㎡ |
| | | 構造 | 木造かわらぶき2階建て |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 横芝駅 徒歩3分 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0479-85-5152 | |
| | FAX 番号 | 〃 5153 | |
| 管理者 | 氏名 | 関 貴分 | |
| | 職名 | 管理責任者 | |
| 建物の使用開始日 | | 令和4年 10月 30日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 令和4年 10月 30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 |

3. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | 入居者が、自宅同様に安心して快適に生活できる環境を提供し、また食事や入浴のサポートを通じて充実感を実感できるサービス提供を心掛ける。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 庭石・植木を美しく配置した庭園環境の下、家族同様に接して普段通りの生活ができる。 |
| 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 | 野口在宅クリニック |
| | | 住所 | 千葉県旭市二 1834-1 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| | | 医師名・電話 | 野口信夫 0479-74-3668 |

(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 | — | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | — |
| | 解約予告期間 | — ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | — ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり(内容:) 2 なし | |
| 入居定員 | 10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5 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | | | |
| 生活相談員 | 0 | | | |
| 直接処遇職員 | 4 | 2 | 2 | |
| 介護職員 | 4 | 2 | 2 | |
| 看護職員 | 0 | | | |
| 機能訓練指導員 | 0 | | | |
| 栄養士 | 0 | | | |
| 調理員 | 0 | | | |
| 事務員 | 0 | | | |
| その他職員 | 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 4 | | |
|-----------|------|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | 0 | | |
| 介護福祉士 | 1 | | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 1 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 1 | |
| 介護支援専門員 | 0 | | |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 0 | | |
|-------------|------|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | 0 | | |
| 理学療法士 | 0 | | |
| 作業療法士 | 0 | | |
| 言語聴覚士 | 0 | | |
| 柔道整復士 | 0 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | | |
| はり・きゅう師 | 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 ~ 06 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 |

(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 | | | | | 1 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | 1 | | | | | | |
| 業務に従 | 1年未満 | | | | | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | | | 2 | | | | | | |
| | 3年以上5 | | | | 3 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|
| 事 し た 経 験 年 数 に 応 じ た 職 員 の 人 数 | 年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未 満 | | | | | | | | | | |
| | 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 | 当面なし |
| | 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 | 5 | 2 |
| | 年齢 | 84歳 | 87歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 12.4㎡ | 9.3㎡ |
| | 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 | 0円 | 0円 |
| 月額費用の合計 | | 82,500円 | 82,500円 |
| 家賃 | | 27,000円 | 27,000円 |

| | | | |
|--------|-------------------------------|---------|---------|
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 0円 | 0円 |
| | 介護保険外 ^{※2} | | |
| | 食費 | 40,000円 | 40,000円 |
| | 管理費 | 6,000円 | 6,000円 |
| | 介護費用 | 円 | 円 |
| | 光熱水費 | 6,000円 | 6,000円 |
| | その他 | 3,500円 | 3,500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 | 同規模家屋家賃／平均入居者人数 (160,000円／6人) |
| 敷金 | — |
| 介護費用 | |
| 管理費 | 実績金額に基づく |
| 食費 | 〃 |
| 光熱水費 | 〃 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | — |
| その他のサービス利用料 | — |

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 | 3人 |
| | 女性 | 3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 | 4人 |
| | 85歳以上 | 2人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援1 | 1人 |
| | 要支援2 | 人 |
| | 要介護1 | 人 |
| | 要介護2 | 1人 |
| | 要介護3 | 3人 |
| | 要介護4 | 人 |
| | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 3人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 3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 | 83歳 |
| 入居者数の合計 | 6人 |
| 入居率 [*] | 60% |

※ 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 | 2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 | 関 貴分、吉田次夫 | |
| 電話番号 | 関 貴分:090-5339-1776、吉田次夫:090-3437-0365 | |
| 対応している時間 | 平日 | |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | 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)

| | | |
|-------------------------------|-----------|--------|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 あり | (その内容) |
| | 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 回 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり | (内容) |
| | 2 代替措置なし:今後、年2回程度の懇談会を計画する。 | |
| 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(令和 4 年 12 月 日届出) 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(年 月 日登録) 2 なし | |
| 千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり 2 なし (令和3年9月1日施行の設置運営指導指針を適用) | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | 1. スプリンクラー未設置(所轄消防署と協議中) 2. 定員(10名)到達時、面積不足 3. 便所に緊急通報装置未設置 4. 2階に職員室・汚物処理室未設置 | |
| 「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) | |
| | — | |

※ _____ 様

説明年月日 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。

以上、説明を受けました。

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 | 併設・隣接の状況 | | 事業所の名称 | 所在地 |
|--------------------------|----------|----|--------|---------------------------------------|
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 | 訪問介護光和 千葉県山武市殿台 207-2 ダイアパレス成東 1109 号 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| <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 | 併設・隣接 | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | |

| | | | | | |
|-------------------|----|----|-------|--|--|
| 居宅介護支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <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 | 併設・隣接 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護医療院 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| その他の生活支援サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |

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 |

