

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	令和2年4月1日
記入者名	中西 健二
所属・職名	介護付有料老人ホーム煌・施設長

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 株式会社	なし
	名称	(ふりがな) アイリスなんこう アイリス南郊	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒515-0052	三重県松阪市山室町 2358-11	
	電話番号	0598-20-0011	
事業主体の連絡先	FAX番号	0598-29-3735	
	メールアドレス	naailice@mctv.ne.jp	
	ホームページアドレス	https://www.home-kagayaki.com/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	辻村 昌人	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	昭和60年9月2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	はまなす	明和町大淀 2231-1	123名	
訪問入浴介護	あり	なし			名	
訪問看護	あり	なし	和	明和町大淀 2232-1	13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	いちご	明和町大淀 2229-1	63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	煌	明和町大淀 2229-1	28名	
福祉用具貸与	あり	なし	アイリス南郊	松阪市山室町 2358-11	名	
特定福祉用具販売	あり	なし	アイリス南郊	松阪市山室町 2358-11	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	ピオラ	明和町大淀 2229-1	名	
<居宅介護予防サービス>						
介護予防訪問介護	あり	なし	はまなす	明和町大淀 2230-1	名	
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	和	明和町大淀 2232-1	0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	
介護予防通所介護	あり	なし	いちご	明和町大淀 2229-1	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	煌	明和町大淀 2229-1	1名	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	アイリス南郊	松阪市山室町 2358-11	名	
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	アイリス南郊	松阪市山室町 2358-11	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	

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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ かがやき 介護付有料老人ホーム 煌	
施設の所在地	〒515-0302	三重県多気郡明和町大淀 2229-1
施設の連絡先	電話番号	0596-55-8282
	FAX番号	0596-55-8283
	メールアドレス	spam2sk9@adagio.ocn.ne.jp
	ホームページ アドレス	http://www.home-kagayaki.com
施設までの主な利用交通手段		
<ul style="list-style-type: none"> ・近鉄 明星駅より車にて5分 ・三重交通バス『大淀』下車 徒歩5分 ・近鉄・JR 松阪駅、伊勢市駅より車にて20分 ・町内100円で移動できる町民バス利用可能 		
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	中西 健二
	職名	施設長
建物の竣工日		平成19年4月1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成23年1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	2472700703
指定した自治体名	
事業の開始 (予定) 年月日	平成23年1月1日
事業所の指定日	平成23年1月1日
指定の更新日 (直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積				2997 m ²				
	所有関係	運営する法人が所有	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
		契約期間	あり	年月日～	年月日				
	<input checked="" type="checkbox"/> なし								
	契約の自動更新	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし						
建物	延床面積	全体				850.56 m ²			
		うち、老人ホーム部分				m ²			
	耐火構造	<input checked="" 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 2 鉄骨造 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ()							
	所有関係	運営する法人が所有	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし						
契約期間		あり	年月日～	年月日					
	<input checked="" type="checkbox"/> なし								
	契約の自動更新	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし						
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室							
		2 相部屋あり							
		最少				1人部屋			
	最大				1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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	30	/	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.104 m ²
						/	有/無	有/無	m ²
						/	有/無	有/無	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	6	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	6	
	共用浴室の設置数	2	個浴	2	
			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	1	
			リフト浴	0	
			ストレッチャー浴	0	
			その他 ()		
	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) 玄関入口から食堂、居室、共用トイレ、浴室など施設内は段差なし。全面バリアフリー対応。			
	その他の共用施設の設備状況	あり	なし		
(内容) 食堂・居間 (娯楽室)					
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	施設にて生活される方々が、人としての尊厳や個性を失わずに心豊かに暮らして頂ける様、また、安心と安全、安定した穏やかな暮らしを送って頂ける様、共に支え合い、信頼しあって生活する開かれた住環境づくりを目指すと共に、地域福祉の推進を図ります。また、生活の中で、介護サービスを充実させ、ご家庭と変わらぬ生活を継続して頂く事が可能な施設づくりを心がけます。		
サービスの提供内容に関する特色	介護職員による入浴、排泄、食事、就寝などの介助やレクリエーション。また、看護師による健康管理や管理栄養士が考える栄養バランスの取れた食事の提供。		
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	別添参照		

(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	
	退院・退所時連携加算		あり	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)		あり	なし
		(II)		あり	なし
		(I) イ		あり	なし
	サービス提供体制強化加算	(I) ロ		あり	なし
		(II)		あり	なし
(III)			あり	なし	
	介護職員処遇改善加算 (I)			あり	
	介護職員等特定処遇加算 (II)			あり	
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) 3 : 1		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	医療法人 石田クリニック
		所在地	三重県松阪市大口町 154 番地 1
		診療科目	胃腸内科・外科・内科・肛門外科
		協力内容	訪問診療。入居者様の病状急変時等において、治療等の必要な医療の協力を行う。
	2	名称	
		所在地	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	阪口歯科	
	所在地	三重県松阪市鎌田町 692-30	
	協力内容	歯科往診。入居者様の病状急変時等において、治療等の必要な医療の協力を行う。	

(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		居室	
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		あり	なし
居室利用権の取扱い			
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)
		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	ご年齢 65 歳以上の方で要支援・要介護認定を受けている方に限ります。		
契約の解除の内容	<p>(事業者からの契約解除)</p> <p>1. 事業者は入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが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、本契約を解除する。</p> <p>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時</p> <p>② 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時</p> <p>③ 第 20 条 (禁止又は制限される行為) の規定に違反した時</p> <p>④ 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができない時</p> <p>2. 前各項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行なう。</p> <p>① 契約解除の通告について 90 日の予告期間をおく</p> <p>② 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>③ 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や身元引受人等、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> <p>3. 1-④によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行なう。</p> <p>① 医師の意見を聴く</p> <p>② 一定の観察期間をおく</p> <p>(入所者からの契約解除)</p> <p>1. 入居者は、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なうことにより本契約を解除することができる。解約申し入れは事業者の定める解約届けを事業者に届出るものとする。</p> <p>2. 入居者が前項の解約届けを提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して 30 日目をもって、本契約は解除されたものと推定する。</p> <p>(敷金の返還について)</p> <p>1. 事業者は入居時に預かった敷金より、居室の原状回復費用を除く全額を返還する。</p> <p>2. 前項の返還金は契約終了日の翌日から起算して 90 日以内に返還する。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	不正手段で入所した場合や利用料の未払い、第 20 条の規定に違反、他の利用者様に危害を与える方	
	解約予告期間	3 か月前	
入居者からの解約予告期間	1 か月前		
体験入居	あり	(内容) 1泊2日 お1人様 3,000円 (税込)	
	なし		
入居定員	30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）

職種別の職員の人数及びその勤務形態						
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	1.0
生活相談員		2			2	1.0
直接処遇職員		1		1	2	1.4
看護職員						
介護職員	12		3		15	13.3
機能訓練指導員		1		1	2	1.4
計画作成担当者		1			1	0.3
栄養士	1				1	1.0
調理員	4		11			8.5
事務員	1				1	1.0
その他職員			2		2	0.5
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	5					
実務者研修の修了者	2			1		
初任者研修の修了者	3			1		
介護支援専門員	1					
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		1		1		
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 (時～ 時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0	0
介護職員	2 (16時～10時)	2

(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】 d	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		
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	社会福祉主事、実務者研修修了							
		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		1	5	1				1		
前年度1年間の退職者数			3							
応じた業務に従事した経年数に 職員の数	1年未満	1	6	2				1		
	1年以上 3年未満	1	3				1			
	3年以上 5年未満			1						
	5年以上 10年未満		2			2				1
	10年以上		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 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	
	手続き	

(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		要介護3		
	年齢	78歳		85歳		
居室の状況	床面積	13.104㎡		13.104㎡		
	便所	あり	なし	あり	なし	
	浴室	あり	なし	あり	なし	
	台所	あり	なし	あり	なし	
入居時点で必要な費用	前払金	0円		0円		
	敷金	84,000円		84,000円		
月額費用の合計		138,255円		147,660円		
サービス費用	家賃	42,000円		42,000円		
	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	19,955円		24,320円	
		食費	40,500円		40,500円	
		管理費	6,600円		6,600円	
		介護費用	5,000円		7,000円	
		光熱水費	13,200円		13,200円	
その他	11,000円		14,040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	42,000 円
敷金	家賃の (2) カ月分
介護費用	介護ベッド自費レンタル料や徘徊センサーマット代など
管理費	施設全般運営管理維持費、入居者健康管理費、事務管理費など
食費	40,500 円 1 日 (朝・昼・夕食) 1,350 円×30 日
光熱水費	水道光熱費、空調設備費、設備保守点検費など
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添参照
その他のサービス利用料	お風呂代、洗濯代、散髪代、訪問診療代など
その他留意事項	・車椅子、ポータブルトイレなどが必要な場合は買い取りとなります。 ・NHK のご契約は各自でお願いします。(NHK 受信料は実費となります)

(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 (上乗せサービス)	
※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	1			2人		
75歳以上85歳未満			4	1	3	8人		
85歳以上	1	3	3	7	4	18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			1			1人		
85歳以上						0人		
					合計	29人		
入居者の平均年齢						86.5歳		
入居者の男女別人数		男性	7人	女性	22人			
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						96%		
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						29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						0人		
医療機関				3	3	6人		
死亡者				2		2人		
その他		2				2人		
	自立	要支援1	要支援2			計10人		
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		(解約事由の例)				0人	
	入居者側の申し出		(解約事由の例) キーパーソンの自宅から近い介護施設を希望された為				1人	
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	4	5	12	8	0	0	29人	

8. 苦情・事故等に関する体制

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

電話番号 0596-55-8282

受付時間 月～金曜日 8:30～17:30

○苦情受付担当者 浦田 恵子

○苦情解決責任者 中西 健二

介護付有料老人ホーム煌

所在地 〒515-0302 三重県多気郡明和町大字大淀 2229-1

(2) 行政機関その他苦情受付機関

<input type="checkbox"/> 明和町役場 健康あゆみ課	所在地 三重県多気郡明和町大字馬之上 944-5 電話番号 0596-52-7115・FAX 0596-52-7128 受付時間 土日祝除く 8:30～17:15
<input type="checkbox"/> 伊勢市健康福祉部 介護保険課	所在地 三重県伊勢市岩淵1丁目7番29号 電話番号 0596-21-5560・FAX 0596-20-8555
<input type="checkbox"/> 松阪市健康ほけん部 介護保険課	所在地 松阪市殿町1340番地1 電話番号 0598-53-4190・FAX 0598-26-4035
国民健康保険団体連合会	所在地 三重県津市桜橋2丁目96番地 電話番号 059-222-4165・FAX 059-222-4166 受付時間 土日祝除く 9:00～17:00
三重県社会福祉協議会	所在地 三重県津市桜橋2丁目131番地 電話番号 059-224-8111・FAX 059-213-1222 受付時間 土日祝除く 9:00～17:00

(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	あり	(その内容) 介護支援事業者損害賠償責任保険加入	
	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	あり	(その内容) 介護支援事業者損害賠償責任保険加入	
	なし		
事故対応及びその予防のための指針	あり	なし	苦情相談・事故・緊急時対応マニュアルで知識の取得 (介護職員、看護師の全職員が実施)

(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:)
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	なし	
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 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	
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		
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 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 施設長 中西 健二

※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。

令和 年 月 日

介護付有料老人ホーム煌の入居の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護付有料老人ホーム煌

説明者職名 施設長 _____

氏名 中西 健二 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護付有料老人ホーム煌の入居開始に同意しました。

利用者住所 _____

氏名 _____ 印

署名を代行した場合

私は、下記の理由により、契約者に代わって上記の署名を行いました。

(理由) _____

私は、契約者の契約意思を確認しました。(続柄 _____)

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ 印



入居者の個別選択によるサービス一覧表(介護付有料老人ホーム 煌)

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		月額の利用料等で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス			
介護サービス							
食事介助	なし	(あり)	(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	(なし)	あり	
おむつ代	—	—	(なし)	あり	なし	(あり)	全額実費負担
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	(あり)	(なし)	あり	(なし)	あり	
特浴介助	なし	(あり)	(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	(なし)	あり	
機能訓練	なし	(あり)	(なし)	あり	(なし)	あり	
通院介助(協力医療機関)	(なし)	あり	なし	(あり)	(なし)	あり	
通院介助(協力医療機関以外)	(なし)	あり	なし	(あり)	(なし)	あり	頻度によっては家族様に要相談
生活サービス							
居室清掃	(なし)	あり	(なし)	(あり)	(なし)	あり	
リネン交換	(なし)	あり	(なし)	(あり)	(なし)	あり	リネン3点セット(月額 1700円)
日常の洗濯	(なし)	あり	(なし)	あり	(なし)	あり	1回 200円
居室配膳・下膳	なし	(あり)	(なし)	あり	(なし)	あり	ご希望の予算に応じて
入居者の嗜好に応じた特別な食事	—	—	(なし)	あり	(なし)	あり	
おやつ	—	—	なし	(あり)	(なし)	あり	
理美容師による理美容サービス	—	—	(なし)	あり	(なし)	あり	月1回指定日あり(1回 1500円)
買い物代行(通常の利用区域)	(なし)	あり	なし	(あり)	なし	あり	月1回指定日あり(無料)
買い物代行(上記以外の区域)	(なし)	あり	(なし)	あり	なし	あり	必要に応じて
役所手続き代行	(なし)	あり	なし	(あり)	なし	あり	希望時(無料)
金銭・貯金管理	—	—	なし	(あり)	なし	あり	希望時(無料)
健康管理サービス							
定期健康診断	—	—	(なし)	あり	なし	(あり)	年2回実施
健康相談	(なし)	あり	(なし)	あり	なし	(あり)	訪問診療による健康相談
生活指導・栄養指導	(なし)	あり	なし	(あり)	(なし)	あり	随時、職員が対応(無料)
服薬支援	なし	(あり)	(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	(なし)	あり	
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)	(なし)	あり	
入退院時の同行(協力医療機関)	(なし)	あり	(なし)	(あり)	(なし)	あり	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	(なし)	あり	(なし)	(あり)	(なし)	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	(なし)	あり	(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)	(なし)	あり	

