

## 重要事項説明書

記入年月日	令和7年1月1日
記入者名	所崎 重夫
所属・職名	施設長(管理者)

### 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) かぶしきがいしゃ こうりえん	
	株式会社 光里苑	
主たる事務所の所在地	〒899-2101 鹿児島県いちき串木野市湊町 2744 番地 1	
連絡先	電話番号	0996-29-5575
	FAX 番号	0996-29-5576
	メールアドレス	<a href="mailto:ch_kourien@seishin-kai.org">ch_kourien@seishin-kai.org</a>
	ホームページアドレス	<a href="http://www.seishin-kai.org/ke/">http://www.seishin-kai.org/ke/</a>
代表者	氏名	堂下 豪
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 24 年 4 月 24 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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む こうりえん	
	介護付有料老人ホーム 光里苑	
所在地	〒899-2101 鹿児島県いちき串木野市湊町 2744 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 市来駅
	交通手段と所要時間	○南九州西周り自動車道「市来 IC」より車で 5 分 ○鹿児島交通バス「市来郵便局」下車、徒歩 10 分
連絡先	電話番号	0996-29-5575
	FAX 番号	0996-29-5576
	メールアドレス	<a href="mailto:ch_kourien@seishin-kai.org">ch_kourien@seishin-kai.org</a>
	ホームページアドレス	<a href="http://www.seishin-kai.org/ke/">http://www.seishin-kai.org/ke/</a>
管理者	氏名	所崎 重夫
	職名	施設長
建物の竣工日	平成 25 年 8 月 10 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 25 年 8 月 19 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	介護保険事業者番号	4670500356 号
	指定した自治体名	鹿児島県
	事業所の指定日	平成 25 年 8 月 18 日
	指定の更新日 (直近)	令和 元年 8 月 18 日
	1 又は 2 に該当する場合	

3. 建物概要

土地	敷地面積	5,044 m <sup>2</sup>				
	所有関係	① 事業者自ら所有する土地				
		② 事業者が貸借する土地 (所有者名 (株)リミコーポレーション)				
		抵当権の有無	① あり ② なし			
所有関係	契約期間	① あり (平成 25 年 8 月 1 日～令和 25 年 7 月 31 日) ② なし				
	契約の自動更新	① あり ② なし				
	延床面積	全体	2,993.4 m <sup>2</sup>			うち老人ホーム部分
建物	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 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 事業者が貸借する建物				
抵当権の有無		① あり ② なし				
所有関係	契約期間	① あり ② なし				
	契約の自動更新	① あり ② なし				
	居室区分 【表示事項】	① 全室個室 ② 相部屋あり				
居室の状況	最少	-				
	最大	-				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分
タイプ 1	(有) / 無	有 / (無)	20.3 m <sup>2</sup>	50	介護居室個室	
共用施設	共用便所における便房	4 ヲ所	うち男女別の対応が可能な便房		0 ヲ所	
			うち車椅子等の対応が便房		4 ヲ所	
	共用浴室	6 ヲ所	個室		6 ケ所	
			大浴場		0 ヲ所	
	共用浴室における介護浴槽	0 ヲ所	チェア浴		0 ケ所	
			リフト		0 ケ所	
			ストレッチャー浴		0 ヲ所	
その他 (個浴にリフトを設置可)						
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 ② なし					
エレベーター	① あり (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	① あり	2 なし	
	自動火災報知設備	① あり	2 なし	
	火災通報設備	① あり	2 なし	
	スプリンクラー	① あり	2 なし	
	防火管理者	① あり	2 なし	
	防災計画	① あり	2 なし	
緊急通報 装置等	居室	1 あり	2 一部あり	③ なし
	便所	1 あり	2 一部あり	③ なし
	浴室	1 あり	2 一部あり	③ なし
	その他 ( )	1 あり	2 一部あり	③ 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	急増する介護を必要とする高齢者の保護のため、その健康状態や生活のニーズに適した施設サービスを提供できる場所をつくり、老後のより快適で安全な生活環境を提供するとともに、ご入居の皆様の人権の尊重ならびに人格の尊厳や関係法令を遵守し、高齢者がその持てる能力を発揮し生きがいのある豊かな暮らしができるよう、まごころ溢れる優しい施設を造る。
サービスの提供内容に関する特色	当ホームは、常時介護を必要とされる方のご利用が可能な有料老人ホームです。日常生活から受診に至るまで原則として、施設職員が支援させていただきます。また、入居費用等につきましては、この重要事項説明書「6. 利用料金」でご確認ください。お願いいたします。当ホームでは職員一同、利用者様第一主義で、誠心誠意、介護させていただきます。
入浴、排泄又は食事の介護	① 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 ※調理は委託
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 ② 委託 3 なし ※洗濯は委託
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)	1 あり	② なし
		(II)	① あり	2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	② なし
		(II)	① あり	2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	① あり	2 なし
		(II)	① あり	2 なし
	ADL 維持等加算	(I)	① あり	2 なし
		(II)	1 あり	② なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり	② なし
		(II)	① あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	① あり	2 なし	
	協力医療機関連携加算	(I)	① あり	2 なし
		(II)	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	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり (2) なし
	退院・退所時連携加算	(1) あり 2 なし
	退居時情報提供加算	(1) あり 2 なし
	看取り介護加算	(I) (1) あり 2 なし
		(II) 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
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I) 1 あり (2) なし
		(II) 1 あり (2) なし
	生産性向上推進体制加算	(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) 1 あり (2) なし
		(II) (1) あり 2 なし
		(III) 1 あり (2) なし
科学的介護推進体制加算	(1) あり 2 なし	
新興感染症等施設療養費	(1) あり 2 なし	
介護職員等処遇改善加算	(I) (1) あり 2 なし	
	(II) 1 あり (2) なし	
	(III) 1 あり (2) なし	
	(IV) 1 あり (2) なし	
(※) の入居継続支援加算とサービス提供体制強化加算は、いずれか片方のみの算定になります。		
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
	(2) なし	

(医療連携の内容)

医療支援	(1) 救急車の手配 (2) 入退院の付き添い (3) 通院介助 ※原則として協力医療機関に限る 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	医療法人誠心会 前原総合医療病院
		住所	鹿児島県日置市伊集院町妙円寺 1-1-6
		診療科目	整形外科・内科・ペインクリニック内科・リウマチ科・リハビリテーション科・呼吸器外科・消化器外科・循環器内科・放射線科・麻酔科・眼科・耳鼻咽喉科・歯科・小児歯科・口腔外科
		協力科目	他の専門医療機関への紹介、訪問診療、居宅療養管理指導等
		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		(1) あり 2 なし
	2	名称	医療法人誠心会 湯之元記念クリニック
		住所	鹿児島県日置市東市来町湯田 3614 番地
		診療科目	一般内科・眼科・整形外科・リハビリテーション科
		協力科目	他の専門医療機関への紹介、訪問診療、居宅療養管理指導等
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 2 なし
	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 なし	

新興感染症発症時に連携する医療機関	1 あり	医療機関の名称	
		医療機関の住所	
	2 なし		
協力歯科医療機関	名称	医療法人誠心会 前原総合医療病院 歯科	
	住所	鹿児島県日置市伊集院町妙円寺 1-1-6	
	協力科目	他の専門医療機関への紹介、訪問診療、居宅療養管理指導等	
	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 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者	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	<p>① 要支援 1 以上の方</p> <p>② ご入居時において健康保険（扶養家族を含む）・介護保険に加入されている方。</p> <p>③ 光里苑の運営趣旨をご理解いただき、入居者としての品位を保つとともに、他の入居者との共同生活を円満に営むことができると認められる方。</p> <p>④ 入居後の諸費用を安定してご負担できる方。</p> <p>⑤ 他の入居者に伝染する疾患のない方。</p> <p>⑥ 自傷他害のおそれのない方。</p> <p>⑦ 喫煙をされない方。</p> <p>⑧ 喀痰吸引を常時必要とされない方。</p>		
契約の解除の内容	<p>① 入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居したとき。</p> <p>② 介護居室を住居以外の目的で使用したとき。</p> <p>③ 介護居室を他に転貸したとき。</p> <p>④ 月額利用料その他、当施設に支払うべき費用の支払いを怠り 2 ヶ月以上滞納し、30 日の予告期間が満了したとき。</p> <p>⑤ 医師の判断により医療機関への入院が長期に及ぶと判断されたとき。</p> <p>⑥ 長期にわたり連絡のない不在等により、本契約を継続する意思がないと当施設が判断したとき。</p> <p>⑦ 他の入居者に暴力、騒音を立てるなど他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあるとき。また、通常の介護方法では転倒骨折などの事故を防止できないとの医師の意見を得て、当施設が判断したとき。</p> <p>⑧ 禁止又は制限される行為等に違反したとき。</p> <p>※ 入居者の方が契約を解除しようとするときは、60 日前に申し入れをして解約することができます。ただし、2 ヶ月分の管理料及び施設利用料を支払って即時解約することができます。解除又は解約する返還金の返還期日は、介護居室明け渡し日より 1 ヶ月以内となります。なお、退去する場合は、介護居室のリフォーム(原状回復、個人付加設備の撤去等)費用の実費をご負担いただくこととします。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 29 条	
	解約予告期間	30 日	
入居者からの解約予告期間	解約条項	入居契約書 第 30 条	
	解約予告期間	60 日	

体験入居の内容	① あり (内容：原則として1泊2日以内で体験入居ができます。宿泊費は無料ですが、食費は実費ご負担いただきます。体験入居の手続きは指定の申込書がございますので、お気軽にお申し出ください。(介護保険は適用されません。)ただし、体験入居のできる部屋が空いている場合に限りです。) ② なし
入居定員	50名
その他	全館に手すり等を設置しておりますが、個々に応じた手すり等が必要な場合、ご相談に応じ実費負担にて設置可能です(ただし、ご退去の際の撤去費用はご負担いただきます)。

## 5. 職員体制

(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	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	24	17	7	20.2
介護職員	20	14	6	17.2
看護職員	4	3	1	3.0
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	(委託)	(委託)	(委託)	(委託)
調理員	(委託)	(委託)	(委託)	(委託)
事務員	1	1	0	1.0
その他職員	4	3	1	3.7
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	12	9	3
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	3	2	1
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	0	0	0
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	1	1	0

(日勤を行う看護・介護職員の人数)

日勤帯の設定時間 (8時30分～17時30分)		
	最小時人数 (休憩者等を除く) ※1 ※2	最大時人数 ※1
看護職員	2 人	4 人
介護職員	4 人	11 人
※1 同じ日勤時間帯でも、勤務シフトや他事業所との兼務等の状況によって人数が変動するため、出勤簿を参考に、職員が少ない時間帯と多い時間帯を考慮して記載する。 ※2 「最小時人数」は、休憩時間帯等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～翌朝9時)	夜勤帯のうち休憩時間 ( 1 時間 00 分 )	
	平均人数 ※1	最小時人数 (休憩者等を除く) ※2
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	1 人
※1 常時従事している「平均人数」を整数で記入。宿直者は人数に含まない。 ※2 「最小時人数」は、休憩時間帯等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。仮に、夜勤1人の場合、最小時人数は「0人」となる。なお、宿直者は人数に含まない。		

(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	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 b 2 : 1 c 2.5 : 1 d 3 : 1
	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)	3.6 : 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		

(職員の状況)

管理者	他の職種との兼務		1 あり (2) なし								
	業務に係る資格等		(1) あり								
			資格等の名称	社会福祉主事							
			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	0	1	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した職員の数に 応じた職員の人数	1年未満	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0
	3年以上 5年未満	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0
	10年以上	1	0	6	0	0	0	1	0	0	0
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	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		
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)の取り扱い	(1) 減額なし(家賃及び管理費は徴収する) 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	入居契約書第27条
	手続き	入居者及び身元保証人へ事前に通知



(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5	
	年齢	85歳	97歳	
居室の状況	床面積	20.3㎡	20.3㎡	
	便所	①有 2無	①有 2無	
	浴室	1有 ②無	1有 ②無	
	台所	1有 ②無	1有 ②無	
入居時点で必要な費用	前払金	なし	なし	
	敷金	なし	なし	
月額費用の合計		127,250円	135,380円	
家賃		50,000円	50,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用 ※1	17,550円	25,680円	
	※2 介護保険外	食費	44,700円	44,700円
		管理費	15,000円	15,000円
		介護費用	なし	なし
		水光熱費	管理費に含む	管理費に含む
		その他(冷蔵庫他)	0円	0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	家賃減免制度を設け、要望があれば家賃減免審査会による入居者個々に応じた家賃設定を行う。(0円～50,000円)
敷金	なし
介護費用	介護保険サービス利用により、サービス提供を行う。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務・運営管理にかかる費用。
食費	食事提供は委託とし、食材料費、消耗品費、衛生管理費、人件費を含み、摂食数に関係なく、1日あたり1,490円(事前キャンセルを除く)。
光熱水費	管理費に含む ※個人利用及び共用施設・設備の維持にかかる実使用量による日額とする。
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等(税別)	下拭きタオル利用料：1枚当たり(小)9円 (大)13円 ボックスシーツ：1日あたり 69円 防水シート：1日あたり 25円生 生活セット(シャンプー・リンス・ティッシュ・マスクを施設提供分の利用：1日あたり 40円 ※介護用品費は別途実費負担、放送受信料等や電話料等は別途個別で契約

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

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	各利用者の負担割合に応じた額とする。
※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。	

7. 入居者の状況【令和6年12月1日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	15人	年齢別	65歳未満	0人	
	女性	32人		65歳以上 75歳未満	0人	
要介護度別	自立	1人	75歳以上 85歳未満	75歳以上 85歳未満	10人	
	要支援 1	1人		85歳以上	37人	
	要支援 2	1人		入居期間別	6ヶ月未満	10人
	要介護 1	11人			6ヶ月以上 1年未満	7人
	要介護 2	9人	1年以上 5年未満		25人	
	要介護 3	7人	5年以上 10年未満		4人	
	要介護 4	10人	10年以上 15年未満		1人	
	要介護 5	8人	15年以上		0人	

(入居者の属性)

平均年齢	90.7歳
入居者数の合計	47人
入居率※	94.0%
※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	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	8人
	死亡者	8人
	その他	14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	0人
		(解約事由の例)

## 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		介護付有料老人ホーム 光里苑 (苦情処理に関する体制を整備。入居者からの苦情内容には守秘義務を課し速やかに対応。苦情申し出による差別的な待遇は一切行わない。) 苦情処理責任者：管理者 所崎 重夫 苦情処理担当者：生活相談員 宇都宮 数子
電話番号		0996-29-5575
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~16:30
定休日		なし
窓口の名称		いちき串木野市 長寿介護課介護保険係 (各市町村介護保険課)
電話番号		0996-33-5673 (それぞれ各市町村介護保険課にご連絡ください)
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土日・祝祭日・年末年始(12月29日~1月3日)
窓口の名称		鹿児島県国民健康保険団体連合会 介護保険課
電話番号		099-206-1084
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土日・祝祭日・年末年始(12月29日~1月3日)
窓口の名称		鹿児島県くらし保健福祉部 高齢者生き生き推進課 (介護保険室)
電話番号		099-286-2674
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土日・祝祭日・年末年始(12月29日~1月3日)
窓口の名称		福祉サービス運営適正化委員会 (社会福祉協議会内)
電話番号		099-286-2200
対応している時間	平日	9:00~16:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土日・祝祭日・年末年始(12月29日~1月3日)
窓口の名称		鹿児島県地域振興局 保健福祉環境部 地域保健福祉課
電話番号		099-272-6301
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土日・祝祭日・年末年始(12月29日~1月3日)

窓口の名称	鹿児島県土木部建設課住宅政策室	
電話番号	099-286-3740	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日	土日・祝祭日・年末年始(12月29日~1月3日)	

(サービス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	(その内容) サービス提供時間内に発生した事故に対しては、ご家族・県及び市町村介護保険担当課並びに居宅支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 また、賠償すべき事故に対しては、当事業所加入の損害保険により、その範囲内において賠償いたします。
	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	① あり	(その内容) 事故発生の原因究明・分析をし、今後の再発防止策を講じます。
	② なし	
事故対応及びその予防のための指針	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を把握する取組の状況	① あり	実施日	令和3年2月
		結果の開示	① あり 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
	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	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	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	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	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	③ 公開していない
※いずれも施設長の許可を要する			

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 2 回	
	2 なし		
	1 代替措置あり	(内容)	
	2 代替措置なし		
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	2 なし
	指針の整備	①あり	2 なし
	研修の定期的な実施	①あり	2 なし
	担当者の配置	①あり	2 なし
身体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	2 なし
	指針の整備	①あり	2 なし
	研修の実施	①あり	2 なし
	緊急やむ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(身体拘束等)	①あり 1 ありの場合	2 なし 身体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得ない場合の理由の記載
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	2 なし
	災害に関する業務継続計画(BCP)	①あり	2 なし
	従業員に対する周知の実施	①あり	2 なし
	定期的な研修の実施	①あり	2 なし
	定期的な訓練の実施	①あり	2 なし
	定期的な見直し	①あり	2 なし
提携ホームへの移行	1 あり(提携ホーム名: ) 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	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、届出が必要		
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 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	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 適合していない		
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり ② なし		
不適合事項がある場合の内容			

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

私は、貴社の施設「介護付有料老人ホーム 光里苑」に入居するにあたり、貴社職員から重要事項説明書について説明を受け、受領しました。

入居者の氏名 \_\_\_\_\_ (印)

説明を受け同意をされた方（本人又は家族）の氏名 \_\_\_\_\_ (印)

入居者の氏名を代筆された方の氏名（本人自署の場合は未記入） \_\_\_\_\_ (印)

本人に代わって代筆した理由 \_\_\_\_\_