

重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	小関 由美子
所属・職名	メディカルヴィラはなみずき 施設長

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人の種類	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 医療法人	なし
	名称	(ふりがな) いりょうほうじん せいじんかい 医療法人 誠仁会	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒	〒513-0844 三重県鈴鹿市平田一丁目3番7号	
	電話番号	059-378-1417	
事業主体の連絡先	FAX番号	059-370-4656	
	メールアドレス	shio@green.ocn.ne.jp	
	ホームページアドレス	http://www.shiokawa-hp.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	田中 彩子	
	職名	理事長	
事業主体の設立年月日	昭和63年3月29日		



事業主体が県内で実施する他の介護サービス (有料老人ホーム内に併設、同一敷地内含む)

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地	入居者の利用数
<居宅サービス>					
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ホームヘルパーステーション アルテハイム鈴鹿	鈴鹿市平田一丁目 2番8号	名
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	訪問看護ステーション アルテハイム鈴鹿	鈴鹿市平田一丁目 2番8号	名
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション事業所 アルテハイム鈴鹿 (他1か所)	鈴鹿市平田一丁目 3番5号 (他1か所)	名
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デイサービスセンター未来 (他1か所)	鈴鹿市平田一丁目 2番8号 (他1か所)	名
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション アルテハイム鈴鹿 (他2か所)	鈴鹿市平田一丁目 3番5号 (他2か所)	名
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設 アルテハイム鈴鹿	鈴鹿市平田一丁目 3番5号	名
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時訪問介護・看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
複合型サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援事業所 アルテハイム鈴鹿 (他2か所)	鈴鹿市平田一丁目 3番5号 (他2か所)	名
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ホームヘルパーステーション アルテハイム鈴鹿	鈴鹿市平田一丁目 2番8号	名
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			名
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	訪問看護ステーション アルテハイム鈴鹿	鈴鹿市平田一丁目 2番8号	名

介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	訪問リハビリテーション事業所 アルテハイム鈴鹿 (他1か所)	鈴鹿市平田一丁目 3番5号 (他1か所)	名
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし			名
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービスセンター未来 (他2か所)	鈴鹿市平田一丁目 2番8号 (他2か所)	名
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	通所リハビリテーション アルテハイム鈴鹿 (他2か所)	鈴鹿市平田一丁目 3番5号 (他2か所)	名
介護予防短期入所生活介護	あり	なし			名
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	介護老人保健施設 アルテハイム鈴鹿	鈴鹿市平田一丁目 3番5号	名
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
介護予防福祉用具貸与	あり	なし			名
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし			名
＜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			名
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし			名
介護予防支援	あり	なし	鈴鹿西部介護予防 支援事業	鈴鹿市平田一丁目 3番5号	名
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし			名
介護老人保健施設	あり	なし	介護老人保健施設 アルテハイム鈴鹿 介護老人保健施設 パークヒルズ高塚	鈴鹿市平田一丁目 3番5号 鈴鹿市高塚町字北 新地 2036	名
介護療養型医療施設	あり	なし			名

2. 有料老人ホーム事業の概要 (住まいの概要)

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先	
施設の名称	(ふりがな) 介護付有料老人ホーム メディカルヴィラはなみずき
施設の所在地	〒 513-0844 鈴鹿市平田一丁目2番22号
施設の連絡先	電話番号 059-370-8731
	FAX番号 059-370-8732
	メールアドレス md-hanamizuki@iaa.itkeeper.ne.jp
	ホームページ アドレス なし
施設までの主な利用交通手段	
近鉄鈴鹿線「平田町駅」から徒歩で3分 東名阪道「鈴鹿IC」から車で15分	

施設の管理者の氏名及び職名	氏名	小関 由美子
	職名	管理者
建物の竣工日	平成27年10月31日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成27年11月25日開設	

(類型)【表示事項】

1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
1 又は 2 に該当する場合	
介護保険事業者番号	2470303088
指定した自治体名	三重県
事業の開始(予定)年月日	平成28年4月1日
事業所の指定日	平成28年4月1日
指定の更新日(直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,967.59㎡							
	所有関係	運営する法人が所有	<input checked="" type="checkbox"/> あり	一部あり	なし				
		事業者が賃借する土地							
		抵当権の設定	あり	<input type="checkbox"/> なし					
		契約期間	あり	年月日～	年月日				
		なし							
	契約の自動更新	あり	なし						
建物	延床面積	全体	2,646.88㎡						
		うち、老人ホーム部分	2,409.19㎡						
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物							
		2 準耐火建築物							
		3 その他 ()							
	構造	1 鉄筋コンクリート造							
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造							
		3 木造							
		4 その他 ()							
	所有関係	運営する法人が所有	<input checked="" type="checkbox"/> あり	一部あり	なし				
事業者が賃借する建物									
抵当権の設定		あり	<input type="checkbox"/> なし						
契約期間		あり	年月日～	年月日					
			なし						
	契約の自動更新	あり	なし						
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室							
		2 相部屋あり							
		最少	1人部屋						
		最大	2人部屋						
	居室の状況	区分		室数	人数	トイレ	浴室	面積	
		一般居室 個室	あり	<input type="checkbox"/> なし	/	有/無	有/無	㎡	
						有/無	有/無	㎡	
						有/無	有/無	㎡	
		一般居室 相部屋	あり	<input type="checkbox"/> なし	/	有/無	有/無	㎡	
						有/無	有/無	㎡	
						有/無	有/無	㎡	
		介護居室 個室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	48	/	有/無	有/無	18.34～
							有/無	有/無	36.43㎡
有/無							有/無	㎡	
介護居室 相部屋	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	1	2	有/無	有/無	32.70㎡		
					有/無	有/無	㎡		
					有/無	有/無	㎡		
一時 介護室	あり	<input type="checkbox"/> なし			有/無	有/無	㎡		

共用施設	共用便所の設置数	3	うち男女別の対応が可能な数	3	
			うち車椅子等の対応が可能な数	1	
	共用浴室の設置数	4	個浴	3	
			大浴場		
	共用浴室における介護浴槽の設置数	1	チェアー浴		
			リフト浴		
			ストレッチャー浴	1	
			その他 ()		
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし		
	入居者や家族が利用できる調理設備		<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	
エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1、2に該当しない) 4 なし				
バリアフリーの対応状況	車椅子での移動可能、エレベーターの乗降可能 手すり設置 (共用廊下、車椅子用トイレ、各居室のトイレ、エレベーター内)				
その他の共用施設の設備状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	娯楽・いきがい室 (2～5階の各階1か所) 喫茶コーナー (1階)		
緊急通報装置の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり	一部あり	なし		
外線電話回線の設置状況	全居室内にあり	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
テレビ回線の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり	一部あり	なし		
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし		
その他					

4. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	高齢者の尊厳を大切に、一人ひとりの個性や生活リズムを尊重した、ゆとりと安らぎの日常生活・介護サービスを提供します。医療法人ならではの、特色を活かし医療機関及び介護保険施設との連携を図り、住み慣れたホームで充実した生活が送れるよう支援します。見た目にも美しい食事はもちろんのこと、施設周辺の四季の彩りを感じながら、様々な楽しみ方のできる施設を目標としています。		
サービスの提供内容に関する特色	公共交通機関の利便性が高く、賑わいのある市街地にてお暮しいただくことができます。全個室（介護個室）でプライバシーに配慮し、各フロアにて個別性を重視した介護サービスを提供します。隣接の協力医療機関と連携し、健康に安心して生活が送れる体制を整えております。		
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施	委託	なし
食事の提供	自ら実施	委託	なし
洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施	委託	なし
健康管理の供与	自ら実施	委託	なし
安否確認又は状況把握サービス	自ら実施	委託	なし
生活相談サービス	自ら実施	委託	なし
利用者の個別的な選択によるサービスの実施状況	別添		

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし
	夜間看護体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし
	医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし
	看取り介護加算		あり	<input type="checkbox"/> なし
	栄養スクリーニング加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし
	認知症専門ケア加算	(I)	あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	あり	<input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	あり	<input type="checkbox"/> なし
		(I) ロ	あり	<input type="checkbox"/> なし
(II)		あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(III)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		<input type="checkbox"/> なし

(医療連携の内容)

医療支援 可	※複数選択	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	<input type="checkbox"/> 4 その他 ()
協力医療機関	1	名称	塩川病院		

		所在地	鈴鹿市平田一丁目3番7号
		診療科目	内科・外科・脳神経外科・整形外科・消化器内科・神経内科・皮膚科・放射線科・リハビリテーション科・麻酔科
		協力内容	年1回の健康診断の実施(医療費その他の費用は入居者自己負担)
	2	名称	
		所在地	
診療科目			
協力歯科医療機関	名称	岡田歯科	
	所在地	鈴鹿市加佐登三丁目11番6号	
	協力内容	月2回の訪問歯科診療(医療費その他の費用は入居者自己負担)	

(要介護時における居室の住み替えに関する事項)

要介護時に介護を行う場所	現在の居室		
入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他()		
判断基準の内容	入居者に対して適切な介護等のサービス提供をおこなうために必要と判断する場合は、入居契約書に基づくサービス提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。		
手続きの内容	居室の住み替えをおこなう場合には、入居者及び身元引受人等の意見を聞く。緊急やむを得ない場合を除いては、一定の観察期間を設ける。住み替え後の居室面積及び設備の変動、費用負担の増減について入居者及び身元引受人に説明の上、同意を得る。		
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
居室利用権の取扱い	居室の住み替えをおこなう場合には、当初入居した居室の利用に関する権利は消滅し、新たに利用する居室に関する権利が発生します。当初入居した居室の原状回復費用は入居者負担となります。		
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との仕様変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(変更内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

(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	なし
	要支援の者	あり	なし
	要介護の者	あり	なし
留意事項	<p>・介護保険の要介護認定で「要介護」と認定されている方 ※「自立」「要支援」の方も、次の方は利用することができます。 ①入居の際「要介護」であった方が、「自立」「要支援」となった場合 ②「要介護」の利用者（①を含む）の配偶者及び三親等以内の親族 ③特別な事情により「要介護」の利用者と同居することが必要であると本ホームの所在地の都道府県知事等が認める方</p> <p>・概ね 65 歳以上の方 ・保証人を定められる方</p>		
契約の解除の内容	<p>(1) 入居者が死亡した場合 (2) 事業者が第 31 条に基づき解除を通告し、予告期間が満了した場合 (3) 入居者が第 32 条に基づき解約を行った場合 (4) 入居要件である要介護から「要支援」及び「自立（非該当）」の認定となった場合</p>		
事業主体から解約を求める 場合	解約条項	<p>(1) 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合 (2) 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する場合 (3) 医療機関への恒常的な入院加療を要するなど、当事業所において適切な介護サービスの提供が困難となった場合 (4) 本契約書第 21 条の規定に違反した場合 (5) 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の介護方法等ではこれを防止することができない場合 (6) 入居者が連続して 2 ヶ月を超えて病院又は診療所に入院（長期不在）すると見込まれる場合、もしくは入院（長期不在）したとき</p>	
	解約予告期間	2 か月	
入居者からの解約予告期間	1 か月		
体験入居	あり	(内容) 一泊二日 9,900円 (食費別途)	
	なし		
入居定員	50 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）

職種別の職員の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数※
	専従	非専従	専従	非専従		
管理者		1			1	1
生活相談員	1				1	1
直接処遇職員	4	1	5	0	10	7.92
看護職員						
介護職員	12	2	12	0	26	20.26
機能訓練指導員	1				1	1
計画作成担当者		2			2	1
栄養士			1		1	0.6
調理員						
事務員		2			2	2
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					40時間	
※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。						
介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	4	2	5			
実務者研修の修了者						
初任者研修の修了者	8		2			
介護支援専門員		2				
機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
看護師及び准看護師	1					
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)

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数		
	夜勤帯平均人数 (16時15分～翌日9時15分)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0	
介護職員	2	2

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	1.6 : 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		あり		なし					
	業務に係る資格等		あり							
			資格等の名称		看護師					
		なし								
職員	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		1	1					
前年度1年間の退職者数			1	1	1					
応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満									
	1年以上 3年未満				1				1	
	3年以上 5年未満				2	5				
	5年以上 10年未満			1	6	3				
	10年以上		5	4	6	3	1		1	1
								1		
職員の健康診断の実施状況			あり				なし			

6. 利用料金

(利用料金の支払方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式をすべて選択	
年齢に応じた金額設定	あり	<input type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	消費者物価指数や人件費等を勘案します。
	手続き	運営懇談会等の意見を聴いたうえで改定するものとします。改定にあたっては、事前に入居者及び身元引受人等に書面にて通知します。

(利用料金のプラン) 【代表的なプラン2例】

		プラン1 (Cタイプ)	プラン2 (Aタイプ)	
入居者の状況	要介護度	要介護1～5		
	年齢	歳		
居室の状況	床面積	24～30 m ²	18～24 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	浴室	あり	<input type="checkbox"/> なし	
	台所	あり	<input type="checkbox"/> なし	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	400,000円	400,000円	
月額費用の合計		202,710円	180,710円	
サービス費用	家賃	99,000円	77,000円	
	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 (3食×30日喫食の場合)	60,810円	60,810円
		管理費	33,000円	33,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	9,900円	9,900円
その他	円	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、本欄には記入しない）

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	
敷金	400,000円（家賃相当額の3.6～5.2か月分相当額）
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	事務管理部門の人件費・事務費・入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費・共用施設設備等の維持管理費。
食費	食材費及び人件費等の諸経費。
光熱水費	居室内の光熱水費等
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添（月額利用明細表）
その他のサービス利用料	介護用品費は、別途実費負担。
その他留意事項	

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）

※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能）

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	要介護1～5（19,106円～28,140円） ※介護保険負担割合証1割の場合
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	なし
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払金の受領） ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	か月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他（名称： ）

7. 入居者の状況

入居者の人数（冒頭に記した記入日現在）							
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
65歳未満	0	0	0	2	0	2人	
65歳以上75歳未満	0	1	0	0	0	1人	
75歳以上85歳未満	0	3	1	0	2	6人	
85歳以上	7	8	7	11	6	39人	
	自立	要支援1	要支援2			計	
65歳未満	0	0	0			0人	
65歳以上75歳未満	0	0	0			0人	
75歳以上85歳未満	0	0	0			0人	
85歳以上	0	1	1			2人	
					合計	50人	
入居者の平均年齢	87.8歳						
入居者の男女別人数	男性	13人		女性	37人		
入居率（一時的に不在となっている者を含む）	100%						
認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上の者）	27人						
医療機関（認知症に限らず）へ受診中の者	50人						
前年度に退去した者の状況							
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
自宅等		1				1人	
社会福祉施設		1	1		1	3人	
医療機関			1			1人	
死亡者	1	4	2	2	6	15人	
その他						0人	
	自立	要支援1	要支援2			計	
自宅等						0人	
社会福祉施設						0人	
医療機関						0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	5人（病院1名・老健施設2人・特養1人・自宅1人） (解約事由の例) 特別養護老人ホーム入居・病院・老健施設・自宅への退去の為					
入居者の入居期間							
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計
入居者数	10	5	35	0	0	0	50人

8. 苦情・事故等に関する体制

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	介護付有料老人ホーム メディカルヴィラはなみずき 苦情相談窓口		
電話番号	059-370-8731		
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土曜・日曜及び年末年始		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	三重県福祉サービス運営適正化委員会		
電話番号	059-224-8111		
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土曜・日曜及び年末年始		

(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"/>	(その内容) (公社) 全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入	
	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"/>	(その内容) 事故対応マニュアルにより対応	
	なし		
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" 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"/>	実施日	ご意見箱の設置、運営懇談会で公表	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/>	なし
	なし			
第三者による評価の実施状況	あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	あり	なし
	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input 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	<input 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
財務諸表の要旨	<input 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
財務諸表の原本	<input 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

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 4回
	なし	
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> あり	(提携ホーム名:)
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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	なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：「入居者の個別選択によるサービス一覧表」

重要事項説明書及びその添付書類の各項目について説明を受け、理解しました。

年 月 日

利用者署名

保証人署名

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

入居者の個別選別によるサービス一覧表

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)	備考
特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	月額の利用料等で、実施するサービス	別途利用料を徴収した上で、実施するサービス	※別途利用料を徴収する場合は、単価等を記載のこと。	
介護サービス				
食事介助	なし	あり	あり	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	あり	
おむつ代	—	—	(あり)	実費
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	(あり)	週2回を超えて入浴又は清拭(1100円/30分×職員数)
特浴介助	なし	あり	(あり)	週2回を超えて特浴(1100円/30分×職員数)
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	あり	
機能訓練	なし	あり	(あり)	
通院介助(協力医療機関)	なし	あり	あり	自費リハビリテーション 800円/60分※要予約
通院介助(協力医療機関以外)	(なし)	あり	(あり)	1100円/30分 ※要予約
生活サービス				
居室清掃	なし	あり	(あり)	基本サービスで実施する以外の掃除(1100円/回)
リネン交換	なし	あり	(あり)	週1回を超えてベッドメイキング(1100円/30分)
日常の洗濯	なし	あり	(あり)	基本サービスとして実施する以外の洗濯は実費(専門業者に依頼する場合)5720円/月(個別洗濯を希望する場合)550円/回
居室配膳・下膳	なし	あり	あり	実費
入居者の嗜好に応じた特別な食事	—	—	(あり)	1100円/回
おやつ	—	—	(あり)	実費
理美容師による理美容サービス	—	—	(あり)	市内買い物(1100円/30分)
買い物代行(通常の利用区域)	(なし)	あり	(あり)	
買い物代行(上記以外の区域)	(なし)	あり	(あり)	
役所手続き代行	(なし)	あり	(あり)	
金銭・貯金管理	—	あり	(あり)	市内(1100円/30分)
健康管理サービス				
定期健康診断	—	あり	(あり)	実費
健康相談	なし	あり	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	あり	
服薬支援	なし	あり	あり	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	あり	
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	なし	あり	(あり)	協力医療機関への移送は基本サービスとして実施 それ以外の移送サービスは1100円/30分※要予約
入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	あり	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	(なし)	あり	(あり)	1100円/30分 ※要予約
入院中の洗濯物交換・買い物	(なし)	あり	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	あり	

