

## 重要事項説明書

記入年月日	2023年7月1日
記入者名	藤村 義幸
所属・職名	見川医院・職員

※ 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、「栃木県サービス付き高齢者向け住宅事業登録制度実施要綱」の別記様式第17号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、別記様式第17号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	医療法人
名称	(ふりがな) みかわいいん 見川医院	
主たる事務所の所在地	〒325-0301 栃木県那須郡那須町大字湯本 212 番地	
連絡先	電話番号	0287-76-2204
	FAX 番号	0287-76-2640
	ホームページアドレス	<a href="http://www.mikawa-iin.com/">http://www.mikawa-iin.com/</a>
代表者	氏名	見川 泰岳
	職名	理事長
設立年月日	平成 18年 6月 8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)

別記様式第17号に記載

## 3. 建物概要

別記様式第17号に記載

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	主としてターミナル期の方を受け入れ、穏やかな余生を送っていただく施設
サービスの提供内容に関する特色	医療機関・訪問看護・訪問介護と連携して在宅医療の充実を図っています。

提供するサービスの種類	提供状況及び入居者への提供実績 (2019/7/1 現在)			
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	3 なし	人
食事の提供	1 自ら実施	2 委託	3 なし	人
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし	人
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし	人
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし	人
生活相談サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし	人

##### (医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（往診・訪問診療の手配）	
協力医療機関	1	名称	見川医院
		住所	栃木県那須郡那須町大字湯本 212 番地
		診療科目	内科
		協力内容	往診
	2	名称	那須赤十字病院
		住所	栃木県大田原市中田原 1081-4
		診療科目	内科・外科 他
		協力内容	入院が必要な患者の受入れ
協力歯科医療機関	名称	アイビーデンタルクリニック	
	住所	栃木県那須郡那須町高久丙 1162-12	
	協力内容	要請に応じて訪問歯科治療	

(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	2 なし
	要支援の者	① あり	2 なし
	要介護の者	① あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容	入居契約書に記載		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書に記載	
	解約予告期間	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	5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	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	1	1		
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				
※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		
介護福祉士		
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	2	2
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	0	
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	人	人
介護職員	2人	1人

(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	介護職員初任者研修							
	(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										
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

応じた 業務に従事した 職員の人数 経験年数に 対して	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上			1						
	5年未満									
	5年以上			1						
	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

別記様式第17号に記載

## 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	1人
	女性	1人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人
	85歳以上	1人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	1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	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	76 歳
入居者数の合計	2 人
入居率*	40%
※ 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	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	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

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) ※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	見川医院診療所	
電話番号	0287-76-2204	
対応している時間	平日	午前 9 時から午後 6 時
	土曜	午前 9 時から午後 6 時
	日曜・祝日	午前 9 時から午後 6 時
定休日	年末年始・お盆	

(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	① あり	(その内容) 賠償責任保険に加入しています。
	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	① あり	(その内容) 賠償責任保険を用いて賠償
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	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		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	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	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 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 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 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	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 : ) 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 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    2 なし



有料老人ホーム設置運営指導指針「6. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり ② なし
合致しない事項がある場合の内容	
「7. 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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別を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 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  
実施していません。

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 なし	
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	
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	
<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 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	
地域密着型通所介護	あり なし	
居宅介護支援	あり 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 なし	
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	
介護予防通所介護	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	
<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 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	
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>		
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・サービスマ・サービスマ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）の有無 （利用者が全額負担）	包含※2		料金※3	備考
	包含※2	都度※2		
介護サービス				
食事介助	あり	あり		
排泄介助・おむつ交換	あり	あり		
おむつ代	あり	あり		
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	あり		
特浴介助	あり	あり		
身辺介助（移動・着替え等）	あり	あり		
機能訓練	あり	あり		
通院介助	あり	あり		
生活サービス				
居室清掃	あり	あり		
リネン交換	あり	あり		
日常の洗濯	あり	あり		
居室配膳・下膳	あり	あり		
入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ	あり	あり		
理美容師による理美容サービス	あり	あり		
買い物代行	あり	あり		
役所手続き代行	あり	あり		
金銭・貯金管理	あり	あり		
健康管理サービス				
定期健康診断	あり	あり		
健康相談	あり	あり		
生活指導・栄養指導	あり	あり		
服薬支援	あり	あり		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	あり		
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	あり	あり		
入退院時の同行	あり	あり		
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	あり		
入院中の見舞い訪問	あり	あり		

※1：利用者の所得等に依り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、月額の利用者負担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依りて、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。