

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人の種類	あり	なし
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃだいよしふあみりー 株式会社 Daiyoshi ファミリー	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒515-2511	三重県津市一志町片野字南浦 2 2 3 - 2	
事業主体の連絡先	電話番号	0 5 9 - 2 9 5 - 0 0 2 6	
	F A X 番号	0 5 9 - 2 9 5 - 0 0 2 7	
	メールアドレス		
	ホームページ アドレス	http://www.daiyoshi-f.jp/	
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	岸 本 大 知	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成 2 4 年 1 0 月 3 1 日		

事業主体が県内で実施する他の介護サービス (有料老人ホーム内に併設、同一敷地内含む)

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地	入居者の利用数
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	訪問介護事業所 大ちゃん	三重県津市一志町 片野 223-2	24名
訪問入浴介護	あり	なし			名
訪問看護	あり	なし			名
訪問リハビリテーション	あり	なし			名
居宅療養管理指導	あり	なし			名
通所介護	あり	なし			名
通所リハビリテーション	あり	なし			名
短期入所生活介護	あり	なし			名
短期入所療養介護	あり	なし			名
特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
福祉用具貸与	あり	なし			名
特定福祉用具販売	あり	なし			名
<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			名
夜間対応型訪問介護	あり	なし			名
認知症対応型通所介護	あり	なし			名
小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名
認知症対応型共同生活介護	あり	なし			名
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	あり	なし			名
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名
居宅介護支援	あり	なし			名
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし			名
介護予防訪問看護	あり	なし			名
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし			名
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし			名
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし			名
介護予防短期入所生活介護	あり	なし			名
介護予防短期入所療養介護	あり	なし			名
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
介護予防福祉用具貸与	あり	なし			名
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし			名
<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			名
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし			名
介護予防支援	あり	なし			名
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし			名
介護老人保健施設	あり	なし			名

介護療養型医療施設	あり	なし			名
介護医療院	あり	なし			名

2. 有料老人ホーム事業の概要
(住まいの概要)

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先					
施設の名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむだいちゃん 有料老人ホーム大ちゃん				
施設の所在地	〒515-2511	三重県津市一志町片野字南浦223番2			
施設の連絡先	電話番号	059-295-0026			
	FAX番号	059-295-0027			
	メールアドレス				
	ホームページ アドレス	http://www.daiyoshi-f.jp/			
施設までの主な利用交通手段					
①近鉄伊勢中川駅から約2.4km、車で5分					
②伊勢自動車道一志嬉野ICから約3.8km、車で10分					
③JR名松線伊勢八太駅から約1.6km、徒歩20分、車で5分					
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	岸本大知			
	職名	施設長			
建物の竣工日	平成25年 7月 1日				
有料老人ホーム事業の開始日	平成25年10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	
指定した自治体名	
事業の開始(予定)年月日	
事業所の指定日	
指定の更新日(直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積				1,753.00 m ²				
	所有関係	運営する法人が所有		あり	一部あり	なし			
		事業者が賃借する土地							
		抵当権の設定		あり	なし				
		契約期間		あり	年月日～	年月日			
		なし							
	契約の自動更新	あり		なし					
建物	延床面積	全体		865.37 m ²					
		うち、老人ホーム部分		857.92 m ²					
	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 ()							
	所有関係	運営する法人が所有		あり	一部あり	なし			
事業者が賃借する建物									
抵当権の設定		あり	なし						
契約期間		あり	年月日～	年月日					
			なし						
	契約の自動更新	あり		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						
	居室の状況	区分		室数	人数	トイレ	浴室	面積	
		一般居室 個室	あり	なし	6	/	有/無	有/無	14.77 m ²
					16	/	有/無	有/無	14.91 m ²
			なし		1	/	有/無	有/無	17.25 m ²
					1	/	有/無	有/無	17.39 m ²
		一般居室 相部屋	あり	なし		/	有/無	有/無	m ²
					/	有/無	有/無	m ²	
					/	有/無	有/無	m ²	
介護居室 個室		あり	なし		/	有/無	有/無	m ²	
					/	有/無	有/無	m ²	
				/	有/無	有/無	m ²		
介護居室 相部屋	あり	なし		/	有/無	有/無	m ²		
				/	有/無	有/無	m ²		
				/	有/無	有/無	m ²		
一時 介護室	あり	なし		/	有/無	有/無	m ²		

共用施設	共用便所の設置数	4	うち男女別の対応が可能な数	0	
			うち車椅子等の対応が可能な数	1	
	共用浴室の設置数	3	個浴	3	
			大浴場	0	
	共用浴室における介護浴槽の設置数	1	チェアー浴	0	
			リフト浴	1	
			ストレッチャー浴	0	
			その他 ()	0	
	食堂	(あり)	なし		
	入居者や家族が利用できる調理設備		あり	(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				
バリアフリーの対応状況	(内容) 施設内及び居室内段差なし、手すりの設置等				
その他の共用施設の設備状況	(あり)	なし			
		(内容) 事務室、相談室、健康管理室、会議室、食堂、駐車場等			
緊急通報装置の設置状況	(全居室内にあり)		一部あり	なし	
外線電話回線の設置状況	全居室内にあり		一部あり	(なし)	
テレビ回線の設置状況	(全居室内にあり)		一部あり	なし	
消防用設備等	消火器	(あり)		なし	
	自動火災報知設備	(あり)		なし	
	火災通報設備	(あり)		なし	
	スプリンクラー	(あり)		なし	
	防火管理者	(あり)		なし	
	防災計画	(あり)		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	<p>“「ありがとう」が聞こえる家“</p> <p>職員は、常に入居者様・ご家族、地域の方々へ「ありがとう」という感謝を忘れず、ご利用者・ご家族からも1日1回は「ありがとう」と言葉を返していただけるようなサービスに努めていきます。</p> <p>1 事業運営に当たっては、サービスのご利用者である入居者様の意思及び人格を尊重し、入居者様の生活のリズムに合わせるなど、常に入居者様の立場に立ったサービスの提供に努めます。</p> <p>2 施設スタッフは、家庭的な雰囲気の中で入居者様が安心・快適に生活していただけるようお手伝いをいたします。また、高齢者の心身の特性を踏まえ、いつまでも自分らしく自らの力で日常生活を営んでいただけるよう、必要に応じてサービス計画に基づき、日常生活上及び療養上の援助等を行います。</p> <p>3 事業の運営に当たっては、地域社会の役割と責任を自覚し、地域社会や医療・介護機関等との連携を図り、総合的な支援に努めます。</p> <p>4 事業の運営に当たっては、健全で安定した経営に努めます。</p>		
サービスの提供内容に関する特色	介護保険制度による外部サービスの利用を基本とし、有料老人ホームとして、その補完的なサービスの提供により、入居者様がより充実した生活が送れるようにします。		
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施	委託	なし
食事の提供	自ら実施	委託	なし
洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施	委託	なし
健康管理の供与	自ら実施	委託	なし
安否確認又は状況把握サービス	自ら実施	委託	なし
生活相談サービス	自ら実施	委託	なし
利用者の個別的な選択によるサービスの実施状況	別添		

(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		あり	なし
	夜間看護体制加算		あり	なし
	医療機関連携加算		あり	なし
	看取り介護加算		あり	なし
	認知症専門ケア加算	(I)	あり	なし
		(II)	あり	なし
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	あり	なし
		(I) ロ	あり	なし
(II)		あり	なし	
(III)	あり	なし		
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		なし

(医療連携の内容)

医療支援 可	※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	医療法人小坂クリニック (電話 0598-48-0777)
		所在地	松阪嬉野中川新町2丁目23番地
		診療科目	外科・胃腸科・内科・肛門科・リハビリテーション科
		協力内容	① 通院又は往診(月2回)による入居者への医療行為の提供(定期・不定期の受診)、投薬指示その他の治療行為 ② 定期往診時における入居者の健康管理 ③ 入居者に対する介護サービスの必要性の判断やその内容、介護場所の変更や事業者からの入居契約解除の場合等についての医学的助言 ④ 緊急時その他必要な場合のホームからの連絡への対応(診断、治療を含む。) ⑤ 専門医及び医療機関等の二次搬送先の紹介
	2	名称	日高クリニック
		所在地	津市一志町田尻30-10
		診療科目	皮膚科
		協力内容	入居者に対する当ホーム内での診療及び薬剤処方
協力歯科医療機関	名称	医療法人佐藤歯科医院	
	所在地	津市上浜町2-196-1	
	協力内容	入居者に対する当ホーム内での歯科診療及び薬剤処方	

(要介護時における居室の住み替えに関する事項)

要介護時に介護を行う場所	一般居室において個室介護を行います。	
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 (心身の状況の変化等による居室の変更)	
判断基準の内容	全ての居室が個室となっており、入居後に要介護状態の程度が変化した場合でも、原則として一般居室において個室介護を行います。原則として、居室を変更していただく必要はありません。 ただし、入居者の心身の状況に著しい変化があったとき、又は入居者同士の居住環境によっては、居室の変更を行う場合があります(一般居室の価格は、全室同一です)。	
手続きの内容	一般居室の変更の判断に際しては、あらかじめ、次のことを行います。 ① 一定の観察期間を設ける。 ② 入居者、契約者又は身元引受人等の同意を得る。 ③ 居室変更後の居室の概要、介護の内容及び費用負担の増減等についての説明を行う。	
追加的費用の有無	あり	なし
居室利用権の取扱い	一般居室の変更を行った場合、従来の一般居室を利用する権利はなくなりませんが、新たな一般居室を利用する権利を取得します。	

前払金償却の調整の有無		あり	なし
従前の居室との仕様変更	面積の増減	あり	なし
	便所の変更	あり	なし
	浴室の変更	あり	なし
	洗面所の変更	あり	なし
	台所の変更	あり	なし
	その他の変更	あり	(変更内容) 日当たり等方角、階数 (1階・2階)
	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	あり	なし
	要支援の者	あり	なし
	要介護の者	あり	なし
留意事項	<p><入居基準></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身体機能の低下又は認知症等により、常時支援、介護を必要とする概ね 60 歳以上の方 2. 常時医療機関において治療をする必要のない方 3. 他の入居者に伝染する疾患のない方 4. 自傷他害の恐れのない方 5. 健康保険に加入されている方 6. 身元引受人を立てることができる方 7. 入居契約書に定めることを承認し、事業者の運営方針に賛同できる方 		
契約の解除の内容	<p>【入居契約】</p> <p><入居者様からの解約></p> <p>契約者は、事業者に対して、少なくとも 30 日前に解約の申し入れを行うことにより、入居契約を解約することができます。</p> <p><事業者からの契約解除></p> <p>事業者は、契約者又は入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが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は、90 日の予告期間において入居契約を解除することができます。ただし、⑤による契約解除については、事業者は催告なく、これを行うことができるものとします。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 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。 ② 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。 ③ 契約書第19条その他に正当な理由なく違反をし、文書による事業者の通知後も改善されないとき ④ 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ、施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき。 ⑤ 契約者又は入居者が、暴力団関係者であることが判明したとき。 		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	有り (上記記載のとおり)	
	解約予告期間	3 か月 (90 日)	
入居者からの解約予告期間	1 か月 (30 日)		
体験入居	あり	<p>(内容)</p> <p>利用料 1日あたり5,000円</p> <p>利用時間 (1日あたり) 10:00~翌日10:00</p>	

	※3食を含みます。 ※利用日数は7日以内とします。
	なし
入居定員	24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）

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数※
	専従	非専従	専従	非専従		
管理者			1		1	0.6
生活相談員	1				1	1.0
直接処遇職員				2	2	0.3
看護職員			11		11	2.4
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員	1		1		2	1.6
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 40時間

※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。

介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士			9	
実務者研修の修了者			1	
初任者研修の修了者			1	
介護支援専門員			3(重複)	

機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
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)

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数		
	夜勤帯平均人数 (23:00~翌8:00)	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		あり		なし					
	業務に係る資格等		あり							
			資格等の名称							
		なし								
職員	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				2						
前年度1年間の退職者数				2						
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満									
	1年以上 3年未満			1						
	3年以上 5年未満			2						
	5年以上 10年未満			2						
	10年以上		2	6	1					
	職員の健康診断の実施状況		あり				なし			

6. 利用料金
(利用料金の支払方法)

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	1 全額前払い方式
	※該当する方式を すべて選択	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	あり	なし
要介護状態に応じた金額設定	あり	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(食費のみ欠食分を減額) 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	物価上昇及び人件費等を勘案して改定することがあります。
	手続き	運営懇談会の意見を聞いた上で、あらかじめ入居者・身元引 受人等へ通知して改定します。

(利用料金のプラン)【代表的なプラン2例】

		プラン1	プラン2
入居者の状 況	要介護度	要介護2	
	年齢	93歳	
居室の状況	床面積	17.25㎡	
	便所	あり	なし
	浴室	あり	なし
	台所	あり	なし
入居時点で 必要な費用	前払金	円	
	敷金	100,000円	
月額費用の合計		132,800円	
家賃		35,000円	
サー ビス 費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円
	食費	1日3食 30日分	45,000円
	管理費		36,800円
	介護費用		円
	光熱水費		16,000円
	その他		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、本欄には記入しない)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建築費用及び資金調達に係る利息、返済期間等を勘案し算出した額より低廉な額に設定
敷金	100,000円 家賃の()か月分
介護費用	特になし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務費及び人件費等を勘案し算出
食費	食材料費及び加工費より算出
光熱水費	近隣施設、同等規模施設の実績を勘案し算出
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添
その他のサービス利用料	特になし
その他留意事項	特になし

(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(償却年月数)		か月
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

入居者の人数（冒頭に記した記入日現在）								
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計		
65歳未満						0人		
65歳以上75歳未満			1	2		3人		
75歳以上85歳未満			4	1	2	7人		
85歳以上		5	1	7	1	14人		
	自立	要支援1	要支援2			計		
65歳未満						0人		
65歳以上75歳未満						0人		
75歳以上85歳未満						0人		
85歳以上						0人		
	合計					24人		
入居者の平均年齢	85.4歳							
入居者の男女別人数	男性	5人		女性	19人			
入居率（一時的に不在となっている者を含む）	100%							
認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上の者）	24人							
医療機関（認知症に限らず）へ受診中の者	24人							
前年度に退去した者の状況								
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計		
自宅等						0人		
社会福祉施設				1	1	2人		
医療機関				2	1	3人		
死亡者						0人		
その他						0人		
	自立	要支援1	要支援2			計		
自宅等						0人		
社会福祉施設						0人		
医療機関						0人		
死亡者						0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						4人	
		(解約事由の例) 医療機関へ入院 特養へ入所						
入居者の入居期間								
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計	
入居者数	2	1	12	9			24人	

8. 苦情・事故等に関する体制

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	有料老人ホーム大ちゃん		
電話番号	TEL 059-295-0026 Fax 059-295-0027 (ファックスも可)		
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:00	
	土曜	9:00 ~ 17:00	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	日曜日及び祝日		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	三重県社会福祉サービス運営適正化委員会		
電話番号	059-224-8111		
対応している時間	平日	8:30~17:15	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	土曜日、日曜日、祝日		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	三重県健康福祉部 長寿社会課 施設サービス班		
電話番号	059-224-2235		
対応している時間	平日	8:30~17:15	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	土曜日、日曜日、祝日		

(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	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 火災保険、業務災害補償総合保険(医療保健業)、施設賠償責任保険に加入。 施設賠償責任保険については、サービス提供上の事故により、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き、賠償されます。ただし、入居者様に重大な過失がある場合は、賠償が減じられます。	
	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="radio"/>	(その内容) 事故発生時には応急処置、病院への搬送等入居者様の安全のための初期対応を行うとともに、当社の責任の範囲において必要な賠償を行います。また、再発防止策を講じ、安全確保に努めています。	
	なし		
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="radio"/>	なし	ご利用者のご家族、利用者に係る居宅介護支援事業所、保険者等に連絡するとともに必要な措置を講じます。

(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	あり	実施日		
		結果の開示	あり	なし
なし				
第三者による評価の実施状況	あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	あり	なし
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	あり	(開催頻度) 年 1 回
	なし	
	代替措置あり	(内容)
	代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	あり	(提携ホーム名:)
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 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	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：「入居者の個別選択によるサービス一覧表」

※ _____ 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。

入居者の個別選択によるサービス一覧表

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 ※別途利用料を徴収する場合は、単価等を記載のこと。
特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	月額の利用料等で、実施するサービス	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	あり	介護保険サービス利用可
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	あり	介護保険サービス利用可
おむつ代	—	—	なし	あり	あり	ご利用者様個人負担
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	あり	介護保険サービス利用可
特浴介助	なし	あり	なし	あり	あり	介護保険サービス利用可
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	あり	介護保険サービス利用可
機能訓練	なし	あり	なし	あり	あり	介護保険サービス利用可
通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	あり	介護保険サービス利用可
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	あり	介護保険サービス利用可
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり	あり	別途「生活サービス」を参照
リネン交換	なし	あり	なし	あり	あり	別紙「生活サービス」のとおり
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	あり	別紙「生活サービス」のとおり
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	あり	別紙「生活サービス」のとおり
入居者の嗜好に応じた特別な食事	—	—	なし	あり	あり	病状等により食堂での採取が困難な場合のみ可
おやつ	—	—	なし	あり	あり	医師の指示を交けた治療食は有料
理美容師による理美容サービス	—	—	なし	あり	あり	毎日午後3時に提供
買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり	あり	ボランティアへ直接支払ってください
買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり	あり	別紙「生活サービス」のとおり
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	あり	別紙「生活サービス」のとおり
金銭・貯金管理	—	—	なし	あり	あり	別紙「生活サービス」のとおり
健康管理サービス						
定期健康診断	—	—	なし	あり	あり	協力医往診 1~2回/月実施 協力医へ支払う
健康相談	なし	あり	なし	あり	あり	協力医と連携
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	あり	協力医と連携
服薬支援	なし	あり	なし	あり	あり	協力医と連携
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	あり	協力医と連携
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	なし	あり	なし	あり	あり	可能な限り協力
入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	あり	可能な限り協力
入退院時の同行(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	あり	可能な限り協力
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	あり	可能な限り協力
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	あり	可能な限り協力

