

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------------|
| 記入年月日 | 平成 31 年 4 月 1 日 |
| 記入者名 | 對馬久子 |
| 所属・職名 | 代表取締役 |

※ 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 | 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな)あぼじおかぶしきがいしや アボジオ株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒292-0063 千葉県木更津市江川 999 番地5 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0438-38-5902 |
| | FAX 番号 | 0438-38-5903 |
| | ホームページアドレス | http://www.camrose.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 對馬 久子 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成 23 年 8 月 1 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1(別々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)かむろーず カムローズ | |
| 所在地 | 〒292-0063 千葉県木更津市江川 999 番地 5 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 木更津駅 |
| | 交通手段と所要時間 | バスで 15 分降車後徒歩 1 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0438-38-5902 |
| | FAX 番号 | 0438-38-5903 |
| | ホームページアドレス | http://www.camrose.co.jp |

| | | |
|---------------|----|------------------|
| 管理者 | 氏名 | 對馬莉緒菜 |
| | 職名 | |
| 建物の竣工日 | | 平成 31 年 3 月 26 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成 31 年 4 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 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|--|---------------|---------------------------|-----------------|--------|-------|-----|
| 土地 | 敷地面積 | 2086.11㎡ | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 2 抵当権あり | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1202.06㎡ | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 778.91㎡ | | | |
| | 耐火構造 | 準耐火構造 | | | | |
| | 構造 | 鉄骨造 | | | | |
| | 所有関係 | 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 | 1 全室個室 | | | | |
| | 【表示事項】 | | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
| | タイプ1 | 有 | 無 | 14.76㎡ | 11 | |
| | タイプ2 | 有 | 無 | 14.79㎡ | 1 | |
| | タイプ3 | 有 | 無 | 14.88㎡ | 2 | |
| | タイプ4 | 有 | 無 | 15.51㎡ | 1 | |
| | タイプ5 | 有 | 無 | 15.60㎡ | 1 | |
| タイプ6 | 有 | 無 | 15.63㎡ | 1 | | |
| タイプ7 | 有 | 無 | 21.10㎡ | 2 | | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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 | 2ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 2ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 2ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 1ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | ヶ所 | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | ヶ所 | | |
| | | その他(特浴) | 1ヶ所 | | | |
| 食堂 | あり | | | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | あり | | | | | |
| エレベーター | あり(ストレッチャー対応) | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | あり | | | | |
| | 自動火災報知設備 | あり | | | | |
| | 火災通報設備 | あり | | | | |

| | | |
|-----|---------|----|
| | スプリンクラー | あり |
| | 防火管理者 | あり |
| | 防災計画 | あり |
| 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確保に関する指針に基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅を運営いたします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 地域密着を基本に自宅にいるような家庭的な施設を目指します。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | なし |
| 食事の提供 | 自ら実施 |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | なし |
| 健康管理の供与 | なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 自ら実施 |
| 生活相談サービス | 自ら実施 |

(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 | 木更津クリニック訪問診療 春の音 |
| | | 住所 | 木更津市大和 1-4-18 |
| | | 診療科目 | 総合診療 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| | 2 | 名称 | 武井整形外科 |
| | | 住所 | 千葉県木更津市岩根 1-1-5 |
| | | 診療科目 | 整形外科 |
| | | 協力内容 | 受診診療 |
| 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 | あり |
| | 要支援の者 | あり |
| | 要介護の者 | あり |
| 留意事項 | 60歳以上 | |
| 契約の解除の内容 | 入居者が逝去した場合、入居者及び事業者から契約解除が行われた場合 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居者の行動が、他の入居者・職員に危 |

| | | |
|--------------|--------|-----------------|
| | | 害を及ぼすかその恐れがある場合 |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | | 1ヶ月 |
| 体験入居の内容 | | なし |
| 入居定員 | | 21人 |

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 | | | | |
| 生活相談員 | | | | |
| 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} | | | | |
| <p>※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。</p> <p>※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。</p> | | | | |

(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 | | | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | | | |
| 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
 はり師
 きゅう師

(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 | | |
| 介護職員 | | |

(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 | | | | | | | | | |
| | 3年以上5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】 | 建物賃貸借方式 |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 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 | 減額なし |
| 利用料金の改定 | 条件 手続き |
| | 消費者物価指数や人件費等を勘案し2年に1回改定することがある。 入居者家族への個別相談、報告。 |

(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 | | |
| | 年齢 | 60歳 | 60歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 14.76㎡ | 21.10㎡ |
| | 便所 | 有 | 有 |
| | 浴室 | 無 | 無 |
| | 台所 | 無 | 有 |
| 月額費用の合計 | | 167,000円 | 294,000円 |
| 家賃 | | 50,000円 | 80,000円 |
| 介護保険外※ 2 | 食費 | 54,000円 | 108,000円 |
| | サービス相談費 | 30,000円 | 60,000円 |
| | 共益費 | 33,000円 | 46,000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 | 近隣相場と同等程度 |
| 敷金 | なし |
| 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 | 他の運営施設を参考にしている |
| 食費 | 朝食 400円 昼食 700円 夕食 700円 |
| 光熱水費 | 他の運営施設を参考にしている |
| 利用者の個別的な選択に | 別添2 |

| | |
|-----------|--|
| よるサービス利用料 | |
|-----------|--|

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 | 4人 |
| | 女性 | 16人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 0人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 3人 |
| | 85歳以上 | 16人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 3人 |
| | 要介護2 | 3人 |
| | 要介護3 | 4人 |
| | 要介護4 | 6人 |
| 入居期間別 | 要介護5 | 4人 |
| | 6ヶ月未満 | 6人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 0人 |
| | 1年以上5年未満 | 14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 | 87歳 |
| 入居者数の合計 | 20人 |
| 入居率* | 95% |

※ 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

2人

医療機関

1人

死亡者

3人

その他

| | |
|----------------------|----|
| 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)特養入所2 | |

8. 苦情・事故等及び部屋の移動に関する体制

(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。

| | |
|-------------|--------------|
| カムローズ苦情受付窓口 | 担当: 對馬久子 |
| 電話番号 | 0438-38-5902 |

| | |
|--------------|---------------|
| 行政機関、その他受付窓口 | 県土整備部住宅課住宅支援班 |
| 電話番号 | 043-223-3231 |

(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 | あり |
| 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 | あり |
| 事故対応及びその予防のための指針 | なし |

部屋の移動

(緊急やむ終えず部屋の移動を余儀なくされた場合の対応)

| | |
|---------------|------------------------------------|
| 医療的な処置・見守りが発生 | 主治医・ケアマネ・ご家族を交え話し合いを行う |
| 部屋の移動の確認 | ご家族に同意書を頂く |
| 職員による対応 | 安全且つ迅速に処置や見守りが出来る部屋の確保 |
| 期間の制限 | 移動の際は期限を決める。また、延長の際は再度検討を行い再期限を決める |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|----------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 公開していない |

10. その他

| | |
|--|--|
| 運営懇談会 | 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 | 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 | あり(平成 30 年 10 月 11 日) |
| 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 (平成 年 月 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 | |
| 「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 |
| 千葉県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 | |

※ _____ 様

説明年月日 令和 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 | あり | なし | 訪問介護 カム ローズ | 木更津市江川 529 番地 1 |
| 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 | デイサービス カム ローズ | 木更津市江川 999 番地 5 |
| 通所介護 | あり | なし | デイサービス カム ローズ ブランチ | 木更津市江川 529 番地 1 |
| 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 | | |
| <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 | | |
| 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 | | | | | 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(年〇回など)を明記すること |

| | | | | | | | | |
|---------------|------------------|---------------|----|----|----|----|--|--------------------|
| | | | | | | | | 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 | | ※付添いの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。