

## 重要事項説明書

記入年月日	平成29年4月1日
記入者名	宮地広美
所属・職名	施設長

## 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしやあるてでいあ 株式会社 アルテディア	
主たる事務所の所在地	〒102-0083 東京都千代田区麴町三丁目3番地8 丸増麴町ビル4階	
連絡先	電話番号	03-3239-6855
	FAX番号	03-3239-6857
	ホームページアドレス	<a href="http://www.altidea.com">http://www.altidea.com</a>
代表者	氏名	青山 洋
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 12年 3月 27日	
主な実施事業	介護施設運営事業 ※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) けあふるくすのは ケアフル楠の葉	
所在地	〒524-0101 守山市今浜町 2537 番地 8	
主な利用交通手段	最寄駅 交通手段と所要時間	J R 琵琶湖線「守山駅」より路線バス 9km J R 湖西線「堅田駅」より路線バス 3km バス停「琵琶湖大橋東詰」下車徒歩 3分

連絡先	電話番号	077-584-3771
	FAX番号	077-584-3776
	ホームページアドレス	<a href="http://www.altidea.com">http://www.altidea.com</a>
管理者	氏名	宮地 広美
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 18年 2月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 24年 3月 1日

**(類型)【表示事項】**

<input checked="" type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所 滋賀県指定 第2570700639号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 滋賀県指定 第2570700639号
	指定した自治体名	滋賀県
	事業所の指定日	平成 24年 3月 1日
	指定の更新日（直近）	平成 30年 3月 1日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1193.14 m <sup>2</sup> (360.92 坪)	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
建物	延床面積	全体	1810.02 m <sup>2</sup> (547.53 坪) (地上3階建)
		うち、老人ホーム部分	1810.02 m <sup>2</sup> (547.53 坪) (地上3階建)
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 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	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 ( 2012年3月1日～2032年2月29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】	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	有/無	有/無	18.34～ 18.87 m <sup>2</sup>	40 室	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/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	4ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	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 あり 2 なし					

	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応)
		3 あり (上記1・2に該当しない)	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	入居者自身が確立してきたライフスタイルを尊重しながら、入居者の自立支援を目的とした、快適な生活を続けていくためのサポートをする。という考えのもとに、健康管理、レクリエーション、リハビリテーション、食事等を提供します。サポート体制としては24時間、ホームのスタッフが常駐し細かいサービスの提供に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	半個別介助にて個々に合った看護・介護をさせていただきます。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
(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	
	1 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	1	名称	こしの医院
		住所	福井県坂井市三国町山岸 69-36-3
		診療科目	循環器科・内科
		協力内容	健康相談、健康診断、受診、治療その他医療全般
	2	名称	医療法人弘英会 琵琶湖大橋病院
		住所	滋賀県大津市真野 5 丁目 1-29
		診療科目	内科、外科、消化器科、循環器科、整形等
		協力内容	受診、治療、その他医療全般
	3	名称	医療法人 小西醫院
		住所	滋賀県守山市洲本町 1256-6
		診療科目	脳神経外科・内科 リハビリテーション科 外科 内科 消化器(火・木のみ)
		協力内容	訪問診療・往診・受診・治療・その他医療全般
協力歯科医療機関	名称	奥村歯科医院	
	住所	滋賀県守山市水保町 1255-8	
	協力内容	健康相談、健康診断、受診、治療全般	

(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 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	1 あり 2 なし
	要支援の者	1 あり 2 なし
	要介護の者	1 あり 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身元引受人を一人定めて頂きます。</li> <li>・身元引受人は、月額利用料の支払いについて、入居者と連帯して責任を負うこととなります。</li> <li>・身元引受人は、入居契約が解除された時に、入居者を引き取ることとなります。</li> </ul>	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	①入居申込書に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居したとき ②月額利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ③建物、付帯設備又は敷地を、故意または重大な過失により汚損または滅失したとき ④入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、また危害の切迫した恐れがあり、かつ通常の介護方法及び接遇方法では防

		止することが出来ないとき ⑤入居契約書第 20 条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき
	解約予告期間	90 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	① あり（内容：空室がある場合、体験入居を行なうことができます。） ・ 居室使用料（非課税）1 日：6,000 円 ・ 食事 2,010 円/日（朝食 494 円・昼食 746 円・夕食 770 円 ）（税込） 2 なし	
入居定員	40 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		1
生活相談員	2	2		1
直接処遇職員	21	11	10	17.1
介護職員	17	11	6	14.7
看護職員	4	0	4	2.4
機能訓練指導員	1		1	0.2
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1
その他職員	7		7	2.7
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	7	1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	7	4	3
介護支援専門員	2	2	

**(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	1		1
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 ( 17 : 00 ~ 09 : 30 )		
	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	2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)	2.3 : 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	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	



は省略可能)	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・介護支援専門員						
	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	0	3	2	2						
前年度1年間の退職者数	0	2	1	1						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満		0	1						
	1年以上		1	3						
	3年未満									
	3年以上			0	0					
	5年未満									
	5年以上		1	4	1					
10年未満										
10年以上	0	3	6	1	2			1	1	
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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
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 checked="" 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	
	手続き	

**(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)**

		一時金方式①	月払い方式	
入居者の状況	要介護度	介護度3	介護度3	
	年齢	87歳	87歳	
居室の状況	床面積	18.54㎡	18.54㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	350万円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		194,820円	233,820円	
家賃		28,000円	67,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	(要介護3 介護保険負担1割の例) 20,520円	(要介護3 介護保険負担1割の例) 20,520円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	60,300円	60,300円
		管理費	86,000円	86,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	実費	実費
		受信料等	円	円
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	建物の賃借料、設備備品費等を基礎として一室あたりの家賃を算出
敷金	家賃のヶ月分
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	事務管理部門の person 費・事務費・入居者に対する日常生活支援サービス提供のための person 費・事務費、目的施設の維持管理
食費	月額 60,300 円/30 日（朝食 494 円・昼食 746 円・夕食 770 円）（税込） person 費の諸経費・食材費に基づく費用
光熱水費	実費負担
受信料等	NHK など
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	

介護保険に係る利用料〔平成 27 年報酬改定料金〕

〔基本単位数に地域区分 10.27 を乗じた金額〕

要介護度	基本単位/日	料金目安/日	30 日分の目安	利用者負担分の目安 (1 割負担・30 日分)	利用者負担分の目安 (2 割負担・30 日分)
要支援 1	179 単位	1,838 円	55,149 円	5,515 円	11,030 円
要支援 2	308 単位	3,163 円	94,894 円	9,490 円	18,979 円
要介護 1	533 単位	5,473 円	164,217 円	16,422 円	32,844 円
要介護 2	597 単位	6,131 円	183,935 円	18,394 円	36,787 円
要介護 3	666 単位	6,839 円	205,194 円	20,520 円	41,039 円
要介護 4	730 単位	7,497 円	224,913 円	22,492 円	44,983 円
要介護 5	798 単位	8,195 円	245,863 円	24,587 円	49,173 円

介護サービスが法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

【加算算定内容】

- \* サービス提供体制強化加算(I)ロ：12 単位/日(基本単位)・1 割負担 13 円/日・2 割負担 25 円/日
- \* 医療機関連携加算：所定単位数に 80 単位/月を加算・1 割負担 83 円/月・2 割負担 165 円/月
- \* 介護職員処遇改善加算(I)：所定単位数に 8.2% を乗じた単位数を算定

※本重要事項説明書に定める、月単位で定める利用料金については、1 ヶ月の利用料を明記した請求書をサービス提供月の翌月 15 日までに送付し同月 26 日にお支払いいただきます。

お支払方法については、原則として事前にお申込みをされた口座からの自動引き落としとさせていただきますが、やむを得ない事情でその他の支払方法を希望される場合には、当事業所までご相談下さい。また、入居後の請求書の金額及び明細にご不明の点がありましたら、当事業所までご連絡下さい。

添付書類：別添 2「個別選択による介護サービス等の一表」

**(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	要介護度に応じて介護費用を自己負担割合証の記載内容により徴収する
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）	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		平成 23 年から平成 25 年の 3 ヶ年における新規入居者の男女割合及び、男女別の入居者加重平均年齢を基に平均的な余命を勘案して想定居住年数を 6 年、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額の一時金に対する割合を 20% (初期償却割合) とした。 月払い方式における月額家賃のうち、前払い分としてお預かりさせて頂く金額の 6 年分に相当する金額に、初期償却割合分を加えた金額を一時金として算定した。
想定居住期間 (償却年月数)		72 ヶ月 (6 年)
償却の開始日		入居日の翌日
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)		一時金方式① 70 万円 一時金方式② 106 万円
初期償却率		20%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。 ・算定方法 入居一時金×想定居住期間償却率 (20%) ÷ 想定居住期間の月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了までの実日数) * 「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費用」は全額返金する。 * 月払いの利用料については日割精算を行う * 必要な原状回復費用があれば受領する
	入居後 3 月を超えた契約終了	○償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日からの償却期間満了日までの額を返還する。 入居一時金×80% ÷ 償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数  ○償却期間を超える場合：返還金なし。入居金の追加徴収もなし。
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 (入居者生活保証制度) ※当社が協会に個別入居者の拠出金を支払うことにより、万一倒産等に至り、入居者のすべてが退去せざるを得なくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間終了後でも保証金として500万円が支払われます。	
	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	13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 95歳未満	23人
	95歳以上	5人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	12人
	要介護2	5人
	要介護3	8人
	要介護4	8人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上 1年未満	7人
	1年以上 5年未満	17人
	5年以上 10年未満	5人
	10年以上 15年未満	3人
	15年以上	0人

### (入居者の属性)

平均年齢	87.6歳
入居者数の合計	38人
入居率*	95%

※ 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	人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	2人
	死亡者（看取りにて）	6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	1人
		(解約事由の例) 交通の便が良いところへの転居

**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)**

窓口の名称		生活相談課（ケアフル楠の葉）
電話番号		077-584-3771
対応している時間	平日	9:30～18:00
	土曜	9:30～18:00
	日曜・祝日	9:30～18:00
定休日		
窓口の名称		滋賀県社会福祉協議会 滋賀県運営適正委員会
電話番号		077-567-4107
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
窓口の名称		守山市 高齢福祉課
電話番号		077-582-1127
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
窓口の名称		滋賀県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談
電話番号		077-510-6605（専用）
対応可能な時間		平日 9:00～17:00 土曜・日曜・祝日休み
窓口の名称		公益社団法人 全国有料老人ホーム協会

電話番号	03-3272-3781（代表）
対応可能な時間	10:00～17:00（土・日・祝日・年末年始はお休み）

**（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"/> 1 あり	（その内容）傷害総合保険に加入。サービス提供にあたり、万一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直ちに必要な措置を講ずるとともに、不可抗力による場合を除き速やかに損害の賠償を行います但し、入居者に重大な過失がある場合に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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	（その内容）万一事故が発生した場合には「事故・急変時対応マニュアル」に従い入居者の生命、安全を第一に対応します。事故発生時の状況及び対応を书面化、その原因を解明するとともに、入居者ご家族に報告し事故の発生防止に努めます。また、事故の状況によっては、市町村をはじめ関係諸機関に報告します。
	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	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	年1回運営懇談会を開催 意見箱常設（1階ロビーに設置）
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり    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 2 入居希望者に交付 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 2 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	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】	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 checked="" type="checkbox"/> 1 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 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	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	1 適合している (代替措置)	



の場合等の特例」への適合性	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	なし
不適合事項がある場合の内容	

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）

平成 年 月 日

本書面に基づいて、重要な事項を説明いたしました。

<事業所>

住 所 東京都千代田区麹町三丁目3番地8  
丸増麹町ビル4階  
事業者名 株式会社アルテディア  
事業所名 介護付き有料老人ホーム ケアフル楠の葉  
滋賀県守山市今浜町2537-8  
(事業所番号2570700639)

説明者名 \_\_\_\_\_ 印

本書面に基づいて重要事項の説明を受け同意を致しました。

<利用者>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

\*利用者代理人を選任した場合

<代理人>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

[利用者との続柄： \_\_\_\_\_ ]

別添 1 事業主体が滋賀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		

## 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）			備考
			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		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		
おむつ代			なし	あり		※実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		
特浴介助	なし	あり	なし	あり		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		
機能訓練	なし	あり	なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり		※指定機関以外 500 円/15 分
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり		
リネン交換	なし	あり	なし	あり		※2 回目から実費
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		※実費負担
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		※自立者で希望がある場合
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		※別途負担
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		※実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		※通常の利用地域外の場合別途料金
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		※実費負担
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		
健康相談	なし	あり	なし	あり		
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		
服薬支援	なし	あり	なし	あり		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	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	なし	あり	なし	あり		※実費負担
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		※実費負担
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		※実費負担
入院中の見舞い訪問	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、月額の利用料に包含される場合と、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。