

## 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和6年7月1日 |
| 記入者名  |          |
| 所属・職名 | 施設長      |

## 1. 事業主体概要

|            |                                   |              |
|------------|-----------------------------------|--------------|
| 種類         | 法人                                |              |
|            | ※法人の場合その種類                        | 株式会社         |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきかいしゃ せんじゅ<br>株式会社 1010 |              |
| 主たる事務所の所在地 | 〒639-0225<br>奈良県香芝市瓦口 2193 番地     |              |
| 連絡先        | 電話番号                              | 0745-49-0215 |
|            | FAX 番号                            | 0745-49-0216 |
|            | メールアドレス                           |              |
|            | ホームページアドレス                        | http://      |
| 代表者        | 氏名                                | 児林 亜貴        |
|            | 職名                                | 代表取締役        |
| 設立年月日      | 平成 31 年 4 月 25 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) はっぴーかむ かしば<br>ハッピーカム 香芝 |                                    |
| 所在地           | 〒639-0225<br>奈良県香芝市瓦口 2192 番地  |                                    |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                            | 近鉄大阪線五位堂駅                          |
|               | 交通手段と所要時間                      | 近鉄大阪線 五位堂駅より<br>葛城自動車学校へ向かって徒歩 5 分 |
| 連絡先           | 電話番号                           | 0745-77-1205                       |
|               | FAX 番号                         | 0745-77-1206                       |
|               | メールアドレス                        | hckashiba@kyoei-gr.co.jp           |
|               | ホームページアドレス                     | http://kyoei-gr.co.jp              |
| 管理者           | 氏名                             | 前村 昌弘                              |
|               | 職名                             | 施設長                                |
| 建物の竣工日        | 平成 26 年 11 月 日                 |                                    |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 令和 1 年 8 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)       |             |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型 |             |       |
| 4 健康型                                     |             |       |
| 1 又は 2 に<br>該当する場<br>合                    | 介護保険事業者番号   |       |
|   | 指定した自治体名    | 県 (市) |
|   | 事業所の指定日     | 年 月 日 |
|   | 指定の更新日 (直近) | 年 月 日 |

3. 建物概要

|  |            |                         |                                  |                      |       |        |
|--|------------|-------------------------|----------------------------------|----------------------|-------|--------|
| 土地   | 敷地面積       | 478.63 m <sup>2</sup>   |                                  |                      |       |        |
|  | 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（普通賃借・定期賃借） |                                  |                      |       |        |
|  |            | 抵当権の有無                  | 1                                | あり                   | 2     | なし     |
|  | 契約期間       | 1                       | あり（事業用建物賃貸借契約：H27.9.1～R16.11.30） | 2                    | なし    |        |
|  | 契約の自動更新    | 1                       | あり                               | 2                    | なし    |        |
| 建物   | 延床面積       | 全体                      | 1424.88 m <sup>2</sup>           |                      |       |        |
|  |            | うち、老人ホーム部分              | 1424.88 m <sup>2</sup>           |                      |       |        |
|  | 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       | 1 事業者が自ら所有する建物          |                                  |                      |       |        |
| 2 事業者が賃借する建物（普通賃借・定期賃借）                          |            |                         |                                  |                      |       |        |
| 抵当権の設定   |            | 1                       | あり                               | 2                    | なし    |        |
| 契約期間   |            | 1                       | あり（事業用建物賃貸借契約：H27.9.1～R16.11.30） | 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       | 有/無                     | 有/無                              | 15.00 m <sup>2</sup> | 50    | 一般居室個室 |
|  | タイプ2       | 有/無                     | 有/無                              | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ3       | 有/無                     | 有/無                              | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ4       | 有/無                     | 有/無                              | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ5       | 有/無                     | 有/無                              | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ6       | 有/無                     | 有/無                              | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ7       | 有/無                     | 有/無                              | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ8       | 有/無                     | 有/無                              | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ9       | 有/無                     | 有/無                              | m <sup>2</sup>       |       |        |
| タイプ10  | 有/無        | 有/無                     | m <sup>2</sup>                   |                      |       |        |
| ※「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 | 4ヶ所                     | うち男女別の対応が可能な便房                   | 0ヶ所                  |       |        |
|  |            |                         | うち車椅子等の対応が可能な便房                  | 4ヶ所                  |       |        |
| 共用施設   | 共用浴室       | 2ヶ所                     | 個室                               | 1ヶ所                  |       |        |
|  |            |                         | 大浴場                              | 1ヶ所                  |       |        |

|                      |   |  |  |        |        |
|----------------------|---|--|--|--------|--------|
|                      | 共用浴室における<br>介護浴槽  | 0ヶ所  | チェアー浴                                    | 0ヶ所    |        |
|                      |   |  | リフト浴                                     | 0ヶ所    |        |
|                      |   |  | ストレッチャー浴                                 | 0ヶ所    |        |
|                      |   |  | その他（ ）                                   | 0ヶ所    |        |
|                      | 食堂  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |  |        |        |
| 入居者や家族が利<br>用できる調理設備 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |  |  |        |        |
| エレベーター               | 1 あり（車椅子対応）<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応）<br>3 あり（上記1・2に該当しない）<br>4 なし |  |  |        |        |
| 消防用設備<br>等           | 消火器   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |  |        |        |
|                      | 自動火災報知設備  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |  |        |        |
|                      | 火災通報設備  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |  |        |        |
|                      | スプリンクラー   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |  |        |        |
|                      | 防火管理者   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |  |        |        |
|                      | 防災計画  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし |  |        |        |
| 緊急通報装<br>置           | 居室  | 便所   | 浴室                                       | その他（ ） |        |
|                      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり |        | 1 あり   |
|                      | 2 一部あり  |  | 2 一部あり                                   |        | 2 一部あり |
|                      | 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        | 利用者がかつ安心かつ安全に過ごされ、介護が必要になれば外部からの訪問サービスを利用して長期間住んで頂ける住宅型有料老人ホームを目指します。 |                |  |
| サービスの提供内容に関する特色 | 関係市町村や地域のサービスセンターとの連携を取り、総合的・効率的なサービスを実施、また情報の提供に務める。                 |                |  |
| 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 |  |

##### (医療連携の内容)

|                |    |                                   |                                   |          |      |      |
|----------------|----|-----------------------------------|-----------------------------------|----------|------|------|
| 医療支援<br>※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                                | まるはしファミリークリニック (施設から車で約5分)        |          |      |      |
|                |    | 住所                                | 奈良県香芝市五位堂3-4 36-1 アンタレス五位堂1階      |          |      |      |
|                |    | 診療科目                              | 内科・心療内科                           |          |      |      |
|                |    | 協力科目                              | 在宅支援事業所として、24時間支援                 |          |      |      |
|                |    | 協力内容                              | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | 1        | あり   | 2 なし |
|                |    |                                   | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保   | 1        | あり   | 2 なし |
|                | 2  | 名称                                | 和田クリニック (施設から車で約10分)              |          |      |      |
|                |    | 住所                                | 奈良県香芝市下田西1丁目10-17                 |          |      |      |
|                |    | 診療科目                              | 内科                                |          |      |      |
|                |    | 協力科目                              | 在宅支援事業所として、24時間支援                 |          |      |      |
|                |    | 協力内容                              | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | 1        | あり   | 2 なし |
|                |    |                                   | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保   | 1        | あり   | 2 なし |
|                | 3  | 名称                                | 河本クリニック                           |          |      |      |
|                |    | 住所                                | 奈良県香芝市畑3丁目926-1                   |          |      |      |
|                |    | 診療科目                              | 内科                                |          |      |      |
|                |    | 協力科目                              | 在宅支援事業所として、24時間支援                 |          |      |      |
|                |    | 協力内容                              | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | 1        | あり   | 2 なし |
|                |    |                                   | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保   | 1        | あり   | 2 なし |
|                | 4  | 名称                                | やわらぎクリニック                         |          |      |      |
|                |    | 住所                                | 奈良県生駒郡三郷町立野南2丁目8-12               |          |      |      |
| 診療科目           |    | 内科                                |                                   |          |      |      |
| 協力科目           |    | 在宅支援事業所として、24時間支援                 |                                   |          |      |      |
| 協力内容           |    | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | 1                                 | あり       | 2 なし |      |
|                |    | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保   | 1                                 | あり       | 2 なし |      |
| 5              | 名称 |                                   |                                   |          |      |      |
|                | 住所 |                                   |                                   |          |      |      |

|                   |         |                               |                        |
|-------------------|---------|-------------------------------|------------------------|
|                   | 診療科目    |                               |                        |
|                   | 協力科目    |                               |                        |
|                   | 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 | 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   | 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          | 1       | 名称                            | 翔聖クリニック歯科・内科 在宅療養支援診療所 |
|                   |         | 住所                            | 大阪府東大阪市神田町 3-12        |
|                   |         | 協力内容                          | 口腔ケアおよび治療              |
|                   | 2       | 名称                            | よしむらファミリー歯科            |
|                   |         | 住所                            | 奈良県香芝市真美ヶ丘 1丁目 5-11    |
|                   |         | 協力内容                          | 口腔ケアおよび治療              |

(入居に関する要件)

|                    |  |  |      |
|--------------------|--|--|------|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者  | 1 あり   | 2 なし |
|                    | 要支援の者  | 1 あり   | 2 なし |
|                    | 要介護の者  | 1 あり   | 2 なし |
| 留意事項               |  |  |      |
| 契約の解除の内容           | 1. 入居者が死亡した場合<br>2. 入居者又は事業所が解約した場合                        |  |      |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項   | 1. 入居申込書に虚偽の事項を記載するなど、不正手段により入居した場合<br>2. 月払い利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅延したとき<br>3. 入居者の行動が、ほかの入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害に切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき。等<br>(その他は、入居契約書参) |      |
|                    | 解約予告期間   | 3ヶ月 (90日間)   |      |
| 入居者からの解約予告期間       | 1ヶ月 (30日間)   |  |      |
| 体験入居の内容            | 1 あり (内容: 10日以内とし、実際の生活を体験していただく。1泊2日 5000円 (税込み))<br>2 なし |  |      |
| 入居定員               | 50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）。

（職種別の職員数）

|   | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※1※2 |
|---|----------|----|-----|----------------|
|   | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者   | 1        |    |     | 1              |
| 生活相談員   |          |    |     |                |
| 直接処遇職員  | 1        |    | 1   | 1              |
| 介護職員  | 1        |    | 1   | 1              |
| 看護職員  |          |    |     |                |
| 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  |          |    |     |                |
| <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     |    |     |   |
| 介護福祉士     |    |     |   |
| 実務者研修の修了者 |    |     |   |
| 初任者研修の修了者 | 4  |     | 4 |
| 介護支援専門員   |    |     |   |

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

| 夜勤帯の設定時間（ 18時00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                      | 人    | 人              |
| 介護職員                      | 2人   | 2人             |

(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                       |           |      |        |      | 1      |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                       |           |      |        |      |        |       |     |         |     |         |     |
| 数に応じた<br>業務に従事した<br>職員の人数<br>の経験年 | 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                     |           | 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<br>※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                      |  |
| 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14日以上の場合に限り、2分の1日に相当する金額(管理費) |  |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 物価変動、人件費の上昇により改定する場合がある。 |  |                 |  |                                      |  |
|                            | 手続き | 運営懇談会で意見を聴く              |  |                 |  |                                      |  |



(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                          |                       |                   |          |
|            | 年齢                            | 歳                     | 歳                 |          |
| 居室の状況      | 床面積                           | 15 m <sup>2</sup>     | 15 m <sup>2</sup> |          |
|            | 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                            | 100,000 円             | 100,000 円         |          |
| 月額費用の合計    |                               | 109,530 円             | 92,530 円          |          |
| 家賃         |                               | 50,000 円              | 33,000 円          |          |
| サービス費用     | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 |                       | 円                 |          |
|            | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費                    | 44,280 円          | 44,280 円 |
|            |                               | 管理費                   | 14,250 円          | 14,250 円 |
|            |                               | 介護費用                  | 円                 | 円        |
|            |                               | 水道費（電気メーターは個別メーターによる） | 1,000 円           | 1,000 円  |
|            |                               | その他                   | 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)

| 費目                   | 算定根拠   |
|----------------------|--|
| 家賃                   | 1. 近傍同種の住宅の家賃を参考に算出したものである。<br>2. 一括借り上げコスト・入居率・生活保護受給者への軽減措置を勘案して算出 |
| 敷金                   | 家賃の約2~3か月  |
| 介護費用                 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。  |
| 管理費                  | 生活支援費、教養エレベーター維持費用、環境整備、建物維持管理費、共用部光熱費、消耗品                           |
| 食費                   | 給食会社へ直接支払い<br>月額44,280円【朝食(373円)、昼食(473円)、夕食(630円)】                  |
| 光熱水費                 | 水道料金は一律1,000円とします。<br>居室内の電気料金は別途自費負担とします。                           |
| 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          | なし   |

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 性別    | 男性            | 21 人 |
|       | 女性            | 20 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 5 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 8 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 14 人 |
|       | 85 歳以上        | 13 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 人    |
|       | 要支援 1         | 1 人  |
|       | 要支援 2         | 人    |
|       | 要介護 1         | 6 人  |
|       | 要介護 2         | 5 人  |
|       | 要介護 3         | 6 人  |
|       | 要介護 4         | 14 人 |
|       | 要介護 5         | 3 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 人    |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 人    |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 人    |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 人    |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 人    |
|       | 15 年以上        | 人    |

(入居者の属性)

|   |        |
|---|--------|
| 平均年齢  | 78.3 歳 |
| 入居者数の合計   | 41 人   |
| 入居率※  | 82%    |
| ※ 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      |          | 人 |
|         | 社会福祉施設   |          | 人 |
|         | 医療機関     |          | 人 |
|         | 死亡       |          | 人 |
|         | その他      |          | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  |          | 人 |
|         |          | (解約事由の例) |   |
|         | 入居者側の申し出 |          | 人 |
|         |          | (解約事由の例) |   |

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) ※複数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    |       | ハッピーカム香芝     |
| 電話番号     |       | 0745-77-1205 |
| 対応している時間 | 平日    | 9時から18時      |
|          | 土曜    |              |
|          | 日曜・祝日 |              |
| 定休日      |       | 土日・祝祭日・年末年始等 |

(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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社<br>施設所有(管理)賠償責任保険 |
|                               | 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) 事故対応マニュアルに基づく                        |
|                               | 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 |
|                                  | 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 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない            |
| 管理規程     | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない            |
| 事業収支計画書  | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

|  |   |             |
|--|---|-------------|
| 運営懇談会  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり  | (開催頻度) 年 1回 |
|  | <input type="checkbox"/> 2 なし   |             |
|  | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり   | (内容)        |
|  | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし   |             |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | <input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: )<br><input checked="" type="checkbox"/> 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               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし<br><input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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             | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし<br><input type="checkbox"/> 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、当該規定対象外                             |             |
| 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                       | <input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)<br><input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)<br><input type="checkbox"/> 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 (事業主体が奈良県で実施する他の介護サービス)

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)

※ \_\_\_\_\_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。

別添1 事業主体が奈良県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<br>の状況 | 事業所の名<br>称                    | 所在地   |
|----------------------|----|----|--------------|-------------------------------|---|
| <居宅サービス>             |    |    |              |                               |   |
| 訪問介護                 | あり |    | 併設・隣接        | 1 1010 寧<br>楽<br>2 寧楽<br>1010 | 1 香芝市瓦口<br>2193-102<br>2 奈良市中山町<br>1511-1-106 |
| 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        |                               |   |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし | 併設・隣接        |                               |   |
| 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        |                               |   |
| 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        |                               |   |
| 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        |                               |   |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり | なし | 併設・隣接        |                               |   |
| 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        |                               |   |
| <居宅介護予防サービス>         |    |    |              |                               |   |
| 介護予防訪問介護             | あり | なし | 併設・隣接        |                               |   |
| 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        |                               |   |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし | 併設・隣接        |                               |   |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり | なし | 併設・隣接        |                               |   |
| 介護予防通所介護             | 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        |                               |   |
| 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        |                               |   |
| 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        |                               |   |
| 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 |  |  |
| 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   |      |      |                    |
|----------------------------------|---|----|--------------------------------|----|----|------|------|------|--------------------|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費<br>で、実施するサービス（利用<br>者一部負担※1） |    | 個別の利用料で、実施するサービス<br>（利用者が全額負担） |    |    | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | 備 考                |
|                                  |   |    | なし                             | あり | なし |      |      |      |                    |
| 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 | ○  |      |      |      | 管理費に含む。            |
| 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 |    |      |      |      | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 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 | ○  |      |      |      | 管理費に含む。            |
| 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 |    | ○    |      |      | 機会を設ける。費用は自費。      |
| 買い物代行                            | なし  | あり | なし                             | あり |    |      |      |      |                    |
| 役所手続き代行                          | なし  | あり | なし                             | あり |    | ○    |      |      | 管理費に含む。費用は自費。      |
| 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 |    |      |      |      | 年2回の機会を設ける。費用は自費。  |
| 健康相談                             | なし  | あり | なし                             | あり | ○  |      |      |      | 管理費に含む。            |
| 生活指導・栄養指導                        | なし  | あり | なし                             | あり | ○  |      |      |      | 管理費に含む。            |
| 服薬支援                             | なし  | あり | なし                             | あり | ○  |      |      |      | 管理費に含む。            |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし  | あり | なし                             | あり | ○  |      |      |      | 管理費に含む。            |
| 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 |    |      |      |      |                    |
| 入退院時の同行                          | なし  | あり | なし                             | あり |    |      |      |      | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 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 |    |      |      |      |                    |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3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、月額サービスの費用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。