

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年5月31日
記入者名	黒下 育美
所属・職名	管理者

### 1. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	生活支援サービスとして、①食事提供サービス及び配膳下膳を行う。②施設内に生活相談窓口を置き、24時間体制で安否確認及び見守りを行います。				
サービスの提供内容に関する特色	同建物内に病院を併設し、24時間体制の医療連携を行います。また、地域の人々と交流のできるスペースも十分に確保されています。				
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3	なし	
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3	なし	

### (医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 協力医療機関への入退院の付き添いは当住宅で行う。ただし、協力医療機関以外は本人による手配。 <input checked="" type="checkbox"/> 3 協力医療機関への通院介助は当住宅で行う。ただし、協力医療機関以外は本人による手配。 4 その他( )	
協力医療機関	1	名称	前原総合医療病院
		住所	同建物内
		診療科目	整形外科・内科・消化器科・放射線科 リハビリ科・リウマチ科・麻酔科・眼科・耳鼻咽喉科
		協力内容	24時間の医療連携による診療及び入院、各種検査対応
	2	名称	百花クリニック
		住所	日置市伊集院町徳重338-1
		診療科目	整形外科・内科・リハビリテーション科
		協力内容	医療連携による診療、各種検査対応
協力歯科医療機関	名称	前原総合医療病院 歯科	
	住所	同建物内	
	協力内容	医療連携による診療、各種検査対応	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・60歳以上の方、または要介護・要支援認定を受けている方で生計困難な方</li> <li>・同居者は、配偶者、60歳以上の親族、要介護・要支援認定を受けている親族</li> </ul>				
契約の解除の内容	<p>①行動が居住者本人及び他の居住者の心身または生活に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常的生活支援方法では、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困難であると考えられる場合。</p> <p>②乙の健康状態等悪化により、主治医及び生活支援サービス提供スタッフ等の意見を聴いた上で、主治医が居住困難と判断した場合。</p> <p>③甲は、乙が正当な理由なく甲に支払うべきサービス利用料を2ヶ月以上滞納した場合において乙に対し、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場合。</p>				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第18条			
	解約予告期間	1ヶ月前、または相談による			
入居者からの解約予告期間	1ヶ月前、または相談による				
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (内容：空室がある場合、所定の家賃・食費・水光熱費を支払うことで可能)			
	2	なし			
入居定員	50戸				
その他	「入居契約書」による				

2. 職員体制

(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	0	0	0
介護福祉士	0	0	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	0	0	0

(日勤を行う看護・介護職員の人数)

日勤帯の設定時間 (7時30分 ~ 19時)			
	最少時人数 (休憩者等を除く)		最大時人数
	※1	※2	※1
看護職員	0人		0人
介護職員	1人		3人

※1 同じ日勤時間帯でも、勤務シフトや他事業所との兼務等の状況によって人数が変動するため、出勤簿を参考に、職員が少ない時間帯と多い時間帯を考慮して記載する。

※2 「最少時人数」は、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。



(入居者の属性)

平均年齢	87.7歳
入居者数の合計	45人
入居率 ※	90%
※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	7人
	社会福祉施設	16人
	医療機関	27人
	死亡者	0人
	その他	0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	0人
		(解約事由の例)

4. 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	サービス付き高齢者向け住宅 チェリッシュ 苦情相談窓口	
電話番号	099-273-5611	
対応している時間	平日	0時~24時
	土曜	0時~24時
	日曜・祝日	0時~24時
定休日	なし	
窓口の名称	鹿児島県土木部建築課 住宅政策室	
電話番号	099-286-3740	
対応している時間	平日	8:30~17:15
定休日	土曜, 日曜, 祝日, 12月28日~1月3日	
窓口の名称	鹿児島県くらし保健福祉部 高齢者生き生き推進課	
電話番号	099-286-2703	
対応している時間	平日	8:30~17:15
定休日	土曜, 日曜, 祝日, 12月28日~1月3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"/> あり	(その内容) 施設賠償責任保険
	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	(その内容) 事故発生時には各行政担当部署へ報告するとともに、いつでも保険による対応も可能な体制を整える。
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	随時		
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし			

5. 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

6. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 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: )	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり <input type="checkbox"/> 2 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）

※ \_\_\_\_\_ 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。