

別紙様式

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------------|
| 記入年月日 | 平成 28 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 平野 達也 |
| 所属・職名 | イルミーナしき/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、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 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 4 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 <input checked="" type="radio"/> 法人 <input type="radio"/> | |
| | 名称 | ケアサポート株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) けあさぽーとかぶしきがいしや ケアサポート株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 330-0801 | 埼玉県さいたま市大宮区土手町 1-2 |
| | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-640-1765 |
| | FAX番号 | 048-640-1365 |
| | ホームページアドレス | あり : http://www.care-support.biz |
| 代表者 | 職名 | 代表取締役 |
| | 氏名 | 堀越 太志 |
| 設立年月日 | 平成 14 年 10 月 1 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) いるみーなしき イルミーナしき | |
| 所在地 | 〒 353-0001 | 埼玉県志木市上宗岡 5-19-44 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 志木駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 東武東上線「志木駅」からバス12分 「市民病院入口」停留所下車 徒歩約2分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-497-5550 |
| | FAX番号 | 048-497-5666 |
| | ホームページアドレス | http://www.care-support.biz |
| 管理者 | 職名 | 所長 |
| | 氏名 | 平野 |
| 建物の竣工日 | | 平成 26年 8月 1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成 年 月 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 | |
| | 指定した自治体名 | |
| | 事業所の指定日 | 平成 年 月 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 平成 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|---------|-----------|------------------------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 1588.13 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 | |
| | | 抵当権の有無 | ① あり 2 なし |
| | | 契約期間 | ① あり (平成26年7月9日～ 平成56年6月30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 | 2941.00 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | |

| | | | | | |
|--|----------------|--|-----------------|----------------------|-------|
| | 耐火構造 | 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 2 鉄骨造 3 木造 ④ その他 (重量鉄骨) | | | |
| | 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 | | | |
| | | 抵当権の設定 | 1 あり 2 なし | | |
| 契約期間 | | ① あり (平成 26 年 7 月 9 日～平成 56 年 6 月 30 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 | | | |
| | | 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 |
| | タイプ1 | 有 | 無 | 18.60 m ² | 50戸 |
| | タイプ2 | | | m ² | |
| | タイプ3 | | | m ² | |
| | タイプ4 | | | m ² | |
| | タイプ5 | | | m ² | |
| タイプ6 | | | m ² | | |
| タイプ7 | | | m ² | | |
| タイプ8 | | | m ² | | |
| タイプ9 | | | m ² | | |
| タイプ10 | | | 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 | 2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 | 2ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 4ヶ所 | 個室 | 4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 | 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 | ① あり 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 |
| | 自動火災報知機 | 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 |
| その他 | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 「生涯、安心して暮らしていける空間とサービス」をコンセプトに、個々人の幸せな老後を設計し、サポートさせていただきます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 四季折々の行事や、外出イベントやサークル活動等様々は活動を行なっております。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 2 委託 ③ なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 ② 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 2 委託 ③ なし |
| 健康管理の供与 | 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 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |

(高齢者生活支援サービス)

① 基本サービス (税別)

| | |
|---|----------|
| 状況把握・生活相談サービス 24時間ヘルパー2級以上を有する者が常駐 (日中1名、夜間1名) | 33,334 円 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事や外出等の機会を利用して、毎日少なくとも1回の本人安否確認を行う。 ・ 日常生活の心配事や悩み事の相談対応、及び医療、介護相談について協力機関を紹介する。 ・ 各室内の緊急連絡装置により、突発的な事故、体調の急変などの場合に駆けつけ対応する。 | |

② 上記以外の生活支援サービス等 (税別)

| | |
|--|---|
| 食事提供サービス | 1,716 円/日 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 食費は月単位での請求となります。 ・ キャンセル等は、前日の15時までにお知らせください。 ・ 本住宅の厨房での専属調理員により調理いたします。 | (内 訳) 朝食 477 円 昼食 572 円 夕食 667 円 |

その他のサービス

基本サービス費に含む

- ・ 宅配便、郵便物対応、来訪者の受付、不在時対応をいたします。
- ・ 指定日にゴミ出しを行います。
- ・ 企画・運営、簡便な営繕作業、自治会事務局の運営補助を行います。

(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 | 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 |
| | 医療機関連携加算 | | 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 | |
| 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 3 通院介助 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | | 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 3 その他 () | |
| 判断基準の内容 | | |
| 手続きの内容 | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 従前の居室と の仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり 2 なし |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立しているもの | ① あり 2 なし |
| | 要支援のもの | ① あり 2 なし |
| | 要介護のもの | ① あり 2 なし |
| 留意事項 | <p>① または②に該当する者</p> <p>① 単身高齢者世帯</p> <p>② 高齢者+同居者 (配偶者/60歳以上の親族/要介護・要支援を受けている 60歳未満親族/特別は理由により同居させる必要があると 知事が認める物)</p> <p>(「高齢者」とは、60歳以上の者または、要介護認定若しくは 要支援認定を受けている者をいう)</p> | |
| 契約の解除の内容 | 建物賃貸借契約書 第16条・第17条 契約書参照 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 第19条 |
| | 解約予告期間 | 6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: ウィーカー、マンスリー) 2 なし | |
| 入居定員 | 50名 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 |
|--|-----------|----|-----|--------|
| | 合計 | | | |
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | | 1 | 0.5 |
| 生活相談員 | 1 | | | 1 |
| 直接処遇職員 | 6 | 6 | | 6 |
| 看護職員 | | | | |
| 介護職員 | 6 | 6 | | 6 |
| 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 | 1 | 1 | |
| 実務者研修 | 2 | 2 | |
| 介護職員初任者研修 | 3 | 3 | |
| 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 |
| 看護師及び准看護師 | | | |
| 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 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| | | |
|-------------------------|------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 (22時 ~ 翌朝 7時) | | |
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | | |
| 介護職員 | 1 | 1 |

(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 | | | 3 | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた | 1年未満 | | 3 | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | 3 | | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | 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 | |
| | 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 ___ 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 | 経済事情の変動、土地・建物の租税負担の増減等賃料が不相当となった場合 |
| | 手続き | 協議の上 |

①請求方法

事業者は、料金の合計額の請求に明細を付して、毎月 15 日までにお客様へ送付します。

- ・ 賃料 翌月分
- ・ 共益費 翌月分
- ・ 基本サービス 翌月分
- ・ その他のサービス 前月分

②支払い方法

事業者は、その集金を株式会社ジェーシービーに委託し、お客様は、本契約と同時にジェーシービーの集金代行サービスの申込みを行うものとします。

料金の引落としは、お客様の金融機関の口座から毎月 26 日（金融機関が休日の場合は翌営業日）に行います。

集金代行サービスの申込みが最初の支払いに間に合わない場合、お客様は、速やかに事業者が指定する口座に振り込むものとします。なお、振込手数料はお客様負担とします。

(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2 | | |
| | 年齢 | 88歳 | | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.60㎡ | | |
| | 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 | 円 | 円 | |
| | 敷金 | 195,000円 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 173,899円 | 円 | |
| 家賃 | | 65,000円 | 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 0円 | 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 47,299円 | 円 |
| | | 管理費 | 0円 | 円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 25,000円 | 円 |
| | | その他 | 36,000円 | 円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。
 ※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）

(利用料金の算定根拠)

| 項目 | 算定根拠 |
|----------------------|-----------------------|
| 家賃 | Aタイプ 65,000円 |
| 敷金 | 家賃の 3 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 | 0円 |
| 食費 | 朝477円、昼572円、夕667円(税抜) |
| 光熱水費 | Aタイプ 25,000円 |
| 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 | 基本サービス費 33,334円(税抜) |

(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 | |
| 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。

(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 | | |
| 想定居住期間 (償還年月数) | | |
| 償却の開始日 | | |
| 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) | | |
| 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

| | | |
|-------|-------------|-----|
| 性別 | 男性 | 7人 |
| | 女性 | 35人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 4人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 23人 |
| | 85歳以上 | 15人 |
| 要介護度別 | 自立 | 7人 |
| | 要支援 1 | 8人 |
| | 要支援 2 | 8人 |
| | 要介護 1 | 10人 |
| | 要介護 2 | 4人 |
| | 要介護 3 | 4人 |
| | 要介護 4 | 1人 |
| | 要介護 5 | 0人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 12人 |
| | 6か月以上 1年未満 | 14人 |
| | 1年以上 5年未満 | 16人 |
| | 5年以上 10年未満 | 0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 | 82.8歳 |
| 入居者数の合計 | 42人 |
| 入居率※ | 84% |
| ※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 | 1人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 1人 |
| | その他 | 2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 | 3人 |
| | (解約事由の例) | 特別養護老人ホームへの入所 |

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 | | イルミーナしき |
| 電話番号 | | 048-497-5550 |
| 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 | | 埼玉県福祉部高齢福祉課 |
| 電話番号 | | 048-830-3254 |
| 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 | | 埼玉都市整備部住宅課 |
| 電話番号 | | 048-830-5562 |
| 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 | | 志木市産業振興課消費者生活センター |
| 電話番号 | | 048-473-1111 (代) |
| 対応している時間 | 平日 | 10:00 ~ 16:00 |
| | 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 | 埼玉県消費者生活支援センター | |
| 電話番号 | 048-261-0999 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:30 ~ 16:00 |
| | 土曜日 | - |
| | 日曜・祝日 | - |
| 定休日 | 12月29日～翌年1月3日 | |

(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) 身体・財物 |
| | 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) 身体・財物 |
| | 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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況 | ① あり | 実施日 | 平成28年6月 |
| | | 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__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針 「5. 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 | | |
| 「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 | | |

11. その他留意事項

- ① 建物内住居及び共用設備、敷地をその本来の用途に従って使用して下さい。
- ② 建物内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。
- ③ 住宅正面入口はオートロックとなっております。
- ④ 長期外泊時は、管理人へご連絡ください。
- ⑤ 介助による入浴の際は、共用浴室の利用時間を事前にお知らせください。
- ⑥ 共用キッチンの利用については、事前にお知らせください。
- ⑦ ゴミ出しサービスについて、住居へ回収に向う日時は別途指定させていただきます。
- ⑧ 排泄用品や消耗品等の廃棄については、別途廃棄料金が発生することがあります。
- ⑨ 入居時は、総合保険（損害保険・個人賠償責任保険・地震保険等）にご加入いただきます。
- ⑩ 高齢者生活支援サービスは、介護保険によるサービス提供ではありませんので、必要な介護保険サービスについては、別途選定の上、ご利用ください。

12. 秘密保持

事業者は、サービス提供をする上で知り得たお客様及びそのご家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。尚、この守秘義務は契約終了後も同様です。

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 平成 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。