

**サービス付き高齢者向け住宅
ユメライフはしだて
重要事項説明書**

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和7年9月1日 |
| 記入者名 | 高岡 敬一 |
| 所属・職名 | 代表取締役 |

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---|---|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 有限会社 | |
| 名称 | (ふりがな) ゆうげんがいしゃめでいかるけあたかおか 有限会社メディカルケアタカオカ | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒612-0889 京都府京都市伏見区深草直違橋7丁目266番地1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 075-642-4477 |
| | FAX番号 | 075-642-4490 |
| | ホームページアドレス | http://care-net.biz/26/medical-t/index.php |
| 代表者 | 氏名 | 高岡 敬一 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 10年 10月 30日 | |
| 主な実施事業 | 介護事業、サービス付き高齢者向け住宅事業 ※別添1（別の実施する介護サービス一覧表） | |

2. 事業の概要

(住まいの概要)

| | | |
|----------|-------------------------------|----------------|
| 名称 | (ふりがな) ゆめらいふはしだて ユメライフはしだて | |
| 所在地 | 〒629-2262 京都府与謝郡与謝野町字岩滝 901 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 北近畿丹後鉄道宮津線天橋立駅 |

| | | |
|---------------|------------|--|
| | 交通手段と所要時間 | 駅からタクシーで 10 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0772-46-1150 |
| | FAX 番号 | 0772-46-1151 |
| | ホームページアドレス | http://care-net.biz/26/medical-t/index.php |
| 管理者 | 氏名 | 高岡 敬一 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 23年4月13日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 23年5月1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） | | |
| 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 | |
| | 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 | 1623.91 m ² | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | 2 事業者が貸借する土地 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり (2011年3月1日から2041年2月28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 | 665.29 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 444.87 m ² |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 2 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 () | | | | | | | | | | | | | |
| | 所有関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 2 事業者が貸借する建物 | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td colspan="2">1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> </table> | 抵当権の設定 | 1 あり | 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 | | | | |
| 抵当権の設定 | 1 あり | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 2 相部屋あり <table border="1"> <tr> <td>最少</td> <td colspan="4">1 人部屋</td> </tr> <tr> <td>最大</td> <td colspan="4">2 人部屋</td> </tr> </table> | | | | 最少 | 1 人部屋 | | | | 最大 | 2 人部屋 | | | |
| 最少 | 1 人部屋 | | | | | | | | | | | | | | |
| 最大 | 2 人部屋 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ | | | | | | | | | |
| タイプ 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.05 m ² | 2 | 一般居室個室 | | | | | | | | | | |
| タイプ 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 19.87 m ² | 1 | 一般居室個室 | | | | | | | | | | |
| タイプ 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 21.95 m ² | 1 | 一般居室個室 | | | | | | | | | | |
| タイプ 4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 22.36 m ² | 3 | 一般居室個室 | | | | | | | | | | |
| タイプ 5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 23.19 m ² | 1 | 一般居室個室 | | | | | | | | | | |
| タイプ 6 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 24.57 m ² | 1 | 一般居室個室 | | | | | | | | | | |
| タイプ 7 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 24.80 m ² | 1 | 一般居室個室 | | | | | | | | | | |
| タイプ 8 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 29.81 m ² | 1 | 一般居室個室 | | | | | | | | | | |
| タイプ 9 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | | | | | | | | | | |
| タイプ 10 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 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。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 2ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 1ヶ所 | | | | | | | | | | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 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 | 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--------|------------------|--|
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | エレベーター | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) 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 | 洗濯室 | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項の登録を受けたサービス付き高齢者向け住宅「ユメライフはしだて」の管理、運営並びに利用に関する事項を定めたもので、入居者及び来訪者が快適で心身ともに充実、安定した生活を営むことに資するとともに、当住宅の良好な生活環境を確保することを目的とします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 当施設は、ホスピタリティーマインドに徹し、満足を超え感動を生む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 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 食事の提供 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|---|---|------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 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 | 西原医院 |
| | | 住所 | 京都府宮津市字京街道 227-2 |
| | | 診療科目 | 内科/胃腸科/外科/整形外科 |
| | | 協力内容 | 往診、受診、健康相談 |
| | 2 | 名称 | 府中診療所 |
| | | 住所 | 京都府宮津市字江尻 245-1 |
| | | 診療科目 | 内科/アレルギー科 |
| | | 協力内容 | 往診、受診、健康相談 |
| 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記載不可

| | | | |
|--------------------------|--------|--|--------|
| 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 | (変更内容) |
| | | 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 type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | 要支援の者 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | 要介護の者 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| 留意事項 | 主として要支援・要介護の方に入居いただきます。 | | | | |
| 契約の解除の内容 | 入居者又は事業者から契約解除が行われた場合 | | | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 本物件の使用目的遵守義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至った場合等 | | | |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 | | | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | | | | |
| 体験入居の内容 | <input type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊2日 5,000円) 2 なし | | | | |
| 入居定員 | 11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 | | | |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1.0 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 6 | | 6 | 5.2 |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | (委託) |
| 調理員 | 1 | | 1 | 0.5 |
| 事務員 | | | | |
| 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 | 3 | | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 1 | | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 2 | | 2 |
| 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 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (21 時～ 6 時) | | |
|-----------------------|------|----------------|
| | 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 | 1人 | 1人 |

※状況把握サービスの提供のため、夜間も職員が1名常駐しており、介護職員が対応する日もある。

(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 | | | | 1 | | | | | | |
| 前年度1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 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 | | | | 2 | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | 2 | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | 2 | 1 | | | | |
| | 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 | 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり | 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 | <input type="checkbox"/> 減額なし <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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 物価変動、人件費上昇等により改定する場合がある。 手続き 運営委員会の意見を聞く |

(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 | 自立・要支援・要介護1 | 要介護3 | |
| | 年齢 | 60歳以上 | 60歳以上 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.05㎡ | 24.80㎡ | |
| | 便所 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 浴室 | 1 有 <input type="checkbox"/> 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 台所 | 1 有 <input type="checkbox"/> 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 入居時点で必 要な費用 | 前払金 | 0円 | 0円 | |
| | 敷金 | 120,000円 | 144,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 126,200円 | 139,200円 | |
| 家賃 | | 40,000円 | 48,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | | 円 | |
| | 介護保険外 | 食費 | 46,200円 | 46,200円 |
| | | 生活サービス費 | 15,000円 | 20,000円 |
| | | 管理費 | 25,000円 | 25,000円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | | |
| | その他 | 円 | 円 | |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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サービスであっても、本欄には記入していない）</p> | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----|--|
| 家賃 | 施設の建設費、修繕費、地代等を基礎とし、近傍同種の住宅の家賃等を参考に算定した金額 |

| | |
|----------------------|-----------------------|
| 敷金 | 家賃の3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 | 共用施設の維持管理費等 |
| 食費 | 46、200円 |
| 光熱水費 | 管理費に含む |
| 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 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

| | |
|--------------------------------------|-------------------|
| 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) | 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 |
| | 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 | 1人 |
| | 女性 | 7人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 0人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 2人 |
| | 85歳以上 | 6人 |
| 要介護度 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 1人 |

| | | |
|-------|------------|----|
| | 要介護 2 | 1人 |
| | 要介護 3 | 4人 |
| | 要介護 4 | 2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 | 2人 |
| | 5年以上10年未満 | 6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 | 88歳 |
| 入居者数の合計 | 8人 |
| 入居率※ | 73% |
| ※ 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 | 人 |
| | 医療機関 | 2人 |
| | 死亡者 | 人 |
| | その他 | 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 | 2人 |
| | | (解約事由の例) 医療機関に長期入院 |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況) ※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 | ユメライフはしだて お客様相談窓口 | |
| 電話番号 | 0772-46-1150 | |
| 対応している時 | 平日 | 9:00~18:00 |

| | | |
|-----|-------|------------|
| 間 | 土曜 | 9:00~18:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~18:00 |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 福祉事業者総合補償制度まごころワイド |
| | <input type="checkbox"/> 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 | 事故の状況を確認し、速やかに損害賠償を行います。 |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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 あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし | (内容) 感染対策時には、代替措置あり連絡を取り意見の聴取を実施。利用に関する希望等を聞いている。 |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 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、高齢者の居住の安全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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |

| | |
|--------------------------------------|---|
| 有料老人ホーム設置運営基準指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input 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 | <input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営基準指針の不適合事項 | 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）

※ _____様

説明年月日 令和 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。

別添1 事業主体が京都府内（京都市内を除く。）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 | ユメライフはしだて | 京都府与謝郡与謝野町字男山217-1 |
| 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 | ユメライフはしだて | 京都府与謝郡与謝野町字岩滝901 |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | あるけるデイ・ユメライフ | 京都府与謝郡与謝野町字男山217-1 |
| 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 | ユメライフはしだて | 京都府与謝郡与謝野町字男山217-1 |
| 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 | あるけるデイ・ユメライフ | 京都府与謝郡与謝野町字男山217-1 |
| 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 | ユメライフはしだて | 京都府与謝郡与謝野町字岩滝901 |
| 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 | 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（利用者が全部負担） | | | なし | あり |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|------|------|----------------------------|-----|--|----|-----------------------|
| | | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | 備 考 | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 日常的な簡易清掃に限る |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 日時は事業者指定となる |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 日時は事業者指定となる |
| 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 | | ○ | | | 与謝野町内病院 片道 550 円（税込） |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 緊急時の同行 30 分 550 円（税込） |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 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。