

## 重要事項説明書

作成年月日	令和7年2月20日
作成者名	高橋 久美子
所属・職名	管理者

※ 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」の一部改正について（令和4年8月18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3「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	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) みもざかぶしきがいしゃ ミモザ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒140-0004	東京都品川区南品川二丁目2番5号
連絡先	電話番号	03-5796-0630
	FAX番号	03-5796-0631
	メールアドレス	mimoza@mimoza-care.jp
	ホームページアドレス	なし あり: https://mimoza-care.com
代表者	氏名	清水 亨
	職名	代表取締役
設立年月日	1999年 8月 27日	
主な実施事業	※別添1 (別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) みもざうらわ ミモザ浦和		
所在地	〒338-0812	埼玉県さいたま市桜区大字神田 715 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	埼京線 与野本町駅	
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・国際興業バスで乗車 10 分、神田停留所で下車、 徒歩 3 分	
連絡先	電話番号	048-851-2030	
	F A X 番号	048-851-2031	
	メールアドレス	urawa@mimoza-care.jp	
	ホームページアドレス	https://mimoza-care.com	
管理者	氏名	長嶋 竜慶	
	職名	管理者	
建物の竣工日		2012 年	9 月 28 日
有料老人ホーム事業の開始日		2012 年	11 月 1 日

### (類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1196500340
	指定した自治体名	さいたま市
	事業所の指定日	2012 年 11 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	2024 年 11 月 1 日

## 3. 建物概要

土地	敷地面積	989.62 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年月日～年月日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	1049.04 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1049.04 m <sup>2</sup>

	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 事業者が自ら所有する建物 2 事業者が賃借する建物 ( <input type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借 )				
		抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2012年 9月 28日～ 2042年 9月 30日) 2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (縁故者居室を含む)				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.9 m <sup>2</sup>	29	介護居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
※「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。相部屋の場合は人数も記入。						
共用施設	共用便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車いす等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
リフト浴			1ヶ所			
ストレッチャー浴			1ヶ所			
その他 ( )			0ヶ所			
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり ( 1階 30 m <sup>2</sup> 2階 50 m <sup>2</sup> ) 2 なし					

	機能訓練室	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( 1階 30㎡ 2階 50㎡) 2 なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 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
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	自動火災報知機	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	消防計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし
	その他 ( )	1 あり 2 一部あり 3 なし
その他	食堂兼機能訓練室	1階 30㎡ 2階 50㎡

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

事業の目的	事業所の管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員及び計画作成担当者によって、利用者に対して、指定地域密着型特定施設入居者生活介護を提供することを目的とする。
運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者の心身の特徴を踏まえて、利用者が可能な限り、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行うものとする。</li> <li>2. 事業の実施にあたっては、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。</li> <li>3. 事業の実施にあたっては、市区町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の居宅サービス事業者、他の介護予防サービス事業者、他の地域密着型サービス事業者、他の地域密着型介護予防サービス事業者、その他の保健・医療・福祉サービスを提供する者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みを行う者等との密</li> </ol>

	<p>接な連携を図り、総合的なサービス提供に努める。</p> <p>サービスの終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る指定居宅介護支援(介護予防支援)事業者に対する情報の提供、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>1. あたたかい家庭的な介護のご提供を第一に考えています。</p> <p>2. 安心と、自由にのびのびと過ごせる暮らしを提供します。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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

## (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  ※ 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	入居継続支援加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	ADL維持加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算			1 あり	2 なし
	協力医療機関連携加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	口腔衛生管理体制加算 (※)			1 あり	2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算			1 あり	2 なし
	科学的介護推進体制加算			1 あり	2 なし
	退院・退所時連携加算			1 あり	2 なし
	退居時情報提供加算			1 あり	2 なし
	看取り介護加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	生産性向上推進体制加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
		(III)	1 あり	2 なし	
	介護職員等処遇改善加算	(I)	1 あり	2 なし	
(II)		1 あり	2 なし		
(III)		1 あり	2 なし		
(IV)		1 あり	2 なし		
(V) (1)		1 あり	2 なし		
(V) (2)		1 あり	2 なし		
(V) (3)		1 あり	2 なし		
(V) (4)		1 あり	2 なし		
(V) (5)		1 あり	2 なし		
(V) (6)		1 あり	2 なし		
(V) (7)	1 あり	2 なし			
(V) (8)	1 あり	2 なし			

		(V) (9)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V) (10)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V) (11)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V) (12)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V) (13)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V) (14)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		
	<input type="checkbox"/> 2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※ 複数選択可		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	医療法人 三慶会 指扇病院	
		住所	埼玉県さいたま市西区宝来 1295-1	
		診療科目	内科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、歯科	
		協力科目	同上	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	2	名称	在宅クリニック ドクターランド大宮	
		住所	埼玉県さいたま市大宮仲町 2-60 仲町川鍋ビル 2F	
		診療科目	内科、精神科、皮膚科、耳鼻咽喉科	
		協力科目	同上	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	3	名称	かみしまクリニック	
		住所	埼玉県さいたま市中央区下落合 2-16-9	
		診療科目	内科、ペインクリニック内科、アレルギー科	
		協力科目	同上	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	4	名称	ひかりクリニック浦和	
		住所	埼玉県さいたま市三穴見区南浦和 2 丁目 41-4 つばさビル 4階	

	診療科目	内科、神経内科、精神科、皮膚科		
	協力科目	同上		
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし
	5	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		1	あり 2 なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり			
	医療機関の名称			
	医療機関の住所			
	2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人社団彩明会 大宮デンタルクリニック	
		住所	埼玉県さいたま市北区植竹 1-755-2 TKビル1F	
		協力内容	訪問歯科	
	2	名称		
		住所		
		協力内容		

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※ 複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 (別の居室に移る場合)	
判断基準の内容	心身の変化に伴い、介護の緊急対応及びスタッフの見守りが必要と医師が判断した場合、入居者の同意を得てその対応がスムーズに行える居室フロアへ住み替えていただく場合があります(追加費用はありません。)	
手続きの内容	一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で、入居者本人及び身元引受人の同意をいただいた後に、居室を変更していただくことがあります。なお、利用権の対象個室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。	
追加的費用の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	当初の居室から住み替え後の居室に変更となります	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし



	浴室の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容)
		<input type="checkbox"/> 2 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	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	・要介護の認定者の方で介護の必要な方 ・さいたま市内にお住まいの方	
契約の解除の内容	施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続き等については、入居契約書の第 29 条及び第 30 条に示されております。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書の第 29 条及び第 30 条
	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	<input type="checkbox"/> 1 あり (内容:1泊2日 11,000円消費税込み 介護保険適用なし ) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	29	
その他	短期解約の一日あたりの利用料:入居日の翌日から3ヶ月以内において、入居者の解約の申し出がなされた場合及び入居者の死亡による契約終了の場合は、有料老人ホーム入居契約書第 44 条に規定する目的施設の1日あたりの利用料は、Bプラン 666 円です。	

## 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）

職務内容	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.3
生活相談員	2	1	1	1
直接処遇職員				
介護職員	14	9	5	12.6
看護職員	2	1	1	1.4
機能訓練指導員	2	1	1	0.4
計画作成担当者	1	1	0	0.7
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	1	0	1	0.5
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	11	8	3
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	1	0	1
介護支援専門員	1	1	0

(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
看護師及び准看護師	2	1	1
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	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 00分 ~ 6時 00分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0	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 (広告、パンフレット等における表示事項)	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)	2.3 : 1
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		1 あり 2 なし								
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称	介護福祉士							
		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	0	1	0	0	0	1	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	1	0	1	0	0	0	1	0	0
員の人数 業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	4	2	0	1	0	0	0	0
	10年以上	0	0	2	2	0	0	0	0	1	0
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 30 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	地元自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し検討する。
	手続き	運営懇談会を開き、入居及び身元引受人の同意を得た上で改訂する。

(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	要介護3	要介護3
	年齢	設定なし	80歳以上
居室の状況	床面積	18.9㎡	18.9㎡
	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	1,920,000円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		220,039円	200,039円
家賃		105,000円	85,000円
サービス費用※2	特定施設入居者生活介護※1の費用		23,485円
	介護保険外	食費	60,804円
		管理費	30,750円
		介護費用	0円
		光熱水費	居室内電気使用量実費
		その他	円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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)</p> <p>(注)居室にあるテレビ等のNHK受信料については、入居者が個々で契約して負担してください。</p>			

(利用料金の算定根拠)

項目	算定根拠
家賃	近傍相場等を勘案して算出
敷金	家賃の0ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担費用は含まない
管理費	共用施設光熱水量、環境整備費、事務経費等
食費	60,804円(税込)(1日3食30日間喫食した場合の金額) 内訳:朝食443円、昼食759円、夕食825円(税込) ※詳細は入居契約書をご覧ください。
光熱水費	居室内電気使用量実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(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等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	介護保険負担割合証に記載の割合(1割、2割又は3割)に応じた額
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) ※前払い金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	前払金=(家賃相当額の一部(20,000円))×(想定居住期間(月数))	
想定居住期間(償還年月数)	96	ヶ月
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)	なし	
初期償却率	0	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	返還する前払金の額=(前払金)-(日割家賃×入居日から起算して契約満了日までの日数)
	入居後3月を超えた契約終了	返還する前払金の額=(前払金)÷(入居日の翌日から起算して償却期間満了日までの実日数)×(契約終了日から償却期間満了日までの実日数)
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【冒頭に記した作成日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	3人
	女性	25人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	6人
	85歳以上	21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	4人
	要介護2	7人
	要介護3	4人
	要介護4	6人
	要介護5	7人
入居期間別	6か月未満	8人

	6か月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	11人
	5年以上10年未満	2人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88歳
入居者数の合計	28人
入居率※	97%
※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	5人
	死亡者	4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	7人
		(解約事由の例) 医療機関へ長期入院(5名) 他施設への転居(2名)

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)※4カ所以上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	ミモザ浦和 相談・苦情窓口	
電話番号	048-851-2030	
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:30
	土曜日	8:30 ~ 17:30
	日曜・祝日	8:30 ~ 17:30
定休日	なし	

窓口の名称	さいたま市桜区役所 高齢介護課	
電話番号	048-856-6177	
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日	12月29日～翌年1月3日	

窓口の名称	さいたま市 福祉局 長寿応援部 介護保険課		
電話番号	048-829-1265		
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15	
	土曜日	-	
	日曜・祝日	-	
定休日	12月29日～翌年1月3日		

窓口の名称※特定施設入居者生活介護のみ	埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係		
電話番号	048-824-2568 (苦情相談専用)		
対応している時間	平日	8:30～12:00、13:00～17:00	
	土曜日	-	
	日曜・祝日	-	
定休日	12月29日～翌年1月3日		

(事故発生時等の対応方法)

事故発生時の対応方法	都道府県や市区町村、当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。加えて事故の状況及び事故の際に採った処置について記録します。
利用者の体調急変時等(緊急時等)における対応方法	利用者の症状の急変その他緊急事態が生じたときは、速やかに利用者の主治医又は協力医療機関に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告します。主治医又は協力医療機関への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じるものとします。

(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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業総合保険
	<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) 入居契約書第10条に従い、対応します
	<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	職員研修の実施(年1回) 委員会の実施(年1回)
指針の策定、再発防止を目的とする職員への周知、委員会及び研修の実施を適切に実施するための担当者(役職)	報告書を作成し、職員に回覧を行うことにより周知	

(非常災害対策等)

非常災害に対する具体的計画(消防計画・風水害、地震等に対処するための計画)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	(内容) 消防計画、非常災害計画(地震、水害)	
避難訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり (年 2 回) <input type="checkbox"/> なし	
業務(事業)継続計画の策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	



	職員研修の実施（年 2 回）	訓練の実施（年 2 回）
感染予防及びまん延防止のための対策の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	職員研修の実施（年 2 回）	訓練の実施（年 2 回）

（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	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" 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
財務諸表の要旨	<input checked="" 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
財務諸表の原本	<input checked="" 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

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 4 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	テレビ電話装置 その他の情報通信機器を用いた実施の有無
		<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (方法)
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし		
施設利用に当たっての留意事項	概ね 65 歳以上で、共同生活を営むことに支障がなく、自傷他害のおそれがなく、常時医療行為の必要のない方が対象となります。前払金ありのプランは 80 歳以上の方の限定となります。	
緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合の手続き	利用者本人又は他の利用者の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合に限り、切迫性、非代替性、一時性を満たした場合に限り、身体拘束を行うことがあります。	
虐待の防止のための措置	年 2 回以上の委員会の開催、指針の作成及び周知、年 2 回の研修を通じて、虐待についての理解を深め、虐待の防止を図っています。	
※介護に直接携わる職員に対す	認知症介護基礎研修が免除される資格を有していない新規採用者に対	

る、認知症介護基礎研修を受講させるための対応	しては、出勤初日の採用時研修(eラーニング)内で、認知症介護基礎研修を受講していただいています。
ホームにおけるハラスメントの規定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし 担当窓口：人事部 周知方法：事業所内に掲示
プライバシーポリシー、個人情報保護規程等	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (内容) 個人情報保護基本規程
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"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
有料老人ホーム設置運営指針「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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし
不適合事項がある場合の内容	

※看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。

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)

※1 \_\_\_\_\_ 様

重要事項について文書を交付し、説明しました。

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※2 私は重要事項について交付、説明を受け、同意しました。

令和        年        月        日

受領（利用申込）者署名 \_\_\_\_\_

※1,2 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。