

## 重要事項説明書

株式会社リビングプラットフォーム（以下、事業者という。）がライブラリ越谷において入居者に対して特定施設入居者生活介護サービス提供にあたり、介護保険法に関する平成11年3月31日厚生省令第37号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）178条に基づいて、事業者が入居者に説明すべき事項は次のとおりです。

※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム重要事項も含む

### 1. 事業者概要(サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者)

事業者名称	株式会社リビングプラットフォーム
主たる事務所の所在地	北海道札幌市中央区南2条西20丁目291番地
法人種別	株式会社
代表者名	代表取締役 金子洋文
設立年月日	2011年6月28日
電話番号	011-633-7727
FAX番号	011-633-7728
ホームページアドレス	<a href="http://www.living-platform.com">http://www.living-platform.com</a>

### 2. 事業所の概要(サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地)

施設の名称	ライブラリ越谷
施設の所在地	埼玉県越谷市赤山町2丁目92番1号
介護保険事業所番号	
管理者の氏名	水沢吉伸
電話番号	048-940-6230
FAX番号	048-940-6231

### 3. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	介護保険法令に従い、サービス付き高齢者向け住宅において、要介護者が自立した日常生活を営むことができるよう、サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことを目的とします。
運営の方針	特定施設入居者生活介護サービスと在宅サービスを組み合わせ、要介護者に対して身体介護等の支援を行います。

### 4. 施設の概要

#### (1) 敷地・建物の概要

敷地	1649.45 m <sup>2</sup>	
建物	構造	鉄筋コンクリート造
	延床面積	3187.16 m <sup>2</sup>
	利用定員	91名

## (2) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
居室①	87室	1,566 m <sup>2</sup>	18.0 m <sup>2</sup>
居室②	4室	78 m <sup>2</sup>	19.5 m <sup>2</sup>

## (3) 主な設備

設備の種類	数	面積	特色
食堂兼機能訓練室	1	311.87 m <sup>2</sup>	一堂に集まれる広いレイアウトとしております
一般浴室/機械浴室	4 / 1	113.8 m <sup>2</sup>	一般浴槽のほか個浴槽を備え、将来的にリフト浴を増設できるような浴槽としています。また、機械浴層はストレッチャー浴槽としどなたでもご入浴できる設備を整えております。
健康管理室	1	7.57 m <sup>2</sup>	水回りを備え、処置がしやすい室内空間としております。
介護職員室	-	-	-
便所	8	32.02 m <sup>2</sup>	手すりや緊急通報装置を備えています。
談話ルーム	5	209.73 m <sup>2</sup>	手すりを備え、集まりやすいレイアウトとしております。

## (4) サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備について

建築基準法上の主要用途	寄宿舍 ・ 共同住宅 ・ <u>有料老人ホーム</u> ・ その他
建築物の耐火構造	<u>耐火構造</u> ・ 準耐火構造 ・ その他 ( )
緊急通報装置等 緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所
	安否確認の方法・頻度等

## (5) 入居状況等

( 年 月 日現在)

入居者内訳	性別	男性 人、女性 人
	介護の	自立 0人

	要否別	要介護 人	(内訳)	要介護 1	人
				要介護 2	人
				要介護 3	人
				要介護 4	人
				要介護 5	人
		要支援 人	(内訳)	要支援 1	人
				要支援 2	人
平均年齢	歳 (男性 歳、 女性 歳)				

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

(6) 入居状況等

身元引受人等の条件及び義務等※1		緊急連絡先、連帯保証人、残置物受取り	
生活保護受給者の受入れ対応		否・ <input checked="" type="checkbox"/> 可	
事業者又は入居者が利用契約を解除する場合の事由及び手続等 ※2		利用契約第17条、18条の義務違反、支払義務違反の場合。少なくとも30日前に申入れにより解除。	
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	事業者側の申し出	人
入居者側の申し出		人	(解約事由の例)
体験入居の期間及び費用負担等		なし	

※1 入居契約書に身元引受人や後見人等の選任を定めている場合に記入

※2 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

5. 職員体制

(1) 職員の人数

ア 職種別の職員数等

(2020年 8月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (16時半～翌9時半) (最少人数)	備考 (資格・委託等)	
		人数	うち自立対応			
従業者の内訳	管理者	1	/			
	生活相談員	1				
	直接処遇職員	13	10.0		3	
	介護職員	10(6)	7.2		3	
	看護職員	3	2.8		機能訓練指導員兼務	
	機能訓練指導員	1 ※	1.2			看護職員兼務
	理学療法士					
	作業療法士					
	その他					
	計画作成担当者	1 ※				
	医師					
	栄養士					委託
	調理員					委託
	事務職員					
その他職員						
合計	17(6)					
介護に関わる職員体制 ※		3:1 以上				

注1) 職員数欄の( )内は、非常勤職員数で内数。

2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

なお、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

3) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

4) 状況把握等を行う職員を配置している場合は、生活相談員として記入。

※機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

イ 職員の状況

( 2020年 8月 1日現在)

管理者	他の職務との兼務		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし								
	兼務に係る資格等	1 あり									
		資格等の名称									
		<input checked="" type="checkbox"/> 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経験年数に した職員の人数	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> あり      2 なし							

(2) 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値
要支援1の人数			
要支援2及び要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員の人数			
配置している直接処遇職員の人数			
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の人数の割合			
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 40 時間で除して算出		

従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番 日勤 遅番 夜勤
	看護職員

(3) 状況把握(安否確認)および生活相談サービスに係る職員の資格取得状況

社会福祉士		医師	
介護福祉士		看護師	
介護支援専門員		准看護師	
介護職員実務者研修修了者		資格なし	
介護職員初任者研修修了者			

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を( )に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

7. 特定施設入居者生活介護に関する事項

(1) 介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内容	自己負担額
排せつ	入居者の状況に応じ、適切な排泄の見守り、介助並びに排泄の自立援助を行います	介護報酬の1割、2割、3割いずれかをお支払いいただきます。
入浴・清拭	週2回、入居者の状況に応じ、入浴の見守り、介助を行います。	
離床	寝たきり防止のため、離床の支援をします。	
着替え	毎朝夕の着替えの支援をします。	
整容	身の回りの支援をします。	
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います。	
洗濯	週2回及び必要に応じて衣類の洗濯を行います。	
機能訓練	入居者の状況に応じ、機能訓練指導員による、日常的な動作を支援する機能訓練を実施いたします。	
健康管理	当施設の協力医療機関により、2週に1回診察日を設定して健康管理に努めます。診察日以外の体調不良の折にも、協力医療機関と連携を計ります。	

(2) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む) に介護を行う場所	居室
--------------------------	----

(3) 住み替える場合の条件等

入 を居 住後 みに 替居 え室 る又 場は 合施 設	居室から一時介護室へ移 る場合(判断基準・手続、 追加費用の要否、居室利 用権の取扱い等)	
	従前の居室から別の居室 へ住み替える場合(同上 )	判断基準：入居者同士の相性や心身の状態により、居室を移 動したほうが良いと判断した場合 手続：医師もしくは事業所の判断に基づき、入居者及び身元 引受人の同意を得て移動する。 追加的費用：否 居室利用権の取扱い：居室変更についての同意書を取り交わ す
	提携ホームへ住み替える 場合(同上)	

(4) 介護保険に係る利用料

介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額) ※3	○特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)	
	区分	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合/3割の場合)
	要介護1	165,141円 / 16,515円 / 33,029円 / 49,543円
	要介護2	185,476円 / 18,548円 / 37,096円 / 55,633円
	要介護3	206,735円 / 20,674円 / 41,347円 / 62,021円
	要介護4	226,453円 / 22,646円 / 45,291円 / 67,936円
	要介護5	247,712円 / 24,772円 / 49,543円 / 74,314円
○各種加算の状況		
身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
退院・退所時連携加算	(無・有)	
入居継続支援加算	(無・有)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
夜間看護体制加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
看取り介護加算	(無・有)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	(I) (II)
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(I) イ
		(I) ロ
		(II)
		(III)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	I
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	I
		II



介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合 は、市区町村から交付 される「介護保険負担 割合証」に記載された 利用者負担の割合に応 じた額) ※3	○介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合/3割の場合)
	要支援1	55,766円	5,577円 / 11,154円 / 16,730円
	要支援2	95,511円	9,552円 / 19,103円 / 28,654円
	各種加算の状況		
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)	
	生活機能向上連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
	個別機能訓練加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
	若年性認知症入居者受入加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
	医療機関連携加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		
栄養スクリーニング加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)		
認知症専門ケア加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	(I)	
		(II)	
サービス提供体制強化加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	(I) イ	
		(I) ロ	
		(II)	
		(III)	
介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	<input checked="" type="checkbox"/> I	
		II	
		III	
		IV	
		V	
介護職員等特定処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	I	
		<input checked="" type="checkbox"/> II	

※3 月額、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

短期利用の設定 (短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有
---------------------------------	---

(5) 料金構造

敷金	家賃の2か月分 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。	負担額 160,000円(非課税)
月額費用	家賃	負担額 居室及び共用部分の賃料 80,000円(非課税)
	管理費	負担額 共用部分及び居室の光熱水費(入居契約参照)、共用部分の備品費、設備等のメンテナンス費 38,000円(非課税)
食事	食事時間 朝食 7:45 ~ 8:45 昼食 11:45 ~ 12:45 夕食 17:45 ~ 18:45 食事場所 食堂	負担額 朝食 400円 昼食 450円 夕食 550円 ※別途消費税がかかります

(6) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内容	自己負担額
入浴	入浴、清拭、特殊入浴について週2回を超えて利用する場合	10分 300円
通院介助	提携医療機関以外の通院介助	10分 300円
居室清掃	週1回を超えて利用する場合	10分 300円
洗濯	週2回を超えて利用する場合	10分 300円
代行サービス	買い物・役所の手続きを代行して行います	10分 300円

※別途、消費税をいただきます。

※料金に関しては、埼玉県に係る消費者物価指数及び人件費等を勘案し、利用者の意見を聴いた上で改定をする場合があります。

(7) 請求とお支払いの方法

請求	事業者は、入居者等に対し、原則として毎月中旬頃までに運営規程に定める項目を記した利用料等の請求書を送付します。なお、請求書には、請求する金額を介護給付対象と介護給付対象外に分けた明細書を添付します。
支払い	月払い方式 請求書の利用料金等を原則として毎月25日までに事業所が指定する方法により支払います。

8. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、下記までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）	（施設及び本社の相談窓口） ・施設担当 管理者 電話： ・本社 苦情相談窓口 電話：03-3519-7787 （第三者機関の連絡先） ・越谷市福祉部介護保険課 電話：048-963-9169 048-963-9305 ・埼玉県国民健康保険団体連合会 電話：048-824-2568		
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	管理者より①必要に応じて協力医療機関へ連絡、②家族へ連絡		
事故発生の防止のための指針	なし・あり		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	介護保健・社会福祉事業者総合保険		
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	なし・あり ありの場合の保険名（あいおいニッセイ同和損害保険株式会社）		
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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし

る取組の状況	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. 医療

### 協力医療機関①

名称	あい小児科
院長名	丸山 善次郎
所在地	埼玉県草加市草加1丁目18-12
電話番号	048-951-1830
入院設備	なし

## 10. 歯科

### 協力歯科医療機関

名称	双葉会歯科
院長名	小口 展生
所在地	東京都新宿区百人町2丁目5-8 科研ビル1階
電話番号	03-5358-9857
入院設備	なし

## 11. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画・マニュアルに則り対応
近隣との協力関係	防災・消火訓練にて連携体制を構築する
平常時の訓練	消防計画に則り実施
防災設備	スプリンクラー … <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし 避難階段 … <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし 自動火災報知器 … <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし 誘導灯 … <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし ガス漏れ報知器 … あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし 防火扉・シャッター… あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし 屋内消火栓 … <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし 非常通報装置 … <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし 漏電火災報知器 … あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし 非常用電源 … <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし（スプリンクラー用） カーテン布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	あり

## 12. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 9時～20時 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください、来訪者
-------	---

	か宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を事前に職員に申し出てください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください、これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 飲酒は、健康状態を鑑み施設にて管理をさせていただきます。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、他の入所者の許可なく、その居室等に立ち人らないで下さい。
所持品/現金の管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、貴重品・現金のお持ち込みはご遠慮ください。</li> <li>ご希望により、お持ち込みされた貴重品・現金はご本人様管理となります。</li> <li>・ご本人様管理の場合におきた紛失等に関しては当施設では保証は致しかねますのでご了承ください。</li> <li>・施設で現金の使用をご希望される場合(買物代行等)は原則、施設での立替をご利用ください。</li> <li>・身体・判断能力の減衰もしくは喪失により自己管理することが困難な場合には事前に施設へご相談ください。</li> </ul>
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

### 1 3 情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	1 公開 ( 閲覧・ <u>写し交付</u> )	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 ( 閲覧・ <u>写し交付</u> )	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 ( 閲覧・ <u>写し交付</u> )	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開 ( <u>閲覧</u> ・写し交付 )	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開 ( <u>閲覧</u> ・写し交付 )	2 非公開

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名 \_\_\_\_\_

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受け、その内容に同意し、交付を受けました。

年 月 日 署名 \_\_\_\_\_