

重要事項説明書

各項目において、◎については全ての事業所が記入するもの（開設初年度で記載不可のものを除く。）、○については該当する事業所が記入するもの。

		記入年月日	令和 2年7月1日
記入者名	林 真由美	所属・職名	(株)野海棠

1. 事業主体概要

◎種類	個人、法人の別	株式会社
	※法人の場合、その種類	営利法人
◎名称	(ふりがな) のかいどう 株式会社 野海棠	
◎主たる事務所の所在地	〒886-0005 宮崎県小林市南西方7750番地	
◎連絡先	電話番号	0984-25-2205
	FAX番号	0984-25-2205
	ホームページアドレス	http://nokaidou.pctech.jp/
◎代表者の氏名及び職名	氏 名	富満 正利
	職 名	代表取締役
◎設立年月日	平成 29年 1月 25日	
◎主な実施事業	※別添 1	

2. 有料老人ホーム事業の概要（住まいの概要）

◎施設の名称	(ふりがな) いこまのもり 住宅型有料老人ホーム 生駒の杜	
◎施設の所在地	〒886-0005 宮崎県小林市南西方7750番地	
◎事業所までの主な利用交通手段	自家用車、タクシー	
◎施設の連絡先	電話番号	0984-25-2205
	FAX番号	0984-25-2205
	ホームページ アドレス	なし あり: http://nokaidou.pctech.jp/
◎施設の管理者の氏名及び職名	氏 名	林 真由美
	職 名	管理者
◎建物の竣工日	平成 24年 10月 1日	
◎有料老人ホーム事業の開始日	平成 29年 4月 14日	

(類型) 【表示事項】

◎施設の類型	1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供)	
	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)	
	3 <input type="text" value="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	2,967.43 m ²					
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地					
		2 <input type="text" value="事業者が賃借する土地"/>					
		抵当権の有無	1 <input type="text" value="あり"/> 2 なし				
契約期間		1 <input type="text" value="あり"/> (令和2年4月1日 ~ 令和3年3月31日) 2 なし					
	契約の自動更新	1 <input type="text" value="あり"/> 2 なし					
◎建物	延床面積	全体 981.38 m ²	うち有料老人ホーム部分 648.07 m ²				
	耐火構造	1 耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物)					
		2 準耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物)					
		3 その他 ()					
構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 <input type="text" value="木造"/> 4 その他 ()						
◎居室の状況	居室区分	居室区分【表示事項】		1 全室個室 2 <input type="text" value="相部屋あり"/> (最少 人部屋) (最大 2 人部屋)			
			トイレ	浴室	面積	戸数/室数	区分※
		居室タイプ1	有/ <input type="text" value="無"/>	有/ <input type="text" value="無"/>	9.93m ²	26	一般居室個室
		居室タイプ2	有/ <input type="text" value="無"/>	有/ <input type="text" value="無"/>	13.24m ²	4	一般居室相部屋
	居室タイプ3	有/ <input type="text" value="無"/>	有/ <input type="text" value="無"/>	m ²			

	居室タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	居室タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	居室タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	居室タイプ7	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」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入すること。						
◎共用施設	共用便所の設置数	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な数		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な数		6ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		1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		1ヶ所	
			リフト浴		1ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他 ()		ヶ所	
食堂	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
エレベータ	1	あり (車椅子対応、ストレッチャー対応、その他)				
	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
◎消火設備等	消火器	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
	自動火災報知設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
	火災通報設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
	スプリンクラー	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
	防火管理者	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
	防災計画	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	

4. サービスの内容 (全体の方針)

◎運営に関する方針	施設サービス計画に基づき、可能な限り、在宅における生活への復帰を目指し、入浴、食事、排泄の介護が必要な時に通所サービスを利用し、相談及び助言、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活の世話をを行うことにより、能力に応じた自立した生活を営むことが出来るようにすることを目指す。		
○サービスの提供内容に関する特色			
◎入浴、排せつ又は食事の介護	1	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
○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	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)				
	2	なし				

(医療連携の内容)

○医療支援 ※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	名称 医療法人 けんゆう会 園田病院 住所 宮崎県小林市堤3005-1 診療科目 外科、内科、脳神経外科、循環器内科、呼吸器内科 協力内容 健康相談、健康診断、受診、治療			
	名称 医療法人 健風会 楨内視鏡内科病院 住所 宮崎県小林市大字真方242 診療科目 内科、内視鏡内科 協力内容 健康相談、健康診断、受診、治療			
	名称 医療法人 友光会 整形外科 押領司病院 住所 宮崎県小林市大字細野162-1 診療科目 整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科 協力内容 健康相談、健康診断、受診、治療			
○協力歯科医療機関	名称 下村歯科医院 住所 宮崎県小林市細野63-5 協力内容 受診、治療			

(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 介護居室へ戻る場合 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	

(入居に関する条件)

◎入居対象となる者【表示事項】	自立している者	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
○留意事項		
○契約の解除の内容	※別紙3	
◎事業主体から解約を求める場合	解約条項	※別紙3
	解約予告期間	※別紙3
◎入居者からの解約予告期間	※別紙3	
◎体験入居の内容	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊3,500円 消費税・食事別)	
◎入居定員	34 名	
○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	
◎管理者	1	1	
◎生活相談員	1	1	
◎直接処遇職員			
介護職員	16		16
看護職員	7		7
◎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	4	4	
◎1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数			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	勤務形態	
		常勤	非常勤
◎社会福祉士	2		2
◎介護福祉士	4		4
◎実務者研修の修了者	2		4
◎初任者研修の修了者	4		4
◎介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員的人数)

	合計	勤務形態	
		常勤	非常勤
◎看護師又は准看護師	7		7
◎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 (16時30分 ~ 9時30分)			
職種	人数	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 (他 当直1名)	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省略可)	契約上の職員配置比率※	a 1.5 : 1 以上	b 2 : 1 以上
	【表示事項】	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は省略可)	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
◎前年度一年間の採用者数										
◎前年度一年間の退職者数										
◎業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			2						
	1年以上 3年未満		3	4						
	3年以上 5年未満		4	10	1					
	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 <input type="checkbox"/> 利用権方式	2 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式	3 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
○年齢に応じた金額設定	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし	
○要介護状態に応じた金額設定	1 あり	2 <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	1 <input type="checkbox"/> 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：※別紙3		
	手続き：		

(利用料金のプラン) 【代表的なプランを2例】 [月30日の場合]

		プラン1	プラン2	
◎入居者の状況	要介護	5	5と5 (二人部屋)	
	年齢	85歳	85歳 85歳	
◎居室の状況	床面積	9.93 m ²	13.24 m ²	
	便所	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
◎入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
○月額費用の合計		82,200円	72,200円×2	
サービス費用	家賃相当額	30,000円	20,000円×2	
	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	※2 介護保険外	食費	37,200円	37,200円×2
		管理費	12,000円	12,000円×2
		介護費用	円	円
		光熱水費	3,000円	3,000円×2
その他()		円	円	
○家賃相当額 最低額： 円、最高額： 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保険費用は、同一の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)				
※3 表内の金額は税抜き価額です				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
◎家賃	1,000円 / 日
◎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含まない
◎管理費 (消費税別)	400円 / 日
◎食費 (消費税別)	1,240円 / 日×実数
◎光熱水費 (消費税別)	100円 / 日
○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居ない場合は省略可能

費目	算定根拠
○特定施設入居者介護※に対する自己負担	
○特定施設入居者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

費目	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
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保健会社の名称
	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	3 人			
	女性	25 人			
◎年齢別	65歳未満	0 人	65歳以上 75歳未満	1 人	
	75歳以上 85歳未満	9 人	85歳以上	18 人	
◎要介護度別	自立 0人	要支援1 0人	要支援2 0人		
	要介護1 6人	要介護2 7人	要介護3 6人	要介護4 4人	要介護5 5人
◎入居期間別	6ヶ月未満	4 人	6ヶ月以上 1年未満	0 人	
	1年以上 5年未満	24 人	5年以上 10年未満	0 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	86.9 歳
◎入居者の合計	28 人
◎入居率※	82.4 %
※入居者の合計を入居定員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	4人	死亡者	人
	その他	人		
◎生前解約の状況	施設の申し出			人
		解約事由		
	入居者側の申し出			2人
		解約事由	(他県へ転居、要支援1になった為)	

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) ※複数回答の窓口がある場合は欄を増やして記入

◎窓口の名称	住宅型有料老人ホーム 生駒の杜
◎電話番号	0984-25-2205
◎対応している時間	平日 (9時～17時) 土曜 (9時～17時) 日曜・祝日 (9時～17時)
◎定休日	なし

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	内容：賠償責任保険加入
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	内容：傷害保険加入
	2 なし	
◎事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	意見箱設置あり
	2 なし	
○第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日 平成 年 月 日 評価機関名称 結果の開示 1 あり 2 なし
	2 <input checked="" 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	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
◎管理規程	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
○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 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 必要に応じて管理職とおこなう。
	2	なし	
	1	代替措置あり	内容：
	2	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	
◎有料老人ホーム設置運営指導指針「6. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1	あり	
	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
合致しない事項がある場合の内容			
「7. 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	適合してない	
◎有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	（その内容）※該当する項目にチェック <input type="checkbox"/> 居室が個室でない（ <input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 一般居室の面積が10.65㎡未満（ <input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> その他（具体的に）		

添付書類：別添1（事業主体が県内で実施する他の介護サービス）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

別添3（利用基準、契約終了条件等）

※ _____様

※ 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。

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

◎事業主体が県内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類			事業所等の名称	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	デイサービスセンター のかいどう	小林市南西方7750番地
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>				
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		
定期巡回・随時対応型訪問介護・看護	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>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
介護予防通所介護	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		

介護サービス等の一覧表

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					
		介護付き有料老人ホームのみ		介護付・住宅型・健康型有料老人ホームも記載				備考	
		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		
介護サービス	食事介助	なし	あり	なし	あり	○		円	
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		円	
	おむつ代	なし	あり	なし	あり			（実費）円	
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			500円	
	特浴介助	なし	あり	なし	あり			円	
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○		円	
	機能訓練	なし	あり	なし	あり			円	
	通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり			1,000円	※付添いができる範囲を明確化すること
	通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり			1,000円	※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	なし	あり	なし	あり	○		円	
	リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		円	外部委託
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	3,500円	外部委託（週2回・税抜価格）
	居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			円	
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり			円	
	おやつ	なし	あり	なし	あり			130円	休日のみ
	理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり			1,200円	外部委託（税込価格）
	買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり			円	※利用できる範囲を明確化すること
	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり			円	※利用できる範囲を明確化すること
	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			円	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり			円		
健康管理サービス	定期健康診断	なし	あり	なし	あり			円	※回数（年○回など）を明記すること
	健康相談	なし	あり	なし	あり			円	
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			円	
	服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		円	
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		円	
入退院時・入院中サービス	移送サービス	なし	あり	なし	あり			円	
	入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○		円	※付添いができる範囲を明確化すること
	入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	○		円	※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			円	
	入院中に見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			円	

別紙 3

第 1 条 (利用基準)

利用者は次の各号に適合する場合住宅型有料老人ホーム生駒の杜を利用できます。

- ① 要介護 1 から要介護 5 の認定を受けている方。
- ② 共同生活を営むことに支障がないこと。
- ③ 自傷他害の恐れがないこと。
- ④ 日常生活において重度の援助を必要としないこと。
- ⑤ 常時医療機関において治療をする必要がないこと。
- ⑥ 身元引受人を定めること。

第 1 1 条 (利用料金の変更)

1. 利用料金について、経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合事業者は利用者又は身元引受人に対して、変更を行う日の 2 ヶ月前までに説明をしたうえで、利用料金を相当な額に変更することができます。
2. 利用者又は身元引受人は、前項の変更に同意することができない場合は、本契約を解約することができます。
3. なお前項に基づく内容は運営懇談会の議案として扱うものとする。

第 1 2 条 (契約の終了)

利用者は契約期間中各号に適合しない限り、継続して住宅型有料老人ホーム生駒の杜を利用する事ができますが、各号に該当するに至った場合は、事業者との契約を終了するものとします。

- ① 利用者が死亡した場合。
- ② 利用者の要介護度が要支援 1、要支援 2 と判定された場合。
- ③ 利用者及び身元引受人から、解約、又は契約解除の申し出があった場合。

(第 1 3 条を参照)

- ① 事業者が解散若しくは破産した場合、又はやむを得ない事由により住宅型有料老人ホーム生駒の杜を閉鎖した場合。
- ② 業者から契約解除を申し出た場合。(第 1 4 条を参照)
- ③ 利用者又は身元引受人が利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、事業者が催告したにもかかわらず、催告から 2 週間以内に支払わなかった場合。

第 1 3 条 (利用者又は身元引受人からの解約、契約解除)

1. 利用者又は身元引受人は、契約の有効期間内であっても解約、契約解除する事ができます。その場合には、契約終了する日の 2 週間前までに事業者に申し出るものとします。
2. 利用者が入院された場合には即時に契約を解約、契約解除することができます。
3. 事業者又はサービス従業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合、又は故意、過失により利用者の身体、財産、信用等を傷つけた場合には、即時に契約を解約、契約解除することができます。
4. 第 1 1 条にかかげる内容に同意が出来ない場合には、契約解除することが出来ます。

第 1 4 条 (事業者からの解約、契約解除)

1. 利用者又は身元引受人が契約締結時に、利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事由を生じさせた場合。
2. 利用者の故意又は重大な過失により、事業者又はサービス従業者、若しくは他の利用者の身体、財産、信用等を傷つけた場合。
3. 利用者の伝染性疾患により、他の利用者の生活又は健康に影響を及ぼすおそれがある場合。
4. 利用者が 1 カ月以上行方不明となった場合。
5. 利用者が医療機関へ 2 カ月以上の入院を要した場合。
6. 第 1 条の利用基準に適合しない場合。

個人情報使用同意書

当施設では、「個人情報保護法」に基づき利用者さまの個人情報は以下の通りに定め、適切に保護・管理いたします。

- 1、 個人情報の収集について
利用者さまの個人情報は介護に必要な範囲で行います。その内容は事前に重要事項説明書の同意書に記載しております。情報の利用目的に変更が必要な場合はあらかじめお知らせし、了解を得た上で実施いたします。
- 2、 個人情報の利用
当施設での利用者さまの情報の利用は以下の通りです。
 - 介護等に必要の場合で、利用者さまの同意を得たもの。
 - 統計など個人が識別できないデータでの使用。
 - 法令等により請求された場合。
- 3、 個人情報の管理
当社では利用者さまの情報の管理に際し、漏洩・紛失・改ざんなどを防止し適正に管理いたします。
- 4、 個人情報の開示
当社では、利用者さまからの情報の開示請求に対し当社「プライバシー保護の取り扱いマニュアル」に従い対応いたします。また、情報が正しくなかった場合の情報の修正も同様に対応いたします。
- 5、 対応窓口
当社の利用者さまの個人情報の対応の窓口は各担当者が承ります。
- 6、 法の遵守
当社は、「個人情報保護法」「同法の厚生労働省のガイドライン」等を遵守いたします。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印