

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------------|
| 記入年月日 | 2020年8月1日 |
| 記入者名 | 中村 如希 |
| 所属・職名 | あおぞら 施設長・管理者 |

※ 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="checkbox"/> 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ ふあいんけあ 株式会社 ファインケア | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒183-0045 東京都府中市美好二丁目 12 番 2 号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-710-6750 |
| | FAX番号 | 048-710-6751 |
| | ホームページアドレス | http://www.finecare.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 恒藤 和史 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2013年 3 月 24 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添 1 (別を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) かぶしきがいしゃ ふあいんけあ 株式会社 ファインケア | |
| 所在地 | 〒350-1306 埼玉県狭山市富士見 1-23-14 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 西武新宿線 狭山市駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 最寄り駅から徒歩 13分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 04-2999-6620 |
| | FAX番号 | 04-2999-6621 |
| | ホームページアドレス | http://www.finecare.co.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 中村 如希 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和 <input type="text" value="平成"/> 25年 2月 15日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和 <input type="text" value="平成"/> 25年 3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 type="text" value="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 | 県 (市) |
| | 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 | 2869.14 m ² |
|----|------|------------------------|

| | | | | | | |
|--------------|--|---|--|----------------------|-------|-----|
| | 所有関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 (年 月 日 ~ 年 月 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 | 3993.36 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 3732.14 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 (年 月 日 ~ 年 月 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】 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 区分※ |
| | タイプ1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 36.00 m ² | 3 | |
| | タイプ2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 18.67 m ² | 4 | |
| タイプ3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 18.00 m ² | 88 | | |
| タイプ4 | 有 / 無 | 有 / 無 | m ² | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|-----------------|----------------|--|--|
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ6 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ7 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ8 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ9 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ10 | 有/無 | 有/無 | 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 | 7ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 10ヶ所 | 個室 | ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | ヶ所 | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | ヶ所 | チェアー浴 | ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | ヶ所 | | |
| | | | その他（ ） | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | | |
| エレベーター | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） <input checked="" type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない） <input type="checkbox"/> 4 なし | | | | | |
| 消防用設備等 | 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 | | | | |
| その他 | | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|-------------------------------|
| 運営に関する方針 | 地域に開かれた施設運営を行います。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。 |
| 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 |

(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 | |
| 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 | 1 救急車の手配 |
| ※複数選択可 | 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 | 医療法人元気会 わかさクリニック |
| | | 住所 | 埼玉県所沢市若狭 4-2468-31 |
| | | 診療科目 | 内科、胃腸科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、肛門科、リウマチ科、麻酔科 |
| | | 協力内容 | 入居者の健康管理、健康維持、疾病の早期発見 健康相談、健康診断 |
| | 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 | (変更内容) |
| | | 2 なし | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|---|--|------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| 留意事項 | 65歳以上または要支援・要介護者の者 | | |
| 契約の解除の内容 | 建物賃貸借契約書 第13号、第14条、第15条、第16条による | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 第13条、第15条、第16条による | |
| | 解約予告期間 | 6ヶ月 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 1(30日前)ヶ月 | | |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 入居定員 | 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 ※1※2 |
|---|----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | | | |
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 0.3 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | 1.7 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 17 | | 17 | 4.7 |
| 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 | 4 | 1 | 3 | 2.8 |
| その他職員 | 5 | | 5 | 2.3 |
| 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 | 1 | 11 | |
| 実務者研修の修了者 | | 3 | |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 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 |
|-------------|--|----|-----|
| 看護師又は准看護師 | | | |
| 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 (時～ 時) | | |
|------------------|------|-----------------|
| | 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 | 1人 | 1人 |

(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 | 介護福祉士 |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------------|-----------|-----|------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| | | 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 | | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | | 2 | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | 3 | 1 | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | 12 | 1 | | | | | |
| | 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 ※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 | 消費者物価指数を勘案し、料金が不相応となった場合 |
| | 手続き | 運営懇談会で意見を聞き、料金を改定する |

(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1 | 要介護1 | |
| | 年齢 | 67歳 | 71歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.67 m ² | 36.00 m ² | |
| | 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 | 135,000円 | 270,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 128,000(税抜)円 | 256,000円 | |
| 家賃 | | 45,000(非課税)円 | 90,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 円 | 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 48,000(税抜)円 | 96,000(税抜)円 |
| | | 管理費(共益費) | 42,000(非課税)円 | 42,000(非課税)円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 円 |
| その他 | 14,000(税抜)円 (状況把握生活相談サービス費) | 円 | | |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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)</p> | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----|-------------------|
| 家賃 | 建物賃借料、近隣相場を勘案して算定 |

| | |
|----------------------|-----------------------------|
| 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額は含まない |
| 管理費 | 共用施設の維持管理費、上下水道使用量、清掃費により算定 |
| 食費 | 業務委託料により算定 |
| 光熱水費 | 共益費として算定 電気代 実費 |
| 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 | (状況把握・生活サービス費) 人件費により算定 |

(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） | | ヶ月 |
| 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【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | |
|-------|-------------|-----|
| 性別 | 男性 | 36人 |
| | 女性 | 58人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 4人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 14人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 26人 |
| | 85歳以上 | 50人 |
| 要介護度別 | 自立 | 1人 |
| | 要支援1 | 9人 |
| | 要支援2 | 7人 |
| | 要介護1 | 39人 |
| | 要介護2 | 23人 |
| | 要介護3 | 13人 |
| | 要介護4 | 1人 |
| | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 10人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 13人 |
| | 1年以上 5年未満 | 47人 |
| | 5年以上 10年未満 | 24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 | 82.7歳 |
| 入居者数の合計 | 94人 |
| 入居率※ | 95.9% |

※ 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 | 2人 |
| | 社会福祉施設 | 2人 |
| | 医療機関 | 10人 |
| | 死亡者 | 5人 |
| | その他 | 7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 | 23人 |
| | | (解約事由の例) 死去、他施設入所、長期入院の為 |

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 | 株式会社ファインケア | |
| 電話番号 | 048-710-6750 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時～午後6時 |
| | 土曜 | 定休日 |
| | 日曜・祝日 | 定休日 |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日・1月1日～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) あいおいニッセイ同和損保 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 直ちに救急要請を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。 ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | <input type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 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 |
| 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 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 |
| 財務諸表の原本 | <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 |

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 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) | |
| | <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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | <input checked="" 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 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 type="checkbox"/> 2 なし | ※該当なし |
| 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 | なし | |

| | |
|---------------|--|
| 不適合事項がある場合の内容 | |
|---------------|--|

添付書類：別添1（別を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 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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---|
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ファインケア所沢 ファインケア浦和 ファインケア狭山 | 所沢市東所沢1-14-7 さいたま市南区文蔵2-2-1 狭山市富士見1-23-14 |
| 訪問入浴介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | あおぞら訪問看護ステーション狭山 | 狭山市富士見1-23-14 |
| 訪問リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | デイサービスファインケア狭山 あおぞらデイサービス狭山 | 狭山市入間川3-24-15 狭山市富士見1-23-14 |
| 通所リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 短期入所生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ショートステイファインケア狭山 | 狭山市富士見1-23-14 |
| 短期入所療養介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 福祉用具貸与 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 特定福祉用具販売 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 夜間対応型訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 認知症対応型通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 居宅介護支援 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ファインケア所沢 ファインケア浦和 | 所沢市東所沢1-14-7 さいたま市南区文蔵2-2-1 狭山市富士見1-23-14 |

| | | | | |
|------------------------------|--|--|---|---|
| | | | 和 ファインケア狭 山 | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | ファインケア所 沢 ファインケア浦 和 ファインケア狭 山 | 所沢市東所沢1-14-7 さいたま市南区文蔵2-2-1 狭山市富士見1-23-14 |
| 介護予防訪問入浴介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | あおぞら 訪問看護ス テーション狭山 | 狭山市富士見1-23-14 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | テ イサービ ス ファインケア狭山 あおぞらテ イサービ ス狭 山 | 狭山市入間川3-24-15 狭山市富士見1-23-14 |
| 介護予防通所リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| <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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防支援 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 介護老人保健施設 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 介護療養型医療施設 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |

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で、実施するサービス（利用者一部負担※ ¹⁾ ） | 個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担） | | | 包含※ ²⁾ | 都度※ ²⁾ | 料金※ ³⁾ | 備考 |
| | | | | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 特浴介助 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 機能訓練 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 通院介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| リネン交換 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 日常の洗濯 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 居室配膳・下膳 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 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 | | | | |
| 買い物代行 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | ※利用できる範囲を明確化すること |

| | | | | | | | | |
|------------------|--|----|----|----|--|--|--|--------------------|
| 役所手続き代行 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 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 | | | | ※回数（年〇回など）を明記すること |
| 健康相談 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 服薬支援 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時の同行 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | <input checked="" type="checkbox"/> 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割又は2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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。