

重要事項説明書

記入年月日	2023年7月1日
記入者名	清水 勲
所属・職名	ミモザ宇都宮上戸祭 事業所長

※ 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、「宇都宮市サービス付き高齢者向け住宅事業登録制度実施要綱」の様式第18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、様式第18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	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 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
	ホームページアドレス	https://mimoza-care.com
代表者	氏名	松本 考二
	職名	代表取締役
設立年月日	平成11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) みもざうつのみやかみとまつり ミモザ宇都宮上戸祭
----	------------------------------------

所在地	〒 320-0051 栃木県宇都宮市上戸祭町 649 番地 42		
主な利用交通手段	最寄駅	東武宇都宮線	東武宇都宮駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 最寄駅から乗車 12 分、 長岡街道入口停留所下車、徒歩 7 分 (600m) ②自動車利用の場合 最寄駅から 15 分 (4.3km)	
連絡先	電話番号	028-678-6246	
	FAX 番号	028-678-6247	
	ホームページアドレス	https://mimoza-care.com/facility/paid-nursing-home/post-6055/	
管理者	氏名	清水 勲	
	職名	事業所長	
建物の竣工日		2023 年 5 月 16 日	
有料老人ホーム事業の開始日		2023 年 7 月 1 日	

【類型】【表示事項】

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）		
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	0970108882	
	指定した自治体名	宇都宮市	
	事業所の指定日	2023 年 7 月 1 日	
	指定の更新日（直近）	年 月 日	

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,164.15 m ²		
	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（普通賃借・定期賃借）		
		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	1,753.72 m ²	

		うち、老人ホーム部分	1,753.72 m ²			
	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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2023年7月1日～2053年6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	15.55 m ²	39	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	15.47 m ²	2	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	15.46 m ²	4	介護居室個室
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
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	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所		
大浴場			ヶ所			
共用浴室における	3ヶ所	チェアー浴	2ヶ所			

	介護浴槽		リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） <input type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない） <input type="checkbox"/> 4 なし		
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他（ ）
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	1 あり
	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	2 一部あり
	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	3 なし
その他	洗濯室、応接室、リフレッシュルーム、ラウンジ			

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	地域に開かれた施設運営を行います。
サービスの提供内容に関する特色	入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。

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			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	人
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	人
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	人
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	人
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	人
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	人

(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	入居継続支援加算	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	1	あり	2	なし	
	個別機能訓練加算	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	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	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	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
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1	あり	2	なし
		(Ⅰ)ロ	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
		(Ⅲ)	1	あり	2	なし
	介護職員処 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	あり	2	なし	
介護職員等 特定処遇改 善加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
	(Ⅱ)	1	あり	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			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1	救急車の手配
	2	入退院の付き添い(協力医療機関、協力医療機関以外は有料)
	3	通院介助(協力医療機関、協力医療機関以外は有料)
	4	その他(訪問診療医の確保)

協力医療機関	1	名称	社会医療法人 中山会 宇都宮記念病院
		住所	栃木県宇都宮市大通り 1-3-16
		診療科目	内科等
		協力科目	内科
		協力内容	受診・治療・緊急時の対応・入院・定期健康診断実施(4.3 km 車で12分)
協力医療機関	2	名称	さつきホームクリニック
		住所	栃木県宇都宮市花園町 17-1
		診療科目	内科等
		協力科目	内科
		協力内容	受診・往診・治療・緊急時の対応・健康指導(5.3 km 車で17分)
協力歯科医療機関		名称	大柿歯科医院
		住所	栃木県宇都宮市若草 5-5-38
		協力内容	訪問歯科診療 (2.1 km 車で6分)

(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 checked="" type="checkbox"/> 3 その他(介護居室から介護居室へ移る場合)	
判断基準の内容	常時見守りが必要な場合、施設が指定する介護居室へ住み替えとなる場合があります。	
手続きの内容	①事業者の指定する医師の意見を聴く ②緊急やむえない場合を除いて一定の観察期間を設ける ③変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人等に説明を行う ④入居者及び身元引受人等の意思を確認、同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	居室の利用権を本人の同意を得て消滅させ、新たな居室の利用権を設定します。	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" 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	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	概ね 65 歳以上または要支援・要介護の者				
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等については、入居契約書の第 28 条及び第 29 条に示されております。				

<p>事業主体から解約を求める場合</p>	<p>解約条項</p>	<p>第28条 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本条第2項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 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とき 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3か月以上遅滞するとき 三 本契約第3条(目的施設の終身利用契約)第4項の規定に違反したとき 四 本契約第20条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき 五 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき 六 常時、高度な医療行為が必要となり、当施設で対応することができなくなった場合 <p>2 事業者は、入居者又はその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等による、事業者の役職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだときに、本契約を解除することができます。</p> <p>3 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 契約解除の通告について90日の予告期間を置く。 二 前号の通告に先立ち、入居者、連帯保証人、身元引受人等に弁明の機会を設ける。 三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者、連帯保証人、身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。 <p>4 本条第1項第五号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 医師の意見を聴く。 二 一定の観察期間を置く。 <p>5 事業者は、入居者、連帯保証人、身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 本契約第42条(反社会的勢力の排除の確認)の各号の確約に反する事実が判明したとき 二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき 三 本契約第20条(禁止又は制限される行為)第1項第六号から第八号までの各号に掲げる行為を行ったとき <p>6 事業者は、前項において連帯保証人又は身元引受人との契約を解除した場合、入居者に新たな連帯保証人又は身元引受人の指定を求め、入居者がこれに応じないときは本契約を解除することができます。</p>
	<p>解約予告期間</p>	<p>3ヶ月</p>

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：1泊2日3食付 11,000円（内消費税1,000円）、期間は原則として14日間を限度とします。）
入居定員		45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	2	2		1.3
直接処遇職員	15	10	5	10.8
介護職員	11	8	3	8.1
看護職員	4	2	2	2.7
機能訓練指導員	4	2	2	0.2
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				外部委託予定
調理員				外部委託予定
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				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			
介護福祉士	3	2	1
実務者研修の修了者	3	2	1
初任者研修の修了者	4	4	

介護支援専門員	1	1	
---------	---	---	--

(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	4	2	2
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 (16時～翌10時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	2人

(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
※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						1 あり 2 なし			
	業務に係る資格等						1 あり			
	資格等の名称						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										
前年度1年間の退職者数										
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満			3	1					
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上			1	1					
	5年未満									
	5年以上				1					
	10年以上	2	2	3	1			2		1
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	
年齢に応じた金額設定	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
	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、入居者及び身元引受人の同意を得たうえで改定をする。

(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	自立・介護保険未認定	要支援・要介護	
	年齢	概ね65歳以上	概ね65歳以上	
居室の状況	床面積	15.46~15.55㎡	15.46~15.55㎡	
	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	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		206,500円	179,000円	
家賃		90,000円	90,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		0円 要介護度による	
	介護保険外 ^{※2}	食費	55,500円	55,500円
		管理費	33,500円	33,500円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	実費	実費
その他		都度払いサービスあり 生活サービス費27,500円	都度払いサービスあり	
<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>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物賃借料、近隣相場等を勘案して算定
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額は含まない。

管理費	*1 管理費 25,250 円（非課税）共用施設整備費・エレベーター維持費・環境植栽整備費・共用部分の維持管理費。*2 管理費 8,250 円（内、消費税 750 円）事務人件費・事務経費・日常生活支援サービス提供のための人件費、事務費。*1+*2=33,500 円（内、消費税 750 円）
食費	食費に、食材費、調理費を含みます。 ・食費は朝食:389 円(内消費税 29 円)、昼食:691 円(内消費税 51 円)、夕食:770 円(内消費税 70 円)で喫食数に応じて精算いたします。朝食、昼食は軽減税率 8%を適用しています。 ・欠食は 3 日前までのお申し出により、朝食:173 円(内消費税 13 円)、昼食:216 円(内消費税 16 円)、夕食:324 円(内消費税 24 円)としてご請求いたします。軽減税率 8%を適用いたします。 ※消費税につきましては、1 ヶ月間の合計金額に各々の消費税率を乗じて計算いたしますので、1 食毎の税込み額を合計した金額とは異なる場合がございます。 また、1 円未満は四捨五入して算出いたします。
光熱水費	実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	サービス内容・費用は別添 2 による。
その他のサービス利用料	自立者、介護保険未認定の方は、状況把握サービス、生活相談サービス、フロントサービス、住み替え支援サービスのための、別途生活支援サービス費としまして月額 27,500 円(内消費税 2,500 円)ご負担いただきます。

（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	基本報酬・加算の利用者負担分
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	前払金なし	
想定居住期間（償却年月数）		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）		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		ミモザ宇都宮上戸祭 相談・苦情窓口
電話番号		028-678-6246
対応している時間	平日	8:30~17:30 時間外は夜勤等が対応いたします。
	土曜	〃
	日曜・祝日	〃
定休日		ありません。
窓口の名称		本社 お客様相談室
電話番号		03-6712-8110
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	祝日	9:00~17:00
定休日		土曜、日曜、12/29~1/3
窓口の名称		栃木県 国民健康保険団体連合会 介護福祉課苦情相談窓口
電話番号		028-643-2220
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
窓口の名称		宇都宮市高齢福祉課
電話番号		028-632-2903
	平日	8:30~17:15

対応している時間	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	

(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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入
	<input type="checkbox"/> 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) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の家族、身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び家族、身元引受人に誠意を持って対応いたします。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input 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 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 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 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 type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:)	
	<input 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 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「6. 規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<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：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 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 事業主体が宇都宮市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			併設・隣接 の状況	事業所の名 称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

別添2

有料老人ホーム・サービス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（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				要支援者、要介護者適宜対応
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				要支援者、要介護者適宜対応
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			自立者（介護保険未認定者含）・要支援者・要介護者：週2回迄、週3回目以降浴室使用料1回550円
特浴介助	なし	あり	なし	あり				要介護3～5 要介護者必要時使用
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				要支援者、要介護者適宜対応
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○			自立者：希望随時、要支援者・要介護者：サービス計画に基づき
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	交通費実費 スタッフ1人につき1時間 2,200円	範囲は要相談。協力医療機関の場合、要支援者・要介護者：適宜対応、自立者：有料 協力医療機関以外の場合、自立者、要支援者、要介護者
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	通常の清掃以外に別途清掃依頼があった際は、1回30分につき770円	要支援者・要介護者：週1回定期清掃、左記以外（自立者・介護保険未認定者含む）：有料
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	週1回実施、週2回以上は別途1回550円	自立者、要支援者、要介護者 ※リネン貸出の場合は月額1,290円（1日43円）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	週3回までは基本料金に含む。週4回以上は別途1回770円。クリーニング依頼分は実費	要支援者・要介護者：週3回迄、左記以外（自立者・介護保険未認定者含）：有料
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	1食につき220円	病気等の緊急時は居室へ配膳・下膳します。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	自立者、要支援者、要介護者
おやつ			なし	あり	○			自立者、要支援者、要介護者 ※昼食代に含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	自立者、要支援者、要介護者
買い物代行（宇都宮市内）	なし	あり	なし	あり		○	1回1時間につき2,200円	要支援者・要介護者：週1回指定日、左記以外（自立者・介護保険未認定者含）：有料
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	スタッフ1人につき 1時間2,200円・交通費実費	要支援者・要介護者：適宜対応（月1回迄） 左記以外（自立者・介護保険未認定者含）：有料
金銭・貯金管理			なし	あり				原則ご遠慮いただいております。

健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	自立者・要支援者・要介護者：年1回の機会を提供。日程、診断項目、又は健康診断を行う医療機関等については、ホームが示したものに限りです。
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			自立者・要支援者・要介護者：適宜対応
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			自立者・要支援者・要介護者：適宜対応
服薬支援	なし	あり	なし	あり				要支援者・要介護者：適宜対応
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				要支援者・要介護者：適宜対応
入退院時・入院中のサービス								
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	交通費実費 スタッフ1人につき1時間 2,200円	範囲は要相談。協力医療機関の場合、要支援者・要介護者：適宜対応、自立者：有料 協力医療機関以外の場合、自立者、要支援者、要介護者
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	スタッフ1人につき1時間 2,200円・交通費実費	自立者、要支援者、要介護者
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。