

# 重 要 事 項 説 明 書

作成日 令和5年7月1日

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	高野 茂
所属・職名	管理者

**事業主体概要**

種 類	個人/法人
	法人の場合、その種類 <span style="float: right;">合同会社</span>
名 称	(ふりがな) 合 同 会 社 マ ナ
主たる事務所の所在地	〒299-1166 千葉県君津市陽光台2丁目1番10号
連絡先	電話番号 0439-29-6491
	FAX 番号 0439-29-6493
	ホームページアドレス
代表者	氏名 高 野 茂
	職名 代表業務執行社員
設立年月日	平成21年9月1日
主な実施事業	サービス付き高齢者向け住宅事業・通所介護事業

**(サービスの内容)**

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。
サービスの内容に関する特色	介護、医療の連携により、看取りまで行えるよう支援します。
入浴、排せつ又は食事の介助	1 自ら実施    2 委託 3 <input checked="" type="checkbox"/> なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	1 自ら実施    2 委託 <input type="checkbox"/> なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施    2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他(訪問診療医の確保 )	
協力医療機関	1	名称
		住所
		診療科目
		協力内容
	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	

## (入居に関する要件)

入居対象者となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 なし
	要支援	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項	入居時、60歳以上の方		
契約の解除の内容			
事業主体から解除を求める場合	解約条項	サービス付き高齢者向け住宅契約書第11条	
	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	11人		
その他			

## (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	1人	1人	
介護福祉士	1人	1人	
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			1人
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
あん摩マッサージ指圧師			

## (職員の状況)

管理者	他の業務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称	社会福祉士・ヘルパー2級							
		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					
前年度1年間の退職者数			0		0					
業務に従事 人数 経験年数	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				1					
	10年以上	1								
従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし							

## (入居者の状況) 【冒頭に記した記入日現在】

性別	男性	2人
	女性	1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	1人
	85歳以上	2人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	2人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	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	人
	1年以上5年未満	2人
	5年以上10年未満	1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	79歳
入居者数の合計	3人
入居率※	27.2%
※ 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	1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 住宅から解約した場合	0人 (解約自由の例)
	入居者側の申し出	1人 (解約自由の例) 自宅介護への切り換え

## (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	合同会社マナ	
電話番号	0439-29-6491	
対応している時間	平日	8時～18時
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土日祝日	
窓口の名称	サ高協入居者相談窓口 一般社団法人 高齢者住宅協会	
電話番号	03-6867-8535	
対応している時間	平日	8時～18時
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土日祝日	
窓口の名称	千葉県県土整備部都市整備局住宅課住宅支援班	
電話番号	043-223-3231	
対応している時間	平日	8時30分～17時15分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1あり	(その内容) 介護事業者賠償責任補償
	2なし	
事故対応及びその予防のための対応	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			

(入居希望者への事前の情報開示)

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

その他

運営懇談会	1あり	(開催頻度)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1代替措置あり	(内容) 入居者との意見交換の場を定期的に開催しているため。
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1あり 2なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1あり <input checked="" type="checkbox"/> 2なし	
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 \_\_\_\_\_

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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>		
訪問介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
訪問入浴介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
訪問看護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
通所介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
短期入所生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
短期入所療養介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
福祉用具貸与	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
特定福祉用具販売	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
夜間対応型訪問介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
認知症対応型通所介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
認知症対応型共同生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
看護小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
居宅介護支援	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>		
介護予防訪問介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防訪問入浴介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防訪問看護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防通所介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防短期入所生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防短期入所療養介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防福祉用具貸与	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
特定介護予防福祉用具販売	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>		
介護予防認知症対応型通所介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護予防支援	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>		
介護老人福祉施設	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護老人保健施設	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護療養型医療施設	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	

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※ <sup>1</sup> )		個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)			備考	
			包含※ <sup>2</sup>	都度※ <sup>2</sup>	料金※ <sup>3</sup>		
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		○	540円
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
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。

