

重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	古川 潤也
所属・職名	住宅型有料老人ホーム・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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	名称	(ふりがな) めでいかるともかぶしきがいしゃ メディカル朋株式会社	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒636-0822	奈良県生駒郡三郷町立野南一丁目10番21号	
事業主体の連絡先	電話番号	0745-72-6449	
	FAX番号	0745-32-3800	
	メールアドレス	info@medical-tomo.com	
	ホームページアドレス	http://www.medical-tomo.com	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	杉野 天人	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成30年2月23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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	朋訪問介護ステーション三郷	奈良県生駒郡三郷町立野南一丁目10番21号	15名
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			名
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			名
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			名
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			名
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	朋デイサービスセンター三郷	奈良県生駒郡三郷町立野南一丁目10番21号	24名
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			名
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			名
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			名
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			名
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			名
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			名
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>					

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
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
					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			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
					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
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>					
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
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ たからのかんご 住宅型有料老人ホーム 室の看護	
施設の所在地	〒626-0822	奈良県生駒郡三郷町立野南一丁目10番21号
施設の連絡先	電話番号	0745-72-6449
	FAX番号	0745-72-3800
	メールアドレス	takara.kango@medical-tomo.com
	ホームページアドレス	https://www.hotsee.com
施設までの主な利用交通手段		
JR 関西本線三郷駅、より、徒歩 15 分		
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	古川 潤也
	職名	施設長
建物の竣工日	平成 28 年 09 月 30 日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和 04 年 07 月 01 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	831.33 m <sup>2</sup>							
	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	賃貸開始より22年9ヶ月間					
	なし								
	契約の自動更新	あり		なし					
建物	延床面積	全体	1514.64 m <sup>2</sup>						
		うち、老人ホーム部分	2F~4F : 1051.92 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	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	賃貸開始より22年9ヶ月間						
	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	38	/	有/無	有/無	18.00 m <sup>2</sup>
					2	/	有/無	有/無	18.65 m <sup>2</sup>
					/	有/無	有/無	m <sup>2</sup>	
		一般居室 相部屋	あり	なし			有/無	有/無	m <sup>2</sup>
							有/無	有/無	m <sup>2</sup>
						有/無	有/無	m <sup>2</sup>	
介護居室 個室		あり	なし		/	有/無	有/無	m <sup>2</sup>	
					/	有/無	有/無	m <sup>2</sup>	
				/	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
介護居室 相部屋	あり	なし			有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
					有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
					有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
一時 介護室	あり	なし			有/無	有/無	m <sup>2</sup>		

共用施設	共用便所の設置数	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な数		0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な数		1ヶ所	
	共用浴室の設置数	2ヶ所	個浴		2ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽の設置数	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"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
	入居者や家族が利用できる調理設備		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
エレベーター	1 <input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) 2 <input checked="" type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) 3 <input type="checkbox"/> あり (上記1、2に該当しない) 4 <input type="checkbox"/> なし					
バリアフリーの対応状況	廊下に手すりを設置					
その他の共用施設の設備状況	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	(内容)					
緊急通報装置の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> なし			
外線電話回線の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
テレビ回線の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> なし			
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医・介・食を中心とした質の高いサービスを提供する。</li> <li>・ 地域の医療機関、福祉施設、リハビリ施設との連携を取りながら地域ネットワーク型の医療福祉システムをつくる。</li> <li>・ 医療介護ともに 24 時間 365 日対応をする。</li> <li>・ 心の教育の徹底化。</li> </ul>		
サービスの提供内容に関する特色	<p>入居者生活支援の提供に当たり、事業所の生活相談員等は、個別ケアを重視し、サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の見守りサービスを行うことにより、入居者が自立した日常生活を営むことができるよう援助を行います。また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。</p>		
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		

##### (医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可		
	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	竹口クリニック
		所在地	大阪府藤井寺市小山 1-1-1
		診療科目	内科・整形外科
		協力内容	往診、訪問診療
	2	名称	
		所在地	
		診療科目	
		協力内容	
	3	名称	
		所在地	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称		
	所在地		
	協力内容		

(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		
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 ( 住み替えの必要なし )		
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)

(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	自立の方及び介護保険の要支援もしくは要介護の認定を受けている方		
契約の解除の内容	事業主体は、下記の場合において、解約予告期間を定め契約を解除することができます。但し、契約の解除においては、利用者の事情を斟酌し、身元保証人を含めた協議の上で決定することとします。 ① 入居者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 入居契約書第 19 条の規定に違反したとき ④ 入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の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。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 28 条に基づく	
	解約予告期間	90 日	
入居者からの解約予告期間	1 か月		
体験入居	あり	(内容) 1 泊につき 5,000 円 (夕食、朝食を含みます)	
	なし		
入居定員	40 人		
その他			

## 5. 職員体制

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	0	1	0	0	1	1.0		
生活相談員	0	0	0	0	0	0.0		
直接処遇	看護職員		2	0	0	0	2.0	
職員	介護職員		3	0	1	1	5	4.0
機能訓練指導員	0	1	0	0	0	0	0.0	
計画作成担当者	0	0	0	0	0	0	0.0	
栄養士	0	0	0	0	0	0	0.0	
調理員	2	0	0	0	2	2	2.0	
事務員	0	0	0	0	0	0	0.0	
その他職員	0	0	0	0	0	0	0.0	
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	0	0	0	0				
介護福祉士	2	0	0	0				
実務者研修の修了者	0	0	0	0				
初任者研修の修了者	2	0	0	0				
介護支援専門員	0	0	0	0				
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	0	0	0				
理学療法士	0	0	0	0				
作業療法士	0	0	0	0				
言語聴覚士	0	0	0	0				
柔道整復士	0	0	0	0				
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0				

### (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 (午後5時～午前10時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0.1名	0名
介護職員	1.3名	1名



(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		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	1	0	1	1	0	0	0	0	0	
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			0	0	0	0	0	0	0	0	0
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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式をすべて選択	
年齢に応じた金額設定	あり	<input type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	物価変動、関係法令の改正、人件費上昇などにより、改定する場合があります。
	手続き	<ul style="list-style-type: none"> <li>ホーム所在地の自治体が発表する消費者物価指数、人件費等、関係法令などの改正及び運営懇親会の意見を勘案して決定します。</li> <li>改訂時期にあたっては、お客様及び身元引受人に対して事前に通知するものとします。</li> </ul>

### (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1		要介護5		
	年齢	80歳		90歳		
居室の状況	床面積	18.00㎡		18.65㎡		
	便所	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	浴室	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	
	台所	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円		0円		
	敷金	100,000円		100,000円		
月額費用の合計		100,000円		100,000円		
サービス費用	家賃	33,000円		33,000円		
	介護保険外※	共益費	7,000円		7,000円	
		水道光熱費	6,000円		6,000円	
		食費	33,000円		33,000円	
		生活支援費	10,000円		10,000円	
	その他	0円		0円		

※ 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
敷金	家賃の ( 2.6 ) か月分、100,000 円
家賃	居室利用料として、1 ヶ月 33,000 円 (非課税)
共益費	共益費として、1 ヶ月 7,000 円 (非課税) 事務管理部門の人件費・事務費、要介護者等以外の入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費等として使用します。
水道光熱費	居室の水道及び電気の使用料として、1 ヶ月 6,000 円 (税別) 使用量に応じて、金額の変動はございません。
食費	食費として、1 ヶ月 33,000 円 (30 日 3 食喫食、税別) 食事の内訳は次のとおりとなります。 朝食 200 円 昼食 450 円 夕食 450 円 1 日あたり 1,100 円 喫食されなかった分や追加でお召し上がりになった分については、前述にて定める食事毎の料金が加算・減額されます。 キャンセルの際は、提供予定日より起算し 7 日以上前にお申し出ください。 特別食については、個別の食事料金に次の金額が加算されます。また、とろみ剤等の材料については、別途材料費を実費にて頂戴いたします。 きざみ食、とろみ食等、一部手を加える場合 1 食あたり 50 円 ソフト食、ミキサー食等、大幅に手を加える場合 1 食あたり 200 円 糖尿病食、腎臓病食等、専門的な食事の場合 別途見積もり 入居者の禁忌食もしくは嗜好で食事を置き換える場合 別途見積もり
生活支援サービス費	生活支援サービス料として、1 ヶ月 10,000 円 (税別) 生活支援サービスにて受けることが出来るサービスは次のとおりです。下記に記載のない内容で、ご希望される場合は、生活支援サービスの選択型メニューに基づいて提供します。 ① 状況把握 (安否確認) 毎日、2 時、5 時、10 時、15 時、20 時及び 23 時の計 6 回居室を訪問し、安否確認を行います。 ② 生活相談 当住宅で生活を送る中で、お困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について、職員が話を伺います。 ③ 健康管理サービス 血圧、体温測定、脈拍、顔色、排便状態、食事量、水分量及び排尿状態にかかる数値等確認及び記録を行います。発熱時はクーリングを行い、状況に応じかかりつけ医に連絡し、指示の下対応いたします。緊急時は、救急車を手配し、病院へ搬送いたします。 ④ 緊急時対応 ナースコールを押していただければ、職員が居室に駆けつけます。緊急時は、救急車の手配、主治医や医療機関への連絡、家族への連絡などの対応を行います。火事、地震等天災発生時避難の必要があると判断した場合、安全に避難誘導いたします。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	生活支援サービスの選択型メニューとして、別添「入居者の個別選択によるサービス一覧表」参照
その他のサービス利用料	0 円
その他留意事項	上記金額の他に、介護保険サービスの自己負担金 (利用料の 1~2 割)、訪問診療や通院時の医療費自己負担分が発生します。

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	0	0	0	0	0人		
65歳以上75歳未満	3	0	1	0	1	5人		
75歳以上85歳未満	3	2	3	0	0	8人		
85歳以上	3	8	1	1	1	14人		
	自立	要支援1	要支援2			計		
65歳未満	0	0	1			1人		
65歳以上75歳未満	0	0	1			1人		
75歳以上85歳未満	0	0	0			0人		
85歳以上	0	0	1			1人		
					合計	30人		
入居者の平均年齢							83.4歳	
入居者の男女別人数		男性	9人	女性	21人			
入居率（一時的に不在となっている者を含む）							75%	
認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上の者）							11人	
医療機関（認知症に限らず）へ受診中の者							30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	0	0	0	0	0人		
社会福祉施設	0	0	0	0	0	0人		
医療機関	0	0	0	0	0	0人		
死亡者	0	0	0	0	0	0人		
その他	0	0	0	0	0	0人		
	自立	要支援1	要支援2			計		
自宅等	0	0	0			0人		
社会福祉施設	0	0	0			0人		
医療機関	0	0	0			0人		
死亡者	0	0	0			0人		
その他	0	0	0			0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)					
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	8	2	20	0	0	0	30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	メディカル朋株式会社 お客様相談室		
電話番号	0745-72-6449		
対応している時間	平日	午前8時30分から午後5時30分	
	土曜	対応していません	
	日曜・祝日	対応していません	
定休日等	12月30日～1月3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			
電話番号			
対応している時間	平日		
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等			

(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	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 (公財)介護労働安定センター「ケア・ワーカー等福祉共済制度」 介護事業者賠償責任補償	
	<input type="checkbox"/>	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"/>	(その内容) 自社の対応マニュアルに基づく	
	<input type="checkbox"/>	なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	自社の対応マニュアルに基づく

(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
	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <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"/> あり	(開催頻度) 年1回
	なし	
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(提携ホーム名: )
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している(代替措置)	
	<input type="checkbox"/> 2 適合している(将来の改善計画)	
	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 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」

令和4年 月 日

入居者氏名

印

( 代筆

印 )

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	
	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	備考 ※別途利用料を徴収する場合は、単価 等を記載のこと。
<b>介護サービス</b>				
食事介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
おむつ代	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	実費
入浴(一般浴)介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
身辺介助(移動・着替え等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
通院介助(協力医療機関)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
通院介助(協力医療機関以外)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
<b>生活サービス</b>				
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
入居者の嗜好に応じた 特別な食事	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	内容により別途料金
理美容師による 理美容サービス	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	カット2,000円～
買い物代行(通常の利用区域)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
買い物代行(上記以外の区域)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
金銭・貯金管理	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<b>健康管理サービス</b>				
定期健康診断	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病院により健診代の実費
健康相談	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	1ヶ月3,000円
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<b>入退院時・入院中のサービス</b>				
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
入退院時の同行 (協力医療機関)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
入退院時の同行 (協力医療機関以外)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	サービス15分につき500円
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	内容により別途見積もり
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	内容により別途見積もり