

ライフハウス鶴舞公園
重要事項説明書

記入年月日	2020年4月1日
記入者名	高田 浩肇
所属・職名	ハウス長

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) かぶしきがいしゃせいかつかがくうんえい 株式会社生活科学運営	
主たる事務所の所在地	〒108-0014 東京都港区芝四丁目2番3号	
連絡先	電話番号	03-5427-3177
	FAX番号	03-5427-3171
	ホームページアドレス	http://www.seikatsu-kagaku.co.jp/
代表者	氏名	野本 久
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成3年9月26日	
主な実施事業	※別添1 (別々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) ライフハウスツルマコウエン ライフハウス鶴舞公園	
所在地	〒460-0012 愛知県名古屋市中区千代田四丁目5-3	
主な利用交通手段	最寄駅	市営地下鉄鶴舞線「鶴舞」駅 名城線「東別院」駅
	交通手段と所要時間	市営地下鉄鶴舞線「鶴舞」駅 徒歩8分(600m) 名城線「東別院」駅 徒歩11分(850m)
連絡先	電話番号	052-324-8860
	FAX番号	052-324-8861
	ホームページアドレス	http://www.seikatsu-kagaku.co.jp/nagoya/tsuruma/

管理者	氏名	高田 浩肇
	職名	ハウス長
建物の竣工日		平成29年10月31日
有料老人ホーム事業の開始日		平成29年12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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	県（市）
	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	1905.41 m ² （公簿面積）	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	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		
建物	延床面積	全体	6093.56 m ²
		うち、老人ホーム部分	5221.13 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他（ ）	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 地上11階建	
		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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物		
	抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	

			(2017年11月7日～2042年11月6日)		
			2 なし		
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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
タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	36.01～ 61.86 m ²	71 室	一般居室個室
※「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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	0ヶ所	
			大浴場	2ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	0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"/> あり (2階多目的室兼用)	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"/> なし			
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> あり	2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
その他	多目的室、サークル室、相談室、屋上庭園、トランクルーム*、駐車場 (来客用) 駐輪場 *印は使用料が別途かかります。				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の意思及び人格を尊重して、常に入居者の立場に立った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	<p>(自立支援サービス)</p> <p>退院後や要介護認定申請中、自立支援ケアプランに基づいたサービスをいたします。(※介護保険の申請を前提とした認定時までのサービス)</p> <p>(健康管理・増進サービス)</p> <p>健康診断のご案内(年1回は管理費内にて実施)、健康相談、毎日の安否確認、健康見守りサービス、健康体操など</p> <p>(治療への協力サービス)</p> <p>お見舞い、入退院時の対応、緊急時の対応など</p> <p>(食事サービス)</p> <p>1日3食の提供(食事代は実費)</p> <p>(生活相談・助言サービス)</p> <p>各種相談、助言など</p> <p>(生活サポートサービス)</p> <p>タクシーの手配、クリーニング店や宅配業者の取次ぎ、電球の取り替え、水つまり応急処置などのフロントサービス、病気時のおかゆ等軟食対応・配下膳・布団干し・簡単な居室清掃など</p> <p>(コミュニケーションサポートサービス)</p> <p>イベント企画、生きがい支援など</p> <p>(ハウスが提供する介護サービスの内容、頻度、費用負担)</p> <p>介護保険サービスを受ける場合は、訪問介護等の外部の在宅サービスを利用いただきます。</p> <p>また、ハウスは、希望により家事援助サービス等生活利便サービスを提供いたします。</p> <p>(事故発生時の対応)</p> <p>万一事故等が発生した場合には、事故対応マニュアルに基づき、応急措置、家族又は緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治医または119番に連絡をとる等、必要な措置を講じます。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。</p>
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

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	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	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	
	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	
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 ※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（お見舞い等）
協力医療機関	名称	医療法人 木村クリニック
	住所	名古屋市中区千代田 4 丁目 4-18
	診療科目	内科、消化器科、整形外科、眼科
	協力内容	居宅療養管理指導、緊急時往診、日常の健康相談、看護指導、健康診断の実施、他の医療機関に入院を要する場合の紹介

(入居後に居室を住みかえる場合) ※住みかえを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住みかえる場合 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 (会社の指定する他のハウス) <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()
判断基準の内容	一時的に、24時間の頻繁な見守り介護等が必要となった場合は、医師の意見を踏まえ、本人及び入居契約における身元引受人の意見を聴き、同意の上、会社の指定する他のハウスの一時介護室(介護居室を含む)で見守りを行います。
手続きの内容	一時介護室利用申し入れ書を提出いただきます。
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし 入居一時金の精算は致しませんが、管理費は他のハウス介護居室管理費お一人分をお支払いいただきます。
入居後に居室を住みかえる場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (提携ホームへ移行)
判断基準の内容	3ヶ月の観察期間の後、要介護認定重度又は在宅サービスを利用していた介護が困難になった場合には、以下①~③を確認の上、住みかえとして会社が指定する他のハウスの介護居室へ利用権を移行していただく場合があります。 ①入居者及び身元引受人の同意を得ること ②事業者の指定する医師の意見を聴くこと ③状況により管理規程に定める判定委員会の判定に従うこと
手続きの内容	付属契約書(住みかえ)の締結が必要です。 月額費用については、住みかえ先介護居室に準じます。
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし 二人入居され、どちらか一方が介護居室へ移った場合は、介護居室利用料(60,000円/月)を別途お支払いいただくことで利用権を取得いただけます。この場合の管理費は一般居室管理費がお一人分となりますが、別途住みかえ先介護居室管理費お一人分をお支払いいただきます。他、月額費用についても、住みかえ先介護居室に準じます。
居室利用権の取扱い	一般居室から住みかえ先の介護居室へ移行します。
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし

	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	<p>60歳以上の方。共同生活が円満にできる方。 二人入居の場合夫婦と限りません。親子、友人でも可能です。 自らおよび身元引受人等が反社会的勢力に該当しないこと。</p>		
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく3ヶ月以上遅滞したとき ・居室の転貸・交換をしたとき ・入居者が、禁止又は制限される行為の規定に違反したとき ・入居者の言動が、他者の生命等に危害を及ぼし、ないしは、その危害の切迫したおそれがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき。ただし、1室2人入居の場合は、事業者はどちらか一方だけに該当させることがある。 ・入居者に限らずその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等による、他者に対するハラスメント等により、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき又は支障をきたす具体的な危険があるとき。ただし、1室2人入居の場合は、事業者はどちらか一方だけに該当させることがある。 ・連帯保証人、身元引受人又は返還金受取人（以下、連帯保証人等という）が、反社会的勢力に該当しているとき。ただし、事業者が入居者へ連帯保証人等を変更するよう求め、入居者がこれに応じたときは該当させないことがある。 		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 32 条	
	解約予告期間	6ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 1泊2食（夕食、朝食）付き 7,000 円（消費税込 7,700 円） 2 なし		
入居定員	142人		
その他	連帯保証人・身元引受人・返還金受取人の役割を担う方をお一人ずつ定めていただきます。それぞれの役割は、兼ねることができます。		

	<p>連帯保証人：入居者とともに金銭債務を履行する責任</p> <p>身元引受人※：入居者の生活に関し、事業者との連絡・協議及び入居者の身柄の引き取り</p> <p>返還金受取人：返還金が生じた場合の受取</p> <p>※身元引受人がたてられない方は、事業者指定の公正証書を別途締結いただきます。(別途手数料がかかります。)</p> <p>(ペットの飼育)</p> <p>別途誓約書を提出のうえ飼育が可能です。</p>
--	---

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と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

(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	
ハウス長	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員	2		2	
介護職員				
看護職員	2		2	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1	1		
調理員	1	1		
事務員	1		1	
生活コーディネーター	7	3	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
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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 (18時～翌9時15分)		※但し宿直として	
	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	人	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)	: 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 2 なし							
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称								
		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										
前年度1年間の退職者数										
応じた業務に従事した経験年数に あつた職員の人数	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
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	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が6ヶ月以上の場合に限り、管理費については7ヶ月目より半額(お二人の場合はお一人分)となります。

利用料金の改定	条件	所在地の自治体等が発表する消費者物価指数及び人件費、近隣同種の家賃、費用額、その原価の上昇等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で行います。
	手続き	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (一部月払い)	プラン2 (月払い)	
入居者の状況	要介護度	自立	自立	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	36.01 m ²	36.01 m ²	
	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	18,910,000円	－円	
	敷金	－円	492,000円	
月額費用の合計		187,000円 (消費税込 198,000円)	321,000円 (消費税込 332,000円)	
家賃		30,000円	164,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	－円	－円	
	介護保険外 ^{※2}	食費*1	63,000円 (消費税込 69,000円)	63,000円 (消費税込 69,000円)
		管理費*2	94,000円 (消費税込 99,000円)	94,000円 (消費税込 99,000円)
		介護費用	－円	－円
		光熱水費	実費	実費
		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)

*1 食費は、1ヶ月を30日とし、全食注文した場合の金額です。お支払いは注文した分のみとなります。

朝食：442円(消費税込 477円※)

昼食：796円(消費税込 875円※)

夕食：862円(消費税込 948円※)

※有料老人ホームにおける食費(飲食料品の提供の対価)に係る消費税率については、一食640円以下、一日累計額1,920円に達するまでは、軽減税率(8%)の対象となります。

*2 管理費は下表の通りとなります。

		お一人	お二人
管理費		99,000 円	154,000 円
(内訳)	共益費相当	44,000 円	66,000 円
	その他使途	50,000 円	80,000 円
	消費税	5,000 円	8,000 円

その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料

- ・ トランクルーム 5,000 円 (消費税込 5,500 円) /月
- ・ CATV 料金 一戸 500 円 (消費税込 550 円) /月
- ・ 町内会費 1,500 円 (1 年分)

別途、個人の選択による損害賠償保険にご加入いただきます。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
月額家賃	ハウス (居室及び共用施設等) を利用するための費用相当額
敷金 (月払い方式のみ)	月額家賃の 3 ヶ月相当額
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	共益費相当：共用施設等の維持管理費 その他使途：事務、管理部門の person 費、自立支援サービス提供の為の person 費、備品、消耗品費に係る費用相当額
食費	食材費、調理員の person 費、光熱水費、消耗品に係る費用相当額
光熱水費	－
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	person 費を勘案したサービスごとの価格設定 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	
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)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領)

算定根拠		家賃相当額 × 想定居住期間 + 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	
想定居住期間 (償却年月数)		契約時年齢	想定居住期間
		70 歳～74 歳	20 年 (240 ヶ年)
		75 歳～79 歳	13 年 (156 ヶ年)
		80 歳～84 歳	10 年 (120 ヶ年)
		85 歳～	7 年 (84 ヶ年)
		※お二人入居の場合には、いずれか若い方の年齢が対象となります。	
償却の開始日		入居日(鍵の引き渡し日)	
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)		入居一時金の 15%相当額	
初期償却率		15%相当	
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	【一部月払い方式】 入居日より 3 ヶ月以内の解約の場合は、入居日から契約終了日までに係る日割り分及び原状回復費等未精算金を差し引いて全額返還します。 $\text{返還金} = \text{入居一時金} - (\text{家賃} \div 30 \times \text{入居日数}) - \text{原状回復費等未精算金}$	
	入居後 3 月を超えた契約終了	【一括払い方式・一部月払い方式】 想定居住期間の家賃の前払分のうち、未経過の期間の家賃額から原状回復費等未精算金を差し引いて返還します。 $\text{返還金} = \text{入居一時金のうち想定居住期間の家賃の前払分} - (\text{家賃} \times \text{経過月数}^{\ast}) - \text{原状回復費等未精算金}$ ※入居日及び契約終了日が属する月は日割り計算	
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	7人
	女性	43人
年齢別	65歳未満	6人
	65歳以上 75歳未満	11人
	75歳以上 85歳未満	28人
	85歳以上	5人
要介護度別	自立	47人
	要支援 1	1人
	要支援 2	2人
	要介護 1	0人
	要介護 2	0人
	要介護 3	0人
	要介護 4	0人
	要介護 5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	12人
	6ヶ月以上 1年未満	8人
	1年以上 5年未満	30人
	5年以上 10年未満	0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	76.5歳
入居者数※の合計	50人
入居率※※	35.2% (契約率 63.4%)

※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。

※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	1人
	死亡者	0人
	その他	2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	3人
		(解約事由の例) 自己都合等

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) ※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		ライフハウス鶴舞公園
電話番号		052-324-8860
対応している時間	平日	9:00～17:30
	土曜	9:00～17:30
	日曜・祝日	9:00～17:30
定休日		なし（但し、事情により即時に対応できない場合は後日回答となる場合があります。）
窓口の名称		本社 ご入居者相談窓口
電話番号		0120-045-485
対応している時間	平日	10:00～17:00
	土曜	10:00～17:00
	日曜・祝日	10:00～17:00
定休日		なし（但し、事情により即時に対応できない場合は後日回答となる場合があります。）
窓口の名称		本社 個人情報管理係
電話番号		0120-045-485
対応している時間	平日	10:00～17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・祝日

(外部の苦情処理機関)

窓口の名称		名古屋市健康福祉局介護保険課指導係
電話番号		052-972-3087
対応している時間	平日	8:45～17:30
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土・日・祝日・年末年始
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		03-3548-1077
対応している時間	平日	月・水・金 10:00～17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		火・木・土・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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) サービスの提供にあたっては、施設賠償責任保険等に加入しております。万が一事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合には、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して加入している保険により損害を賠償します。但し、入居者に重大な過失がある場合は、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) 事故防止・対応マニュアルにもとづき、対応します。
	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	2018年2月1日
		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
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<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
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 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: ライフ&シニアハウス千種、ライフ&シニアハウス神宮南井田) 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添1（事業者が運営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）

★ 私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

入居者氏名 _____ 印

入居者氏名 _____ 印

説明年月日 _____ 年 月 日

説明者署名 _____ 印

K-J-39-14

別添 1 事業者が名古屋市内で運営する他の介護サービス事業

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	ライフ&シニアハウス千種(他1ヶ所)	名古屋市中区新栄3丁目
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	ライフ&シニアハウス千種(他1ヶ所)	名古屋市中区新栄3丁目
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		
＜総合事業＞				
予防専門型訪問サービス	あり	なし		
生活支援型訪問サービス	あり	なし		
予防専門型通所サービス	あり	なし		
ミニデイ型通所サービス	あり	なし		
運動型通所サービス	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		
介護医療院	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
自立					自立支援サービス適用時 ※※						
一時金及び月額利用料を含むサービス	備考	有料老人ホームが実施するサービス（介護保険外のサービス）			一時金及び月額利用料を含むサービス	備考	有料老人ホームが実施するサービス（介護保険外のサービス）				
		月額利用料等を含む ※3	その都度徴収 ※3	料金			月額利用料等を含む ※3	その都度徴収 ※3	料金		
なし	あり	なし	あり		なし	あり	なし	あり			
<介護サービス>											
○巡回・安否確認											
・昼間 9:00～17:00	○	1回/日(ボード)	○		○	1回/日(ボード)	○				
・夜間 17:00～9:00	○	必要時見守り※2	○		○	必要時見守り※2	○				
○食事介助											
○排泄											
・排泄介助			○		○		○				
・おむつ交換			○		○		○				
・おむつ代			○	○	実費	○	○	○	○	実費	
○入浴等											
・清拭			○		○		○				
・一般浴介助			○		○		○				
・特浴介助			○		○		○				
○身辺介助											
・体位変換			○		○		○				
・居室からの移動			○		○		○				
・衣服の着脱			○		○		○				
・身だしなみ介助			○		○		○				
○生活リハビリ											
○通院の付き添い（病院一覧表内）											
	○	初回のみ	○	○	再診時350円/10分	○	必要時	○			
○通院の付き添い（病院一覧表外）											
	○		○	○	必要時350円/10分	○		○		必要時350円/10分	
○外出介助											
	○		○	○	必要時350円/10分	○	個別対応散歩（週1回）	○		必要時350円/10分	
○緊急時対応											
・緊急通報装置	○	24時間対応	○			○	24時間対応	○			
<生活サービス>											
○家事											
・清掃	○		○	○	必要時350円/10分	○	週1回（指定日）	○		週2回以上350円/10分	
・洗濯	○		○	○	必要時350円/10分	○	週1回（指定日）	○		週2回以上350円/10分	
・環境整備	○	病気時のみ（目安10日間）	○			○	週1回	○			
・居室配膳・下膳	○	病気時のみ（目安10日間）	○	○	350円/10分	○	必要時	○			
○代行											
・買物	○		○	○	必要時350円/10分	○	週1回（指定日）	○		週2回以上350円/10分	
・役所手続き	○		○	○	必要時350円/10分	○	月1回（指定日）	○		月2回以上350円/10分	
・支払い代行（立替払い）	○	フロント対応のみ	○	○	必要時350円/10分	○	フロント対応のみ	○		必要時350円/10分	
・新聞・郵便物の管理	○	不在時のみ	○	○	必要時350円/10分	○	必要時	○			
・貴重品類の保管	○	入院、判断力低下等の場合	○	○	必要時350円/10分	○	入院、判断力低下等の場合	○		必要時350円/10分	
<健康管理サービス>											
・バイタルチェック	○		○	○	350円/10分	○	必要時	○			
・健康診断のご案内	○	年1回は管理費内にて実施	○			○	年1回は管理費内にて実施	○			
・健康相談	○	随時	○			○	随時	○			
・生活指導・栄養指導	○	随時	○			○	随時	○			
・薬の仕分け管理・服薬支援	○		○	○	必要時350円/10分	○	必要時	○			
・生きがい支援マネジメント	○		○			○	週1～3回	○			
入退院時・入院中のサービス※1											
・入退院時の付き添い	○	病院一覧表内（必要時）	○	○	病院一覧表外	○	病院一覧表内（必要時）	○		病院一覧表外	
・入院中の見舞い訪問（病院一覧表内）	○	1回/週	○	○	2回/週以上 350円/10分	○	1回/週	○		2回/週以上 350円/10分	
・入院中の見舞い訪問（病院一覧表外）	○		○	○	350円/10分	○		○		350円/10分	

※※自立支援サービスは、介護保険の申請を前提とした認定時までのサービスとなります。ハウス長の判断により、自立支援ケアプランに基づいたサービス提供を行います。

*1：入退院時、入院中のサービスに関わる費用については、全て病院一覧表を参照ください。

*2：一時的に頻繁な見守りが必要になった場合には、会社の指定する介護居室のあるハウスの一時介護室にて1ヶ月を目安に夜間見守りを行います。

注）上記サービスに関わる交通費は実費入居者負担です。但し、緊急時対応及び週1回の入院中の見舞い訪問については除きます。

※上記は、本体価格表記です。
別途、消費税（税率10%）を負担いただきます。
・100円（消費税込110円）
・350円（消費税込385円）

