

重要事項説明書

記入年月日	2025年3月10日
記入者名	久米 宏尚
所属・職名	生活相談員

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人社団
名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん めいとくかい 医療法人社団 明徳会	
主たる事務所の所在地	〒434-0042 静岡県浜松市浜名区小松 1700 番地	
連絡先	電話番号	053-586-1115
	FAX番号	053-586-7950
	ホームページアドレス	https://www.jyuzen-byouin.com
代表者	氏名	臼井 岳
	職名	理事長
設立年月日	1988年9月17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) さーびすつきこうれいしゃじゅうたく めでいかる てらす サービス付き高齢者住宅 メディカル テラス	
所在地	〒434-0041 静岡県浜松市浜名区平口 1975 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	遠州鉄道 浜北駅
	交通手段と所要時間	ぐるっと十全(無料送迎バス)へ乗車10分、 「静岡医療科学専門学校」停留所で下車、 徒歩1分
連絡先	電話番号	053-586-1230
	FAX番号	053-586-4111
	メールアドレス	info@m-terrace.jp
	ホームページアドレス	http://www.m-terrace.jp

管理者	氏名	高柳 早苗
	職名	施設長
建物の竣工日		2016年3月25日
有料老人ホーム事業の開始日		2016年4月1日

(類型)【表示事項】

<input 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	2277204307
	指定した自治体名	浜松市
	事業所の指定日	2016年4月1日
	指定の更新日（直近）	2022年4月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,676.70 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地（普通賃貸・定期賃貸）	
		抵当権の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (2015年8月1日～2045年7月31日) 2 なし
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	1,920.27 m ²
		うち、老人ホーム部分	1,920.27 m ²
	耐火構造	<input 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 type="checkbox"/> 2 鉄骨造	
3 木造			
4 その他（ ）			
所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物		
	2 事業者が賃借する建物（普通賃貸・定期賃貸）		
	抵当権の設定	1 あり <input type="checkbox"/> 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		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	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	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.59 m ²	27 戸	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.38 m ²	3 戸	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.74 m ²	12 戸	介護居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.74 m ²	3 戸	介護居室個室
	タイプ5	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.79 m ²	1 室	一時介護室
※「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。						
共用施設	共用便所における 便房	8 ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	5 ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3 ヶ所		
	共用浴室	9 ヶ所	個室	9 ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1 ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	1 ヶ所		
			その他（ ）	ヶ所		
	食堂	1 あり（各階 面積 39.90 m ² ）	2 なし			
	機能訓練室	1 あり（3階 面積 31.82 m ² ）	2 なし			
一時介護室	1 あり（2階 面積 14.79 m ² ）	2 なし				
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり	2 なし				
エレベーター	1 あり（車椅子対応） 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	1 あり	2 なし			
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし			
	火災通報設備	1 あり	2 なし			
	スプリンクラー	1 あり	2 なし			
	防火管理者	1 あり	2 なし			
	防災計画	1 あり	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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	1 あり
	2 一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	3 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	関連病院の十全記念病院が完全バックアップしながら、ご利用様一人ひとり「明るく、楽しく、快適で、豊かな生活」を支えます。
サービスの提供内容に関する特色	(1) 食事・入浴・トイレ等、生活に必要な介護を24時間常駐の介護職員がお手伝いします。 (2) 通院は職員が送迎し、洗濯、掃除、買い物等の日常生活支援をします。 (3) 専従の療法士による健康増進、介護予防、機能訓練を提供し心身ともに健康で自立した生活を支援します。 (4) 四季折々の行事を企画し社会参加、交流、趣味活動を通じて利用者同士の交流の機会を深めていきます。
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	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし

	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算	(I) <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(II) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	退院時情報提供加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算	(I) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	新興感染症等施設療養費	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生産性向上推進体制加算	(I) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(III) <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	介護職員等処遇改善加算	(I) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II) <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(III) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(IV) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V)(1) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V)(2) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V)(3) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V)(4) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V)(5) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V)(6) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V)(7) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V)(8) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V)(9) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V)(10) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V)(11) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(V)(12) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
(V)(13) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
(V)(14) 1 あり <input checked="" 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
	2 なし	

(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 checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	名称	十全記念病院
	住所	静岡県浜松市浜名区小松 1700 番地
	診療科目	内科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、皮膚科、歯科、女性医療センター、放射線科、予防健診センター
	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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	名称	十全記念病院
	住所	静岡県浜松市浜名区小松 1700 番地
	協力内容	受診の受け入れ

(入居後に居室を住み替える場合)

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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	利用者の身体・精神的、医療依存度に応じて検討します	
手続きの内容	利用者及びご家族様とご相談させていただきます	
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	利用権方式を継続します	
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)
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容	<p>事業者からの契約解除</p> <p>1 催告による</p> <p>(1)入居契約書第 25 条に定める事項に違反した場合</p> <p>(2)本契約書の定めた通知をせず、1 か月以上にわたり居室を利用しない場合</p> <p>(3)長期の不在により、この契約を継続する意思がないと事業者が認めた場合</p> <p>(4)その他この契約に定める事項に違反した場合</p> <p>2 即時解除</p> <p>(1)入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居した場合</p> <p>(2)利用料金の支払いを 3 か月以上遅延し、相当期間の催告に関わらず支払われない場合</p> <p>(3)利用者が故意又は重大な過失により、事業者や職員、他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う等、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</p> <p>利用者からの契約解除</p> <p>(1)事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合</p> <p>(2)事業者が守秘義務に違反した場合</p> <p>(3)事業者が破産等の事情により、事業の継続見通しが困難となった場合</p> <p>(4)その他関係法令及びこの契約等に定める事項に著しく違反した場合</p> <p>契約解除の申し入れをする場合は事業者の定める契約解除届を提出するものとする。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第 29 条	
	解約予告期間	30 日	
入居者からの解約予告期間	30 日		
体験入居の内容	<p>1 あり (内容 :)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p>		
入居定員	45 人		
その他			

5. 職員体制

(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	(兼務) 1	0	0.3
生活相談員	1	1	0	0.9
直接処遇職員	16	15	1	15.2
介護職員	14	13	1	13.7
看護職員	2	2	0	1.5
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	4	(兼務) 4	0	0.4
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	0	0	0	
その他職員	0	0	1	0.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	7	7	0
実務者研修の修了者	7	7	0
初任者研修の修了者	11	11	0
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
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	1	1	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 (16時30分～9時00分)		
	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)	3 : 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

(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	看護師、介護支援専門員							
	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		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0
	1年以上										
	3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上										
	5年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上										
	10年未満	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0
	10年以上	2	0	4	0	1	0	1	0	3	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 【特定施設入居者生活介護の費用】(1日につき)	

	<p>基本単位 要支援 1 183 単位 要支援 2 313 単位 要介護 1 542 単位 要介護 2 609 単位 要介護 3 679 単位 要介護 4 744 単位 要介護 5 813 単位</p> <p>加 算 個別機能訓練加算 I 12 単位 夜間看護体制加算 II 9 単位 ※ 1 医療機関連携加算 1 100 単位 ※ 2 退院・退所時連携加算 30 単位 ※ 1、※ 3 サービス提供体制強化加算 III 6 単位 介護職員処遇改善加算 II ※ 4</p> <p>※ 1 要支援の認定を受けている方は、対象外 ※ 2 1月につき ※ 3 医療提供施設を退院・退所し入居から 30 日以内に限る ※ 4 算定した単位数の 12.2%</p>				
<p>入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い</p>	<p>【家賃】 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p> <p>【管理費】 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p> <p>【食費】 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p> <p>【特定施設入居者生活介護の費用】 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p>				
<p>利用料金 の改定</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="323 1753 563 1854">条件</td> <td data-bbox="563 1753 1420 1854"> ①所管する官庁の定める基準及び介護給付費体系が変更された場合 ②経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="323 1854 563 1998">手続き</td> <td data-bbox="563 1854 1420 1998"> ①事業者は利用者及び身元保証人へ事前に通知します ②運営懇談会において説明や協議を行い、変更にあたっては、事業者は利用者及び身元保証人へ事前に通知します。 </td> </tr> </table>	条件	①所管する官庁の定める基準及び介護給付費体系が変更された場合 ②経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合	手続き	①事業者は利用者及び身元保証人へ事前に通知します ②運営懇談会において説明や協議を行い、変更にあたっては、事業者は利用者及び身元保証人へ事前に通知します。
条件	①所管する官庁の定める基準及び介護給付費体系が変更された場合 ②経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合				
手続き	①事業者は利用者及び身元保証人へ事前に通知します ②運営懇談会において説明や協議を行い、変更にあたっては、事業者は利用者及び身元保証人へ事前に通知します。				

(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	要支援1	要介護1	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	19.59㎡	19.59㎡	
	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		160,775円	173,335円	
家賃		60,000円	60,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用	6,975円	19,535円	
	介護保険外	食費	49,800円	49,800円
		管理費	39,000円	39,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	5,000円	5,000円
		その他	0円	0円

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近傍同種の家賃相場を勘案して算出
敷金	
介護費用	
管理費	階段、廊下等の共用部分の維持管理に必要な光熱費、上下水道使用量、清掃費等を勘案して算出
食費	1日1,660円、1か月30日計算 (朝食420円、昼食620円(おやつ代含む)、夕食620円) ※前日までに欠食の届出をした場合、欠食分を差し引いて精算します
光熱水費	各戸へ電気、水道の個別メーターを設置、使用状況に応じて負担します
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	特別援助サービス ・協力医療機関以外の通院介助：1時間/1,500円(タクシー代等別途) ・買い物等外出介助：1時間/1,500円(タクシー代等別途) ・買い物代行：1時間/1,500円 ・要介護認定を受けていない場合や要介護区分状態が非該当(自立)の利用者の生活サービス費：1か月60,000円

その他のサービス利用料	その他の費用 ・医療費、薬品、予防接種代、定期健康診断：医療機関が定める実費 ・利用者個人が日常生活上必要とする諸経費：実費 ・紙おむつ、パッド等：実費 ・クリーニング代：実費 ・理美容代：実費 ・新聞代：実費 ・通信費（葉書、切手等）：実費 ・利用者個人の趣味活動に伴う材料費：実費
-------------	--

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

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	指定居宅サービス介護給付費単位数表
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）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

7. 入居者の状況【記入日 2025年3月10日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	9 人
	女性	33 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	8 人
	85歳以上	33 人
要介護度別	自立	2 人
	要支援 1	8 人
	要支援 2	9 人
	要介護 1	19 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	1 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6ヶ月未満	8 人
	6ヶ月以上 1年未満	2 人
	1年以上 5年未満	21 人
	5年以上 10年未満	11 人

	10年以上 15年未満	0 人
	15年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	88.3 歳
入居者数の合計	42 人
入居率	93.3 %

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	2 人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	8 人
	死亡	1 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	12 人
		(解約事由の例) 長期入院の為

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)

窓口の名称	苦情相談窓口
電話番号	053-586-1230
対応している時間 平日	8時30分から17時00分
定休日	土・日曜日、祝日、年末年始(12月30日から1月3日まで)

公的機関における苦情相談窓口

○浜松市健康福祉部介護保険課	053-457-2374	受付時間 平日 8時30分から17時15分 *土・日曜日、祝日、年末年始は除く。
○各区役所		
中央区役所 長寿支援課	053-457-2324	
浜名区役所 長寿保険課	053-585-1122	
天竜区役所 長寿保険課	053-922-0065	
○各行政センター		
東行政センター 長寿支援課	053-424-0184	
西行政センター 長寿支援課	053-597-1119	
北行政センター 長寿保険課	053-523-2863	

○静岡県国民健康保険団体連合会	054-253-5590	受付時間 平日 9 時 00 分から 17 時 00 分 *土・日曜日、祝日、年末年始は除く。
-----------------	--------------	---

(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)
	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)
	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	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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<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 checked="" 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
管理規程	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	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		
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	1 あり 2 なし	
	指針の整備	1 あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし	
	担当者の配置	1 あり 2 なし	
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	1 あり 2 なし	
	指針の整備	1 あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし	
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと		
	1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	1 あり 2 なし
	2 なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	1 あり 2 なし	
	災害に関する業務継続計画	1 あり 2 なし	
	職員に対する周知の実施	1 あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし	
	定期的な訓練の実施	1 あり 2 なし	
	定期的な業務継続計画の見直し	1 あり 2 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「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	
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）

2025年 月 日

サービス付き高齢者住宅 メディカル テラス の入居に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

サービス付き高齢者住宅 メディカル テラス

説明者職氏名 生活相談員 久米 宏尚 ⑩

私は本書面に基づいて、サービス付き高齢者住宅 メディカル テラス について、重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所 _____

氏名 _____ ⑩

身元保証人住所 _____

氏名 _____ ⑩ 続柄 _____

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

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	十全訪問看護ステーション小松	浜松市浜名区小松1680
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	十全記念病院	浜松市浜名区小松1700
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	エーデルワイス	浜松市浜名区平口2405
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	エーデルワイス	浜松市浜名区平口2405
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		
地域密着型通所介護	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	いつくしみの郷	浜松市浜名区平口2406-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	ゆとりの郷	浜松市浜名区平口2435-1
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		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	エーデルワイス 在宅介護支援センター	浜松市浜名区平口2405
＜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	十全訪問看護ステーション小松	浜松市浜名区小松1680
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	十全記念病院	浜松市浜名区小松1700
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	エーデルワイス	浜松市浜名区平口2405
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	エーデルワイス	浜松市浜名区平口2405
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	いつくしみの郷	浜松市浜名区平口2406-1
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	エーデルワイス	浜松市浜名区平口2405
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				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	※あり	○		1,500円／1時間	※協力医療機関以外の場合
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり				
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	訪問理美容業者が定める額
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○		1,500円／1時間	※個別の場合
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	※あり		○	実費	医療機関が定める額 ※施設が実施する健康診断は除く。
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
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	○		1,500円／1時間	※協力医療機関以外の場合
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				必要に応じて健康状態の把握等

※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、月額の利用料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。