重要事項説明書

Ver　1.3

記入年月日	2025	年	12	月	1	日
記入者名	元山翔真					
所属・職名	ミモザ三島壱町田　事業所長					
取込種別	1　追加					
被災確認事業所番号						

1 事業主体概要

種類	2　法人					
	※法人の場合、その種類	5　営利法人				
名称	(ふりがな)	みもざかぶしきかいしゃ				
	ミモザ株式会社					
法人番号	法人番号有無	1　有				
	法人番号	7010701015090				
主たる事務所の所在地	〒	140	-	0004		
	東京都品川区南品川二丁目2番５号					
連絡先	電話番号	03	-	5796	-	0630
	FAX番号	03	-	5796	-	0631
	メールアドレス	mimoza			@	mimoza-care.jp
	ホームページ有無	1　有				
	ホームページアドレス	https://	mimoza-care.com			
代表者	氏名	清水亨				
	職名	代表取締役				
設立年月日	1999	年	8	月	27	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)	みもざみしまいっちょうだ					
	ミモザ三島壱町田						
所在地	〒	411	-	0025			
	静岡県三島市壱町田250-2						
所在地（建物名等）							
市区町村コード	都道府県	静岡県	市区町村	222062 三島市			
主な利用交通手段	最寄駅	三島	駅				
	交通手段と所要時間	ＪＲ東海道本線「三島駅」より徒歩20分、ＪＲ東海道本線「三島駅」南口より富士急バス3番ホーム「光が丘線」乗車　乗車約6分「徳倉入口　下車」徒歩3分					
連絡先	電話番号	055	-	928	-	6102	
	FAX番号	055	-	928	-	6103	
	メールアドレス	mishima-itchoda	@	mimoza-care.jp			
	ホームページ有無	１　有					
	ホームページアドレス	https://	mimoza-care.com/facility/paid-nursinng-home/post-13866/				
管理者	氏名	元山翔真					
	職名	管理者					
建物の竣工日		2024	年	1	月	30	日
有料老人ホーム事業の開始日		2024	年	3	月	1	日

（類型）【表示事項】

類型	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）						
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	三島市					
	事業所の指定日	2024	年	3	月	1	日
	指定の更新日（直近）	2030	年	2	月	28	日

3 建物概要

土地	敷地面積	334					㎡	
	所有関係	２　事業者が賃借する土地						
		２　事業者が賃借する土地の場合						
			賃貸の種別					
			抵当権の有無					
			契約期間					
				開始				
					年		月	日
				終了				
					年		月	日
			契約の自動更新					
建物	延床面積	全体		119522			㎡	
		うち、老人ホーム部分		119272			㎡	
	耐火構造	２　準耐火建築物						
		３　その他の場合						
	構造	２　鉄骨造						
		４　その他の場合						

	所有関係	2　事業者が賃借する建物						
		2　事業者が賃借する建物の場合						
			賃貸の種別	1　普通貸借				
			抵当権の有無					
			契約期間	1　あり				
				開始				
				2024	年	3	月	1 日
				終了				
				2059	年	2	月	28 日
			契約の自動更新	1　あり				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1　全室個室（縁故者個室含む）						
		2　相部屋ありの場合						
			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	1　有	2　無	19.16 ㎡	1	1　一般居室個室
タイプ２	1　有	2　無	19.21 ㎡	2	3　介護居室個室
タイプ３	1　有	2　無	19.23 ㎡	10	3　介護居室個室
タイプ４	1　有	2　無	19.36 ㎡	6	3　介護居室個室
タイプ５	1　有	2　無	19.37 ㎡	2	3　介護居室個室
タイプ６	1　有	2　無	19.39 ㎡	1	3　介護居室個室
タイプ７	1　有	2　無	19.52 ㎡	2	3　介護居室個室
タイプ８	1　有	2　無	19.58 ㎡	4	3　介護居室個室
タイプ９	1　有	2　無	24.93 ㎡	1	3　介護居室個室
タイプ10			㎡		

共用施設	共用便所における便房	6	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	6	ヶ所
	共用浴室	3	ヶ所	個室	3	ヶ所
				大浴場		ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	1	ヶ所	チェアー浴		ヶ所
				リフト浴		ヶ所
				ストレッチャー浴	1	ヶ所
				その他		ヶ所
	食堂	1　あり				
	入居者や家族が利用できる調理設備	2　なし				
	エレベーター	1　あり（車椅子対応）				
消防用設備等	消火器	1　あり				
	自動火災報知設備	1　あり				
	火災通報設備	1　あり				
	スプリンクラー	1　あり				
	防火管理者	1　あり				
	防災計画	1　あり				
緊急通報装置等	居室	1　全ての居室あり				
	便所	1　全ての便所あり				
	浴室	1　全ての浴室あり				
	その他					
その他						

4 サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	ご本人の尊厳とご家族の意思を尊重した丁寧で温かい介護、世話等を提供する。その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる様、「介護サービス」の提供を通じ支援致します。
サービスの提供内容に関する特色	1.あたたかい家庭的な介護のご提供を第一に考えています。 2.安心と、自由にのびのびと過ごせる暮らしを提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	1　自ら実施
食事の提供	1　自ら実施
洗濯・掃除等の家事の供与	1　自ら実施
健康管理の供与	1　自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1　自ら実施
生活相談サービス	1　自ら実施

（介護サービスの内容）　※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

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 ※１　「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保してる協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。 ※２　「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	入居継続支援加算（Ⅰ）	２　なし
	入居継続支援加算（Ⅱ）	１　あり
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	２　なし
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	２　なし
	個別機能訓練加算（Ⅰ）	２　なし
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	２　なし
	ADL維持等加算（Ⅰ）	２　なし
	ADL維持等加算（Ⅱ）	２　なし
	夜間看護体制加算(Ⅰ)	２　なし
	夜間看護体制加算(Ⅱ)	１　あり
	若年性認知症入居者受入加算	１　あり
	協力医療機関連携加算（Ⅰ）（※１）	１　あり
	協力医療機関連携加算（Ⅱ）（※１）	２　なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	２　なし
	口腔衛生管理体制加算（※２）	２　なし
	科学的介護推進体制加算	２　なし
	退院・退所時連携加算	１　あり
	退居時情報提供加算	１　あり
	看取り介護加算（Ⅰ）	１　あり
	看取り介護加算（Ⅱ）	２　なし
	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	２　なし
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	２　なし
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	２　なし
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	２　なし
	新興感染症等施設療養費	２　なし
	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	２　なし
	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	２　なし

	サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）	2　なし
		（Ⅱ）	2　なし
		（Ⅲ）	2　なし
	介護職員等処遇改善加算	（Ⅰ）	1　あり
		（Ⅱ）	2　なし
		（Ⅲ）	2　なし
		（Ⅳ）	2　なし
		（Ⅴ）（1）	2　なし
		（Ⅴ）（2）	2　なし
		（Ⅴ）（3）	2　なし
		（Ⅴ）（4）	2　なし
		（Ⅴ）（5）	2　なし
		（Ⅴ）（6）	2　なし
		（Ⅴ）（7）	2　なし
		（Ⅴ）（8）	2　なし
		（Ⅴ）（9）	2　なし
		（Ⅴ）(10)	2　なし
		（Ⅴ）(11)	2　なし
		（Ⅴ）(12)	2　なし
		（Ⅴ）(13)	2　なし
		（Ⅴ）(14)	2　なし

人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	2　なし		
	1　ありの場合		
		（介護・看護職員の配置率）	：1

（医療連携の内容）

医療支援	○	救急車の手配
	○	入退院の付き添い
	○	通院介助

医療機関 ※複数選択可			その他	
	1	名称	医療法人社団　博章会　いづの里クリニック	
		住所	〒411-0822　静岡県三島市松本294-3	
		診療科目	内科　外科　呼吸器内科　アレルギー科	
		協力科目	内科等	
		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
			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

協力医療機関	2	名称	社会医療法人　志仁会　三島中央病院	
		住所	〒411-0848　静岡県三島市緑町1-3	
		診療科目	内科　循環器内科　整形外科　耳鼻咽喉科	
		協力科目	内科等	
		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
			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
	3	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	
			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	
		名称		
		住所		

	4	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	
			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	
	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	
			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	
	新興感染症発生時に連携する医療機関	2　なし		
		1　ありの場合		
			医療機関の名称	
			医療機関の住所	
		名称	米山デンタルオフィス	

協力歯科医療機関	1	住所	〒411-0025　静岡県三島市壱町田51-1
		協力内容	訪問歯科
	2	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

<table>
<tr><td rowspan="3">入居後に居室を住み替える場合
※複数選択可</td><td></td><td colspan="2">一時介護室へ移る場合</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">介護居室へ移る場合</td></tr>
<tr><td>○</td><td>その他</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">判断基準の内容</td><td colspan="2">①事業者の指定する医師の意見を聴く
②緊急ややむを得ない場合を除き一定の観察期間を設ける</td></tr>
<tr><td colspan="2">手続きの内容</td><td colspan="2">①変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人等に意見を聴く
②入居者及び身元引受人に説明を行う
③入居者の同意を得る</td></tr>
<tr><td colspan="2">追加的費用の有無</td><td colspan="2">2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">居室利用権の取扱い</td><td colspan="2">住み替え後の居室にて移転</td></tr>
<tr><td colspan="2">前払金償却の調整の有無</td><td colspan="2">2　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="7">従前の居室との仕様の変更</td><td>面積の増減</td><td colspan="2">1　あり</td></tr>
<tr><td>便所の変更</td><td colspan="2">2　なし</td></tr>
<tr><td>浴室の変更</td><td colspan="2">2　なし</td></tr>
<tr><td>洗面所の変更</td><td colspan="2">2　なし</td></tr>
<tr><td>台所の変更</td><td colspan="2">2　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">その他の変更</td><td colspan="2">2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">1　ありの場合</td></tr>
<tr><td></td><td>（変更内容）</td><td></td></tr>
</table>

（入居に関する要件）

<table>
<tr><td rowspan="3">入居対象となる者
【表示事項】</td><td colspan="2">自立している者</td><td colspan="2">2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">要支援の者</td><td colspan="2">1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護の者</td><td colspan="2">1　あり</td></tr>
<tr><td>留意事項</td><td colspan="4">・要介護の認定者の方で介護の必要な方
・三島市内に住民票がある方</td></tr>
<tr><td>契約解除の内容</td><td colspan="4">施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続き等については、入居契約書の第28条に示されております。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">事業主体から解約を求める場合</td><td colspan="2">解約条項</td><td colspan="2">入居契約書第29条</td></tr>
<tr><td colspan="2">解約予告期間</td><td>3</td><td>ヶ月</td></tr>
<tr><td>入居者からの解約予告期間</td><td colspan="3">1</td><td>ヶ月</td></tr>
<tr><td rowspan="3">体験入居の内容</td><td colspan="4">1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="4">1　ありの場合</td></tr>
<tr><td colspan="2">（内容）</td><td colspan="2">1泊2日3食付　11,000円（内消費税1,000円）
期間は14日間を限度とします</td></tr>
<tr><td>入居定員</td><td colspan="3">29</td><td>人</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

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		1
生活相談員		2	2		1
直接処遇職員					
	介護職員	13	10	3	
	看護職員	3	1	2	
機能訓練指導員		3	1	2	
計画作成担当者		1		1	
栄養士					
調理員		4	1	3	
事務員		1		1	
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					40 時間

※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。

※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

（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	8	6	2
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	3	3	
介護支援専門員	1		1

（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	3	1	2
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	（ 16 時 0 分 ～ 10 時 0 分 ）			
	平均人数		最少時人数（休憩者等を除く）	
看護職員	0	人	0	人
介護職員	2	人	2	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】	d　３：１以上	
	実際の配置比率 （記入日時点での利用者数：常勤換算職員数）	3	：１
※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択			
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	17	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							
		業務に係る資格等		1　あり							
				1　ありの場合							
				資格等の名称		介護福祉士 認知症実践者研修					
		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		2	4	13	6	2	0	2	4	0	2
前年度1年間の退職者数		1	2	2	1	1	0	1	2	0	1
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	2	3	1	1	0	0	2	0	0
	1年以上 3年未満	1	0	7	2	1	0	1	0	0	1
	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									

6 利用料金

（利用料金の支払い方法）

<table>
<tr><td colspan="2">居住の権利形態
【表示事項】</td><td colspan="3">1　利用権方式</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">利用料金の支払い方式
【表示事項】</td><td colspan="3">3　月払い方式</td></tr>
<tr><td colspan="3">4　選択方式の場合、該当する方式を全て選択</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>全額前払い方式</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>一部前払い・一部月払い方式</td></tr>
<tr><td></td><td>○</td><td>月払い方式</td></tr>
<tr><td colspan="2">年齢に応じた金額設定</td><td colspan="3">2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護状態に応じた金額設定</td><td colspan="3">1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い</td><td colspan="3">3　不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額</td></tr>
<tr><td colspan="3">3　不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">不在期間が 30 日以上</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用料金の改定</td><td>条件</td><td colspan="3">地元自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し検討する。</td></tr>
<tr><td>手続き</td><td colspan="3">運営懇談会を開き、入居者及び身元引受人の同意を得たうえで改定を行う。</td></tr>
</table>

（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		要介護1～要介護5			
	年齢			歳		歳
居室の状況	床面積		19.16～24.93	㎡		㎡
	便所		１　有			
	浴室		２　無			
	台所		２　無			
入居時点で必要な費用	前払金		0	円		円
	敷金		0	円		円
月額費用の合計			165,912	円		円
	家賃		75,000	円		円
	サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	要介護度による	円		円
		介護保険外※2 食費	60,162	円		円
		介護保険外※2 管理費	30,750	円		円
		介護保険外※2 介護費用		円		円
		介護保険外※2 光熱水費	実費	円		円
		介護保険外※2 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	建物賃貸料、近隣相場等を勘案して算定。
敷金	家賃の 0 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。	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

管理費	30,750円(内消費税750円) ※金額詳細は備考欄①に記載
食費	朝食：410円(内消費税30円) 昼食：770円(内消費税70円) 夕食：825円(内消費税75円) ※請求方法等、詳細は備考欄②に記載。
光熱水費	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	

（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※に対する自己負担額	要介護に応じた介護費用について、介護保険負担割合証の負担割合の額。
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	なし
※ 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		%

<table>
<tr><td rowspan="2">返還金の算定方法</td><td>入居後３月以内の契約終了</td><td></td></tr>
<tr><td>入居後３月を超えた契約終了</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">前払金の保全先</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">1　全国有料老人ホーム協会以外の場合</td></tr>
<tr><td>名称</td><td></td></tr>
</table>

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	9	人
	女性	20	人
年齢別	65歳未満		人
	65歳以上75歳未満		人
	75歳以上85歳未満	8	人
	85歳以上	21	人
要介護度別	自立		人
	要支援１		人
	要支援２		人
	要介護１	15	人
	要介護２	7	人
	要介護３	1	人
	要介護４	4	人
	要介護５	2	人
入居期間別	６ヶ月未満	2	人
	６ヶ月以上１年未満	27	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	87.89	歳
入居者数の合計	29	人
入居率※	100	%
※ 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）

退居先別の人数	自宅等		人
	社会福祉施設	1	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）

窓口1										
窓口の名称		ミモザ三島壱町田　相談・苦情窓口								
電話番号		055		－	928		－	6102		
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	30	分
	土曜	8	時	30	分	～	17	時	30	分
	日曜・祝日	8	時	30	分	～	17	時	30	分
定休日		なし								

窓口2										
窓口の名称		本社　お客様相談室								
電話番号		03		－	6712		－	8110		
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
定休日		土曜日・日曜日・12/29～1/3								

窓口3										
窓口の名称		静岡県　国民健康保険団体連合会								
電話番号		054		－	253		－	5590		
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土曜日・日曜日・祝日								

窓口4										
窓口の名称		三島市介護保険課								
電話番号		055		－	983		－	2607		
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土曜日・日曜日・祝日								

窓口5										
窓口の名称										
電話番号				－			－			
対応している時間	平日		時		分	～		時		分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日										

（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		
	1　ありの場合		
		その内容	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入。
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		
	1　ありの場合		
		その内容	直ちに救急要請を行うとともに必要な措置を講じます。 ※詳細は備考欄③に記載
事故対応及びその予防のための指針	1　あり		

（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	2　なし		
	1　ありの場合		
		実施日	
		結果の開示	
第三者による評価の実施状況	2　なし		
	1　ありの場合		
		実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	2　入居希望者に交付
管理規程	2　入居希望者に交付
事業収支計画書	1　入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1　入居希望者に公開
財務諸表の原本	3　公開していない

10 その他

運営懇談会	1　あり		
	1　ありの場合		
	（開催頻度）年 3 回		
	2　なしの場合		
	1　代替措置ありの場合		
	（内容）		
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	1　あり	
	指針の整備	1　あり	
	研修の定期的な実施	1　あり	
	担当者の配置	1　あり	
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	1　あり	
	指針の整備	1　あり	
	研修の実施	1　あり	
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	1　あり	
		1　ありの場合	
		身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	1　あり
業務継続計画の策定状況	感染症に関する業務継続計画（BCP）	1　あり	
	災害に関する業務継続計画（BCP）	1　あり	
	職員に対する周知の実施	1　あり	

等	定期的な研修の実施	1　あり
	定期的な訓練の実施	1　あり
	定期的な業務継続計画の見直し	1　あり
提携ホームへの移行【表示事項】	2　なし	
	1　ありの場合	
	提携ホーム名	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	1　あり	
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	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	2　なし	
	1　ありの場合	
	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	
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		

備考

①【管理費】30,750円（内、消費税750円）　　【*1と*2の合計】
*1管理費22,500円（非課税）
共用施設整備費・エレベーター維持費・環境植栽整備費・共用部分の維持管理費
*2管理費8,250円（内、消費税750円）
事務人件費・事務経費・日常生活サービス提供の為の人件費、事務費

②【食費】60,162円（税込）（1日3食30日喫食した場合の金額）
内訳：朝食410円・昼食770円・夕食825円（税込）
各食の喫食実績に応じた料金となります（ただし、欠食した場合でも一定額のお支払いをお願いしております）。
※詳細は入居契約書をご覧ください。

③【介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応内容】
直ちに救急要請を行うとともに、入居者の家族、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、入居者及び家族、身元引受人に誠意をもって対応いたします。
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。

添付書類：　別添１（別に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。