重要事項説明書

Ver　1.2

記入年月日	2025	年	7	月	1	日	
記入者名	大橋　将人						
所属・職名	カーサプラチナ宮前平　施設長						
取込種別							
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)	かぶしきかいしゃはーとふるけあ					
	株式会社ハートフルケア						
法人番号	法人番号有無	１　有					
	法人番号	7010401074172					
主たる事務所の所在地	〒	141	-	0022			
	東京都品川区東五反田五丁目25番19号						
連絡先	電話番号	03	-	5475	-	7558	
	FAX番号	03	-	5475	-	5077	
	メールアドレス				@		
	ホームページ有無	１　有					
	ホームページアドレス	https://	platinum-care.jp/				
代表者	氏名	熊谷　学					
	職名	代表取締役					
設立年月日	2000	年	10	月	12	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)	かーさぷらちなみやまえだいら									
	カーサプラチナ宮前平										
所在地	〒	216	－	0022							
	川崎市宮前区平3丁目2番25号										
所在地（建物名等）											
市区町村コード	都道府県	神奈川県		市区町村	141305 川崎市						
主な利用交通手段	最寄駅			溝の口				駅			
	交通手段と所要時間			東急田園都市線「溝の口」駅よりバスで12分 「平」バス停下車徒歩2分							
連絡先	電話番号			044	－	862	－	8550			
	FAX番号			044	－	862	－	8660			
	メールアドレス			oohashi-m			@	t-group.net			
	ホームページ有無			１　有							
	ホームページアドレス			https://	platinum-care.jp/miyamaedaira/						
管理者	氏名			大橋　将人							
	職名			施設長							
建物の竣工日				2013	年	10	月	28	日		
有料老人ホーム事業の開始日				2013	年	12	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	1475502801					
	指定した自治体名	川崎市					
	事業所の指定日	2022	年	8	月	1	日

	指定の更新日（直近）		年		月		日

3 建物概要

土地	敷地面積	2031.73	㎡						
	所有関係								
		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	3736.83	㎡					
		うち、老人ホーム部分	3717.58	㎡					
	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							
	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	1　あり					
			契約期間	1　あり					
				開始					
				2013	年	10	月	28	日
				終了					
				2039	年	4	月	30	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	18.2	㎡	76	3　介護居室個室		
	タイプ２	1　有	2　無	27.3	㎡	2	3　介護居室個室		
	タイプ３	1　有	2　無	30.52	㎡	4	3　介護居室個室		
	タイプ４				㎡				
	タイプ５				㎡				
	タイプ６				㎡				
	タイプ７				㎡				
	タイプ８				㎡				
	タイプ９				㎡				
	タイプ10				㎡				
共用施設	共用便所における便房	5	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		5	ヶ所		
	共用浴室	4	ヶ所	個室		3	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			ヶ所		
				ストレッチャー浴		1	ヶ所		
				その他		1	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	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							

置等	その他	

その他	施設１Fに地域交流スペースあり。

4 サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	「地域に根ざしたメディケア（医療に強い介護）」というコンセプトをモットーに、医療施設や近隣の関連事業者さまと「ご利用者様とそのご家族様にとっての本当の豊かさ」の実現のため、介護事業者として「本質的な価値のあるサービス」のご提供を追求して参ります。
サービスの提供内容に関する特色	・常時医療行為を必要とされる方にも安心してお過ごしいただけるよう、24時間看護職員体制を整えました。・リハビリの専門知識を有する国家資格の機能訓練指導員が常勤し、個別リハビリやグループリハビリなどをご提供いたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	1　自ら実施
食事の提供	2　委託
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）	1　あり
	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)	1　あり
	夜間看護体制加算(Ⅱ)	
	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 (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)	
	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）	
	看取り介護加算（Ⅱ）	1　あり
	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)	1　あり
		(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	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	さくらライフ新丸子クリニック	
		住所	神奈川県川崎市中原区新丸子東2-897-11	
		診療科目	心療内科、精神科、内科	
		協力科目	訪問診療	
		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	医療法人社団　亮友会　福住医院	
		住所	神奈川県川崎市高津区末長1055-7	
		診療科目	内科、外科、脳神経外科、胃腸科、整形外科、皮膚科、泌尿器科	
		協力科目	訪問診療及び、外来受診の際の協力	
		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

		協力内容	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	たま日吉台病院	
		住所	川崎市麻生区王禅寺1105番地	
		診療科目	内科、精神科、呼吸器内科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科、放射線科	
		協力科目	外来、救急外来、入院等についての協力	
		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	
	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	2　なし		
		1　ありの場合		
			医療機関の名称	
			医療機関の住所	神奈川県横浜市都筑区見花山14-7
協力歯科医療機関	1	名称		社会福祉法人ひまわりの会ふれあいの丘クリニック
		住所		神奈川県横浜市都筑区見花山14-7
		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

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	従前の居室から別の居室へ住み替え
判断基準の内容	適切なサービス提供の為、一定の観察期間を設け、医師の意見を聴いた上で、介護居室を変更していただく場合があります。		
手続きの内容	入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えていただきます。入居者任意の居室移り住みに関しては、新たに入居契約を締結することとなり、その居室の前払金をお支払いいただくことになります。		
追加的費用の有無	2　なし		
居室利用権の取扱い	利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更になります。		
前払金償却の調整の有無	1　あり		
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	2　なし	
	浴室の変更		
	洗面所の変更	2　なし	
	台所の変更		
		1　ありの場合	

変更	その他の変更		（変更内容）	

（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>自立している者</td><td colspan="2">２　なし</td></tr>
<tr><td>要支援の者</td><td colspan="2">１　あり</td></tr>
<tr><td>要介護の者</td><td colspan="2">１　あり</td></tr>
<tr><td>留意事項</td><td colspan="3">概ね６５歳以上の要支援・要介護の方。ただし、２名入居のうちどちらか１名が要支援・要介護者であればもう１名は自立の方でもご入居いただけます。</td></tr>
<tr><td>契約解除の内容</td><td colspan="3">①入居者が逝去した場合（2名の場合はどちらとも逝去した場合）
②入居者から契約解約が行われた場合
③事業者から契約解除が行われた場合</td></tr>
<tr><td rowspan="2">事業主体から解約を求める場合</td><td>解約条項</td><td colspan="2">入居に際し虚偽の説明を行う等の不正手段により入居した時、月払いの利用料その他の支払いを３か月以上遅滞した時等</td></tr>
<tr><td>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="2">1</td><td>ヶ月</td></tr>
<tr><td rowspan="3">体験入居の内容</td><td colspan="3">１　あり</td></tr>
<tr><td colspan="3">１　ありの場合</td></tr>
<tr><td>（内容）</td><td colspan="2">1泊2日3食　11,000円（10,000円＋税）（7日間を限度とし、体験入居契約を締結します。介護保険は適用外となります。）</td></tr>
</table>

入居定員	86	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	0	1
生活相談員	2	2	0	1
直接処遇職員	117	13	104	31.9
介護職員	99	10	89	24
看護職員	18	3	15	7.9
機能訓練指導員	2	1	1	1.6
計画作成担当者	2	2	0	1
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	2	2	0	2
その他職員	18	10	8	5.9
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	66	8	58
実務者研修の修了者	9	0	9
初任者研修の修了者	16	2	14
介護支援専門員	0	0	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	0	0	0
理学療法士	1	1	0
作業療法士	1	0	1
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 30 分 ～ 9 時 30 分 ）	
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	1 人	1 人
介護職員	3 人	3 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）	2.43	：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		2　なし							
		業務に係る資格等		1　あり							
				1　ありの場合							
				資格等の名称		介護支援専門員					
		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			3	3	4						
前年度1年間の退職者数			4	2	6						
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	1						
	１年以上３年未満			1	2	1				1	
	３年以上５年未満			3	3	1				1	
	５年以上10年未満				1						
	10年以上	3	4	5	5			1	1		

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>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>4　選択方式</td></tr>
<tr><td>4　選択方式の場合、該当する方式を全て選択</td></tr>
<tr><td>（　）　全額前払い方式
（○）　一部前払い・一部月払い方式
（○）　月払い方式</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">年齢に応じた金額設定</td><td>1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護状態に応じた金額設定</td><td>2　なし</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>1　減額なし</td></tr>
<tr><td>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</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用料金の改定</td><td>条件</td><td>当該施設が所在する地域の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改定を行う場合があります。</td></tr>
<tr><td>手続き</td><td>運営懇談会の意見を聴いて同意を得たうえで改定するものとします。</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3		要介護1	
	年齢		80～84	歳	80～84	歳
居室の状況	床面積		18.2	㎡	18.2	㎡
	便所		１　有		１　有	
	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		5,775,000	円		円
	敷金			円		円
月額費用の合計			274,530	円	324,745	円
	家賃		55,000	円	110,000	円
	サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	24,690	円	19,905	円
		介護保険外※2 食費	59,520	円	59,520	円
		管理費	143,000	円	143,000	円
		介護費用		円		円
		光熱水費		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	・当該目的施設の開発費、建物賃借料、修繕費、借入利息、管理事務費等を含む 総費用を、平均的な余命等を勘案して、1室あたりの月額費用を算出したものとして設定。
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。	

管理費	事務管理部門及び日常生活支援サービス提供のための人件費、事務費、共用施設等の維持管理費を基礎として設定
食費	食材費及び厨房委託費を基礎として設定
光熱水費	個別メータにより実費
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	基本報酬、加算の利用者負担分（介護保険負担割合証に記載される負担割合 (1～3割)
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）	
※ 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

<table>
<tr><td colspan="2">算定根拠</td><td colspan="2">有料老人ホーム設置運営指導指針及び事務連絡（平成24年3月16日発）で示された算式及び公益社団法人全国有料老人ホーム協会 入居者生活保証制度データ</td></tr>
<tr><td colspan="2">想定居住期間（償却年月数）</td><td>48～120</td><td>ヶ月</td></tr>
<tr><td colspan="2">償却の開始日</td><td colspan="2">入居日</td></tr>
<tr><td colspan="2">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）</td><td>660,000～5,250,000</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">初期償却率</td><td>20</td><td>%</td></tr>
<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 colspan="2">返還金額 （下記ア＋イ）
ア．【前払金－初期償却額】－【入居日から契約終了日までの利用料】
イ．前払金のうち、 非返還対象分の額</td></tr>
<tr><td>入居後３月を超えた契約終了</td><td colspan="2">前払金×80%（想定居住期間の償却率）÷（入居日から償却期間満了日までの実日数）×（契約終了日から償却期間満了日までの実日数）</td></tr>
</table>

前払金の保全先	1　全国有料老人ホーム協会	
	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	27	人
	女性	58	人
年齢別	65歳未満	7	人
	65歳以上75歳未満	6	人
	75歳以上85歳未満	10	人
	85歳以上	62	人
要介護度別	自立	1	人
	要支援１	7	人
	要支援２	4	人
	要介護１	20	人
	要介護２	15	人
	要介護３	12	人
	要介護４	19	人
	要介護５	7	人
入居期間別	６ヶ月未満	14	人
	６ヶ月以上１年未満	7	人
	１年以上５年未満	47	人
	５年以上10年未満	17	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	85.6	歳
入居者数の合計	85	人
入居率※	98.7	%
※ 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	3	人
	社会福祉施設	0	人
	医療機関	2	人
	死亡	19	人
	その他	2	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	5	人
		（解約事由の例）	
		・長期入院の為 ・自宅復帰の為 ・他施設転居	

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1										
窓口の名称		施設苦情相談窓口 担当者　施設長　大橋 将人								
電話番号		044		－	862		－	8550		
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	18	時	0	分
	土曜	9	時	0	分	～	18	時	0	分
	日曜・祝日	9	時	0	分	～	18	時	0	分
定休日		年中無休								

窓口2

窓口の名称		本社　お客様相談室								
電話番号		03		－	5475		－	7558		
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	18	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・年末年始								

窓口3

窓口の名称		川崎市健康福祉局　長寿社会部　高齢者事業推進課								
電話番号		044		－	200		－	2910		
対応している時間	平日	8	時	30	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・年末年始								

窓口4

窓口の名称		神奈川県国民健康保険団体連合会								
電話番号		045		－	329		－	3447		
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・年末年始								

窓口5

窓口の名称		公益社団法人全国有料老人ホーム協会 入居・苦情相談窓口								
電話番号		03		－	5207		－	2760		
対応している時間	平日	10	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・年末年始								

（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	介護保険・社会福祉事業者総合保険：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
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	事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、入居者の故意によるもの等を除いて損害を賠償します
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	1　あり		
	1　ありの場合		
		実施日	随時
		結果の開示	2　なし
第三者による評価の実施状況	1　あり		
	1　ありの場合		
		実施日	2025/3/6
		評価機関名称	株式会社　R-CORPORATION
		結果の開示	1　あり

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	1　入居希望者に公開

10 その他

<table>
<tr><td rowspan="5">運営懇談会</td><td colspan="3">1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="3">1　ありの場合</td></tr>
<tr><td colspan="3">（開催頻度）年 2 回</td></tr>
<tr><td colspan="3">2　なしの場合</td></tr>
<tr><td colspan="3"><table><tr><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td rowspan="5">高齢者虐待防止のための取組の状況</td><td colspan="3">1　代替措置ありの場合</td></tr>
<tr><td colspan="3">（内容）</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催</td><td colspan="2">1　あり</td></tr>
<tr><td>指針の整備</td><td colspan="2">1　あり</td></tr>
<tr><td>研修の定期的な実施</td><td colspan="2">1　あり</td></tr>
<tr><td>担当者の配置</td><td colspan="2">1　あり</td></tr>
<tr><td rowspan="5">身体的拘束等廃止のための取組の状況</td><td>身体拘束適正化委員会の開催</td><td colspan="2">1　あり</td></tr>
<tr><td>指針の整備</td><td colspan="2">1　あり</td></tr>
<tr><td>研修の実施</td><td colspan="2">1　あり</td></tr>
<tr><td rowspan="2">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）</td><td>2　なし</td></tr>
<tr><td>1　ありの場合</td><td>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</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">業務継続計画の策定状況等</td><td colspan="2">感染症に関する業務継続計画（BCP）</td><td>1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="2">災害に関する業務継続計画（BCP）</td><td>1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="2">従業者に対する周知の実施</td><td>1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="2">定期的な研修の実施</td><td>1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="2">定期的な訓練の実施</td><td>1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="2">定期的な見直し</td><td>1　あり</td></tr>
<tr><td rowspan="3">提携ホームへの移行
【表示事項】</td><td colspan="3">2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">1　ありの場合</td></tr>
<tr><td>提携ホーム名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">1　あり</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">2　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="3">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</td><td colspan="3">2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">1　ありの場合</td></tr>
<tr><td>合致しない事項がある場合の内容</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

	不適合事項がある場合の内容	

備考

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。