

## ブランチエール友だち村 重要事項説明書

記入年月日	2023 年4月1日
記入者名	中嶋 了一
所属・職名	ブランチエール友だち村・ 事業所長

## 1. 事業主体概要

種類	個人 / <input type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃはせこうしにあうえるでざいん 株式会社長谷工シニアウエルデザイン	
主たる事務所の所在地	〒105-0014 東京都港区芝二丁目9番10号	
連絡先	電話番号	03-5427-6480
	FAX番号	03-5427-3171
	ホームページアドレス	<a href="https://www.haseko-senior.co.jp/">https://www.haseko-senior.co.jp/</a>
代表者	氏名	幸谷 登
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成3年9月26日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) フ ラ ン シ ェ ー ル と も だ ち む ら フ ラ ン シ ェ ー ル 友 だ ち 村	
所在地	〒410-2518 静岡県伊豆市姫之湯 584-1	
主な利用交通手段	最寄駅	伊豆箱根鉄道「修善寺」駅
	交通手段と所要時間	・伊豆箱根鉄道「修善寺」駅下車(8840m)車で約15分 ・修善寺駅より伊豆箱根バス(2番線)「筏場」行き、「戸倉野」下車(650m)徒歩10分
連絡先	電話番号	0558-83-2878
	FAX番号	0558-83-3020
	ホームページアドレス	<a href="https://www.haseko-senior.co.jp/home/tomodachi/">https://www.haseko-senior.co.jp/home/tomodachi/</a>
管理者	氏名	中嶋 了一
	職名	事業所長
建物の竣工日		平成14年12月15日
有料老人ホーム事業の開始日		平成14年12月20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	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	2,965.52 m <sup>2</sup>	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	3,654.643 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	m <sup>2</sup>
	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 type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 地上 6 階建て <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物				
		<input type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	27.97 m <sup>2</sup> ~ 142.53 m <sup>2</sup>	42 室	一般居室個室
	タイプ 2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	16.20 m <sup>2</sup>	1 室	一時介護室
タイプ 3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 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		1ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		ヶ所	
			大浴場		2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	<input 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	1 あり <input type="checkbox"/> なし				
エレベーター	<input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> あり (上記 1・2 に該当しない) <input type="checkbox"/> なし					

消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
その他	フロント、ロビー兼応接コーナー、サークル室、露天風呂*、屋外炊事場、トランクルーム**、ゲストルーム（シェアルーム）**、駐車場** ※露天風呂の稼働日についてはお問合せ下さい **使用する場合には別途料金が必要です。				

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	一人ひとりの心地いいをデザインし、3つの「間」の質を高め続けていきます。 「心地いい空間」「心地いい時間」「心地いい仲間」				
サービスの提供内容に関する特色	「心地いい空間」 ・安心・安全を感じられる建物・設備・環境を整えます。 ・毎日に豊かさを添える演出を考え、実行します。 ・ご入居者ご自身が選ぶことのできる余白をつくります。 「心地いい時間」 ・ご入居者・ご利用者ご自身が人生で培ってきた価値観・経験を尊重します。 ・心身の状態の変化にも、柔軟に寄り添います。 ・長く楽しく暮らすために必要な試みを積極的に取り入れます。 「心地いい仲間」 ・その方が心地いいと感じるベストな距離感で接します。 ・地域との関わり合いをサポートします。 ・長谷工グループ一丸となり、暮らしを支えます。				
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算		1	あり	2	なし
	生活機能向上連携加算		1	あり	2	なし
	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
	若年性認知症入居者受入加算		1	あり	2	なし
	医療機関連携加算		1	あり	2	なし
	口腔衛生管理体制加算		1	あり	2	なし
	栄養スクリーニング加算		1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算		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	
	(III)	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 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他（お見舞い等）	
協力医療機関	1	名称	今野医院
		住所	静岡県伊豆市八幡 213-2（事業所から 3,200m）
		診療科目	内科、小児科、訪問診療、訪問看護
		協力内容	居宅療養管理指導、緊急時往診、日常の健康相談、看護指導、健康診断の実施、他の医療機関に入院を要する場合の紹介 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担（医療を必要とする場合の対応） 協力医療機関又は入居者が選択する医療機関において治療を受ける場合の費用については、医療保険制度で支給される以外の費用は自己負担となります。
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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )	
判断基準の内容	風邪や発熱等、急な疾病の際にご利用いただくことができます。	
手続きの内容	利用の目安は10日とし、1ヶ月超の時点で一時介護室光熱水費使用従量相当額5,000円(消費税込5,500円)／月をお支払いいただきます。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	一時的に利用する共用施設であり、居室利用権に変更はありません。	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) 室内全体の仕様が異なります。 <input type="checkbox"/> 2 なし
入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )	
判断基準の内容	要介護認定重度又は継続的に介護居室での介護が必要と判断される場合に設置者の指定する介護居室に入居者の入居する居室を移行していただきます。	
手続きの内容	①設置者の指定する医師の意見を聴く ②緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける ③入居者の権利や利用料金等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、住みかえ後の居室及び権利の変動、居室面積の変更に伴う費用負担の増減、又は費用調整の有無、提供する介護等の変更内容等について入居者・連帯保証人及び身元引受人に説明を行う ④入居者本人又は身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 償却残高が住みかえ先の前払金相当額より多いまたは少ない場合は差額を精算します また、2人入居の場合でその内1人が1階の介護居室へ住みかえた場合は、介護居室利用料(80,000円/月)をお支払いいただきます。この場合の管理費は一般居室管理費がお一人分となりますが、別途介護居室管理費お一人分をお支払いいただきます。	

居室利用権の取扱い	居室の権利は住みかえ先へ移行します。	
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) 介護居室へ移行します。
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	<p>(入居者の条件)</p> <p>入居時に 60 歳以上の方。共同生活が円満にできる方。 二人入居の場合、夫婦とは限りません。親子、友人でも可能です。 自ら及び身元引受人、連帯保証人、返還金受取人が反社会的勢力に該当しないこと。</p>	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>入居申込書に虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき</li> <li>月払いの利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく 3 ヶ月以上遅滞したとき</li> <li>居室の転貸・交換をしたとき</li> <li>各種サービスに対し、行ってはいけない行為をしたとき</li> <li>入居者が、禁止又は制限される行為の規定に違反したとき</li> <li>入居者又はその関係者(身元引受人を含むがこれに限らない)の言動が、他の入居者又は設置者の従業員に危険、迷惑、不快を及ぼし、設置者から行為者にその是正を求めるも行為者が繰り返し、これら行為に及ぶとき</li> <li>入居契約の条項に違反したとき</li> <li>その他入居契約を継続することが困難な事由が生じたとき・連帯保証人、身元引受人又は返還金受取人(以下、連帯保証人等という)が、反社会的勢力に該当しているとき。ただし、設置者が入居者へ連帯保証人等を変更するよう求め、入居者がこれに応じたときは該当させないことがある。</li> </ul>	
事業主体から解除を求める場合	解除条項	入居契約第 27 条
	解除予告期間	6 ヶ月
入居者からの解除予告期間	1 ヶ月	

体験入居の内容	<p>1 あり</p> <p>当該居室に空きのある場合体験入居が可能です。 料金は1泊夕食、朝食付 10,000（消費税込 11,000 円）となります</p> <p>2 なし</p>
入居定員	定員 71 名（42 室）
その他	<p>連帯保証人・身元引受人・返還金受取人の役割を担う方をお一人ずつ定めていただきます。それぞれの役割は、兼ねることができます。</p> <p>連帯保証人：入居者とともに金銭債務を履行する責任 身元引受人※：入居者の生活に関し、事業所との連絡・協議及び入居者の身柄の引き取り 返還金受取人：返還金が生じた場合の受取</p> <p>※身元引受人がたてられない方は、設置者指定の公正証書を別途作成いただきます。（別途手数料がかかります。） （ペットの飼育） 別途誓約書を提出のうえ飼育が可能です。</p>

## 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）

（2022年7月1日現在）

	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		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	5		5	
事務員	1	1		
その他職員	6		6	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
<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			
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			
はり師			
きゅう師			

(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	人	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし						
	業務に係る資格等		1 あり										
			資格等の名称										
		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													
年数に応じた経験の	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 ※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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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6ヶ月以上の場合に限り、管理費については7ヶ月目より半額(お二人の場合は一人分)となります。	
利用料金の改定	条件手続き	所在地の自治体等が発表する消費者物価指数及び人件費、近隣同種の家賃、費用額、その原価の上昇等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で行います。



**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
月額家賃	居室及び共用部等を利用する為の費用相当額
敷金	月額家賃の3ヶ月相当額
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	共益費相当：共用部等の維持管理費 その他用途：リビングデザインにかかる人件費及び上記にかかる備品、消耗品費
食費	食事提供に必要な食材料費及び人件費に係る費用相当額
光熱水費	—
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	

**(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)**

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	
償却の開始日	
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）	
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

7. 入居者の状況  
(入居者の人数)

(2022年7月1日現在)

性別	男性	5人
	女性	24人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	17人
	85歳以上	8人
要介護度別	自立	29人
	要支援 1	0人
	要支援 2	0人
	要介護 1	0人
	要介護 2	0人
	要介護 3	0人
	要介護 4	0人
	要介護 5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上 1年未満	0人
	1年以上 5年未満	3人
	5年以上 10年未満	3人
	10年以上 15年未満	4人
	15年以上	19人

(入居者の属性)

平均年齢	80.9歳
入居者数の合計	29人
入居率*	40.8% (契約率 64.3%)
※ 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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0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		① ブランシエール友だち村 相談、苦情に対する常設の窓口として、相談担当者(事業所長)を置いています。事情により即時に対応できない場合は後日回答となる場合があります。 ② 本社 ご入居者相談窓口 ③ 本社 個人情報管理係
電話番号		① 電話 0558-83-2878 FAX 0558-83-3020 ② 電話 0120-045-485 FAX 03-5427-3171 ③ 電話 0120-045-485 FAX 03-5427-3171
対応している時間	平日	① 9:00~17:30 ② 10:00~17:00 ③ 10:00~17:00
	土曜	① 9:00~17:30
	日曜・祝日	① 9:00~17:30
定休日		① についてはなし。 ただし事情により即時に対応できない場合は後日回答となることがあります。 ② ③については土・日・祝日
窓口の名称		① 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 ② 静岡県健康福祉部長寿政策局介護指導課
電話番号		① 03-3548-1077 ② 054-221-2409
対応している時間	平日	① 月・水・金 10:00~17:00 ② 8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		① 火・木・土・日・祝日・年末年始 ② 土・日・祝日・年末年始

### (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) サービスの提供にあたっては、施設賠償責任保険に加入しております。 万が一事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合には、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して、加入している保険により損害を賠償します。ただし、入居者に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることがあります。
	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) 事故防止・対応マニュアルにもとづき、対応します。
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	実施日	2020年7月4日
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり    2 なし
第三者による評価の実施状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	実施日	2019年1月16日
		評価機関名称	京都府認知症グループホーム協議会
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり    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	1 入居希望者に公開 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年4回以上
	2 なし	
	1 <input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	2 <input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: ) 2 <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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり    2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり    2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	

住宅の登録	
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 <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	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	
重要事項説明書の開示状 況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり
	2 なし

添付書類：別添 1（別の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）

説明年月日                      年      月      日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 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ました。

入居者氏名 \_\_\_\_\_ 印

入居者氏名 \_\_\_\_\_ 印

友だち村-重説-230401



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	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜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		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	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	
	管理費等で、実施するサービス（利用者一部負担）		備考	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	都度	料金	
	なし	あり		なし	あり				
<介護サービス>									
食事介助	○			○					
排泄介助・おむつ交換	○			○					
おむつ代	○			○					
入浴（一般浴）介助・清拭	○			○					
特浴介助	○			○					
身辺介助（移動・着替え等）	○			○					
機能訓練	○			○					
通院介助（協力医療機関）		○	初回のみ		○		○	再診時10分350円	
通院介助（協力医療機関外）	○				○		○	10分350円	
<生活サービス>									
居室清掃	○				○		○	10分350円	
リネン交換	○				○		○	10分350円	
日常の洗濯	○				○		○	10分350円	
居室配膳・下膳		○	病気時		○		○	10分350円	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	○				○		○	実費	
買い物代行（通常の利用区域）	○				○		○	10分350円	
買い物代行（上記以外の区域）	○				○		○	10分350円	
役所手続き代行	○				○		○	10分350円	
支払い代行（立替払い）		○	フロント対応のみ		○		○	10分350円	
新聞・郵送物等の管理		○	不在時のみ		○		○	10分350円	
貴重品類の保管		○	入院、判断力低下等の場合		○		○	1回350円	
<健康管理サービス>									
健康診断のご案内		○		○					
健康相談		○	随時	○					
生活指導・栄養指導		○	随時	○					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	○			○					
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	○			○					
入退院時の同行（協力医療機関）		○			○		○	10分350円	
入退院時の同行（協力医療機関外）	○				○		○	10分350円	
入院中の買い物	○				○		○	上記、買物代行に準じる	
入院中の見舞い訪問（洗濯物交換含む）（病院一覧表内）		○	週1回		○		○	週2回以上 10分350円	
入院中の見舞い訪問（洗濯物交換含む）（病院一覧表外）	○				○		○	10分350円	

※上記は、本体価格表記です。  
別途、消費税（税率10%）を負担いただきます。  
・350円（消費税込385円）