

重要事項説明書

Ver 1.2

記入年月日	2025 年 4 月 1 日
記入者名	藤井 裕一
所属・職名	施設長
取込種別	2 修正
被災確認事業所番号	2300092003017

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	かぶしきがいしゃ いぶきのかい (ふりがな) 株式会社いぶきの会		
法人番号	法人番号有無	1 有	
	法人番号	3180001088808	
主たる事務所の所在地	〒 493 - 0001		
	愛知県一宮市木曾川町黒田字北野黒132番地1		
連絡先	電話番号	0586 - 87 - 0880	
	FAX番号	0586 - 87 - 0161	
	メールアドレス	ibuki @ star.ocn.ne.jp	
	ホームページ有無	1 有	
	ホームページアドレス	https://	www.ibuki-kaigo.com/
代表者	氏名	梶浦 剛	
	職名	代表取締役	
設立年月日	2010 年 4 月 16 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) こんごうがたとくていしせついぶき			
	混合型特定施設いぶき			
所在地	〒 493 - 0001			
	愛知県一宮市木曽川町黒田字井桁畔224番地1			
所在地 (建物名等)				
市区町村コード	都道府県	愛知県	市区町村	232033 一宮市
主な利用交通手段	最寄駅	J R 木曽川駅 駅		
	交通手段と所要時間	① J R 木曽川駅より徒歩 10 分 ② 一宮循環バス 澤井公屋敷跡 停留所より徒歩 1 分		
連絡先	電話番号	0586	- 64	- 7566
	FAX番号	0586	- 86	- 3411
	メールアドレス	ibuki @ star.ocn.ne.jp		
	ホームページ有無	1 有		
	ホームページアドレス	https://	www.ibuki-kaigo.com/	
管理者	氏名	藤井 裕一		
	職名	施設長		
建物の竣工日		2011	年	5 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		2011	年	6 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	2372203246			
	指定した自治体名	一宮市			
	事業所の指定日	2011	年	6	月 1 日
	指定の更新日（直近）	2011	年	6	月 1 日

3 建物概要

土地	敷地面積	1944.7	m ²
	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	2 なし
		契約期間	1 あり
			開始
			2009 年 11 月 1 日
			終了
			2059 年 10 月 31 日
		契約の自動更新	1 あり
建物	延床面積	全体	2246.32 m ²
		うち、老人ホーム部分	2246.32 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		3 その他の場合	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		4 その他の場合	

居室の状況	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						
	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	18.2 m ²	7	3 介護居室個室	
タイプ2		1 有	2 無	18.2 m ²	9	3 介護居室個室	
タイプ3		2 無	2 無	13.2 m ²	40	3 介護居室個室	
タイプ4				m ²			
タイプ5				m ²			
タイプ6			m ²				
タイプ7			m ²				
タイプ8			m ²				
タイプ9			m ²				
タイプ10			m ²				

共用施設	共用便所における便房	19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	18ヶ所
	共用浴室	5ヶ所	個室	4ヶ所
			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1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		
	入居者や家族が利用できる調理設備	1あり		
	エレベーター	2あり（ストレッチャー対応）		
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	玄関・リビング（食堂・機能訓練室を兼ねる）・ベランダ・テラス・洗面所 相談室等			

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	・「やすらぎ」「おもいやり」「つながり」をテーマに普通の生活が当たり前にできる施設らしくない施設で、安らかに、心穏やかに、思いやりを持って、人と人のつながり、地域とつながりができる施設作りを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	ご利用者の方が穏やかに過ごして頂ける環境づくりに努めています。レク等の参加もご利用者様の自己決定を尊重しサービスを提供しています。尊厳を持って個別ケアを行い思いやりの気持ちでQOLの向上を目指したサービスを提供します
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	入居継続支援加算 (Ⅰ)	2 なし
	入居継続支援加算 (Ⅱ)	2 なし
	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)	1 あり
	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	2 なし
	協力医療機関連携加算 (相談・診療を行う体制を常時確 保している協力医療機関と連携 している場合)	1 あり
	協力医療機関連携加算 (上記以外の協力医療機関と連携 している場合)	2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	2 なし
	科学的介護推進体制加算	1 あり
	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	1 あり
	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)	1 あり

	サービス提供体制 強化加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	2	なし
		(Ⅲ)	1	あり
	介護職員等処遇改 善加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり
		(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	1 あり			
	1 ありの場合			
	(介護・看護職員の配置率)		2.5	: 1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	☐	救急車の手配	
	☐	入退院の付き添い	
	☐	通院介助	
		その他	

	1	名称	ともだクリニック	
		住所	愛知県一宮市木曽川町黒田十一ノ通り77-1	
		診療科目	内科・消化器科・小児科	
		協力科目	内科・消化器科	
		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
	2	名称	正翔会クリニック	
		住所	愛知県江南市飛高町栄272	
		診療科目	・内科・循環器科・神経内科・皮膚科・形成外科 ・呼吸器内科・眼科・小児科・耳鼻咽喉科 ・整形外科・精神科・消化器内科	
		協力科目	・内科・循環器科・神経内科・皮膚科・形成外科 ・呼吸器内科・眼科・耳鼻咽喉科 ・整形外科・精神科・消化器内科	
		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

3	名称	メドタウンたなかファミリークリニック	
	住所	一宮市奥町字宮前44-1	
	診療科目	・内科・循環器科・小児科・皮膚科	
	協力科目	・内科・循環器科・皮膚科	
	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
4	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	

	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対応を行う医療機関との連携	1	あり	
		1 ありの場合	
		医療機関の名称	正翔会クリニック
		医療機関の住所	愛知県江南市飛高町栄272
協力歯科医療機関	1	名称	おうぎ歯科
		住所	愛知県一宮市木曾川町黒田字西新田東の切42 アーバンライフゴトウ1F
		協力内容	往診にて歯科治療
	2	名称	きだいじ歯科医院
		住所	岐阜県岐阜市城田寺1229-2
		協力内容	往診にて歯科治療

(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		一時介護室へ移る場合	
		介護居室へ移る場合	
	○	その他	心身の状態によってA・B⇔C ※主に居室内のトイレ洗面台の有無に違いあり
判断基準の内容	入居者の心身の状況に著しい変化があった場合、他の入居者からの苦情がある場合は、医師の意見を聴いて行うものとし、本人・身元引受人等の同意を得て行なうものとする。		
手続きの内容	一定の観察期間を設けることとする。		
追加的費用の有無	1 あり		
居室利用権の取扱い	・居室の変更に伴い、居室の利用権も変更する。 【例】Aタイプ→B・Cタイプに変更する場合、家賃相当額・管理費が変更となる。		
前払金償却の調整の有無	2 なし		
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	1 あり	
	便所の変更	1 あり	
	浴室の変更	2 なし	
	洗面所の変更	1 あり	
	台所の変更	2 なし	
		1 あり	
	その他の変更	1 ありの場合	
		(変更内容)	居室の広さ・採光

(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	2 なし
	要支援の者	1 あり
	要介護の者	1 あり
留意事項	介護保険の要支援1・2及び要介護1から要介護5の認定を受けている方。※自立になっても、継続して入居可能です。(介護保険は適用されませんので1日あたり2,000円(別途消費税)の自己負担でご利用頂けます)	
契約解除の内容	入居者が逝去した場合、入居者から契約解除が行われた場合(解約予告1か月)、事業者から契約解除が行われた場合(解約予告3か月)、入居者が手続きを取らずに退去した場合(事業者が退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目)	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	詳細は巻末の備考に記載。
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1	ヶ月
体験入居の内容	1 あり	
	1 ありの場合	
	(内容)	1日6,500円 1泊2日まで(税別) ※介護保険未適用の為、全額自己負担。金額は、食費(3食)・水道光熱費・介護サービス費含む。
入居定員	56	人
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談となります。 居室明け渡しにて契約終了となります。	

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	0.7
生活相談員	3	3	0	1
直接処遇職員	30	21	9	25.2
介護職員	27	20	7	23
看護職員	3	1	2	2.2
機能訓練指導員	2	1	1	1.5
計画作成担当者	1	1	0	0.9
栄養士	0	0	0	0
調理員	5	2	3	3.8
事務員	1	1	0	1
その他職員	4	0	4	1.4
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	0	0	0
介護福祉士	15	9	6
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	7	6	1
介護支援専門員	1	1	0

(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	1	1	0
理学療法士	1	0	1
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(17 時 0 分 ~ 11 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	3	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】	c 2.5 : 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)	1.6 : 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							
		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					
		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	1	0	0	0	0	0	0	1	0		
前年度1年間の退職者数		0	1	1	3	0	0	0	0	0	0		
に業 応務 じに た従 事し た人 の経 験年 数	1年未満	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
	1年以上 3年未満	0	1	4	1	0	0	0	0	1	0		
	3年以上 5年未満	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0		
	5年以上 10年未満	1	0	6	1	0	0	0	1	0	0		
	10年以上	0	0	8	4	2	0	0	0	0	0		
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)

居住の権利形態 【表示事項】		1 利用権方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】		3 月払い方式
		4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択
		☐ 全額前払い方式
		☐ 一部前払い・一部月払い方式
		☐ 月払い方式
年齢に応じた金額設定		2 なし
要介護状態に応じた金額設定		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
		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
		☐ 不在期間が 日以上
利用料金の改定	条件	事業の安定的継続の視点から、共通費用および入居者が支払うべきその他の費用の額を運営懇談会等の意見を聴いたうえで改定するものとします。
	手続き	改定にあたっては身元引受人（ご家族）へ事前に通知致します。

(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3	
	年齢		97	歳	82	歳
居室の状況	床面積		18.2	m ²	13.2	m ²
	便所		1	有	2	無
	浴室		2	無	2	無
	台所		2	無	2	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			232652	円	218972	円
家賃			81000	円	62900	円
サービス費用	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	18532	円	22952	円
		食費	58320	円	58320	円
		管理費	52800	円	52800	円
		介護費用	0	円	0	円
		光熱水費	0	円	0	円
	その他	22000	円	22000	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	地代、標準設備、修繕費等を基礎とし、近隣の介護付き有料老人ホームの家賃を勘案し算出。妥当と判断し設定
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	事務管理部門の人件費・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人件費・事務費、入居者の健康管理を目的とする定期健康診査及費用・事務費、共用施設の維持 管理費、備品・消耗品費（洗濯費、寝具費含む）
食費	食材料費、厨房用品費、消耗品費、人件費等の諸経費等の費用の合計から、定員、作業時間を元に算出。 一日3食（おやつ込み）当たり1,944円×30日で積算（一人あたり） 朝食：508円 昼食：680円 おやつ：76円 夕食：680円
光熱水費	管理費に含みます。
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	手厚い介護費22,000円（税込）…特定施設職員配置基準（3：1以上）の職員を配置した体制に対する介護保険給付対象外のサービス費用 長期推計に基づき要介護者等2.5人に対し週40時間換算で介護・看護職員1人以上を配置した場合の人件費厚生福利費等を積算

(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	基本報酬および加算分の利用者負担分
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）	長期推計に基づき、要介護者等2.5人に対し常勤換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。
※ 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 全国有料老人ホーム協会以外の場合		
	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	36	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	2	人
	75歳以上85歳未満	12	人
	85歳以上	35	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援 1	5	人
	要支援 2	0	人
	要介護 1	18	人
	要介護 2	8	人
	要介護 3	4	人
	要介護 4	8	人
入居期間別	要介護 5	6	人
	6ヶ月未満	8	人
	6ヶ月以上1年未満	4	人
	1年以上5年未満	26	人
	5年以上10年未満	10	人
	10年以上15年未満	1	人
	15年以上	0	人

(入居者の属性)

平均年齢	88	歳
入居者数の合計	49	人
入居率※	87.5	%

※ 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	0	人
	社会福祉施設	0	人
	医療機関	3	人
	死亡	10	人
	その他	4	人
生前解約の状況		0	人
	施設側の申し出	(解約事由の例)	
		6	人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)	
		特養・他施設入所や入院が長引く為	

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)

窓口1

窓口の名称		介護付有料老人ホーム いぶき									
電話番号		0586 - 64 - 7566									
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
	土曜	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
	日曜・祝日	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
定休日		なし									

窓口2

窓口の名称		一宮市 介護保険課									
電話番号		0586 - 85 - 7017									
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・日曜日、祝休日、12月29日～1月3日									

窓口3

窓口の名称		愛知県国民健康保険団体連合会 苦情相談室									
電話番号		052 - 971 - 4165									
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・国民の祝日に関する法律に規定する休日及び 1月2日3日並びに12月29日から同31日									

窓口4

窓口の名称		一宮市 高年福祉課									
電話番号		0586 - 28 - 9151									
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・日曜日、祝休日、12月29日～1月3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)の賠償責任保険に加入
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	身元引受人及びご家族へ速やかに連絡し、対処方法を相談します。
事故対応及びその予防のための指針			

(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	あり	
	1	ありの場合	
		実施日	2024/11/11
		結果の開示	1 あり
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	1	入居希望者に公開
管理規程	1	入居希望者に公開
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 1 回
	2	なしの場合
	1	代替措置ありの場合
		(内容) 感染症等により開催が困難な場合は文書送付にて代替えとする
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者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
身体的拘束等廃止のための取組の状況	身体拘束適正化委員会の開催	1 あり
	指針の整備	1 あり
	研修の実施	1 あり
		2 なし
	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)	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
業務継続計画の策定状況等	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
	従業員に対する周知の実施	1 あり
	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		

【事業主体から契約解除を求める場合】解約条項

(当施設からの退去勧告は90日間の猶予期間を設けています)

入居者及び家族（関係者）の状態、言動によっては、退去を求める場合がございます。

具体的には以下の場合が該当します。

- ・当施設で対応できない高度な医療を希望された場合（夜間の痰吸引は施設では対応できません）
- ・入居時の入居者情報に虚偽があったり、持病・既往歴・原疾患の申告漏れがあった場合
- ・言動・行動が他入居者及び職員の精神状態や生命に危害を及ぼす恐れがある場合
- ・他入居者の居室への侵入、物盗り行為が頻繁に行われる等共同生活が困難な場合
- ・居室（施設）を悪意により破損させたり、居室内が著しく不衛生な状態の場合
- ・入居契約書第17条（禁止または制限される行為）を繰り返される場合
- ・セクハラ行為、またはそれに類する言動が発覚した場合（他入居者・職員含む）
- ・職員に対して暴言・暴力行為、ハラスメント行為、過剰な要求・クレームが発覚した場合（職員を「お手伝いさん」と誤認するような言動を含む）
- ・施設・職員等に対してSNS、口コミサイト等で悪質な書き込み、誹謗中傷があった場合
- ・サービス利用料金の支払いがしばしば遅延し、支払いの督促をした日から10日以内に支払われなかった場合
- ・酒類、タバコ類の持ち込み、飲酒喫煙が発覚した場合（車の運転、車の持ち込みもお断り）
- ・その他、通常の介護方法では対応することが困難かつ業務に支障をきたし、契約を将来にわたって継続することが著しく困難であると考えられる場合

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。