

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 平成 29 年 4 月 1 日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社クローバー
代表者名	代表取締役 黒崎 寿雄
所在地	神奈川県平塚市馬入本町13-11
電話番号	0463-22-1233
ホームページアドレス	
資本金(基本財産)	資本金4,000万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	株式会社サン・ライフ (100%)
設立年月日	平成26年5月29日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)27,982,207円 (費用)33,687,560円 (損益)▲5,705,353円
主要取引金融機関	みずほ銀行
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> ( あずさ監査法人 )
他の主な事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老人ホーム事業</li> <li>・通所介護事業</li> <li>・訪問介護事業</li> </ul>

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※2 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	クローバーライフ平塚	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付(一般型・外部サービス利用型) ② 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件	1 自立 ② 要介護 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	1 県指定介護保険特定施設 (番号 _____、指定年月日 _____) 介護専用型・混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) ② 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	① 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	介護に関わる職員体制	: 以上
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可( _____ ) 2 提携ホーム移行型( _____ )
開設年月日	平成 29 年 4 月 1 日	
施設の管理者氏名	中野渡 勝也	
所在地	神奈川県平塚市東八幡二丁目4番8号	

電話番号	0463-71-6416																												
交通の便 ※3	J R東海道本線「平塚」駅 より神奈中バス10分「八幡公民館入口」バス停より徒歩3分																												
ホームページアドレス	-																												
敷地概要 ※4	権利形態 所有 ・ 借地 (借地の場合の契約形態) 通常借地契約・定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 年 月 日～ 年 月 日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・有 敷地面積 1359.30 m <sup>2</sup>																												
建物概要	権利形態 所有 ・ <b>借家</b> (借家の場合の契約形態) <b>通常借家契約</b> ・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 平成29年4月1日～ 平成44年3月11日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・ <b>有</b> 建物の構造 鉄骨造 地下 一階 地上 3階建 <b>耐火</b> ・準耐火・その他) 延床面積 1211.08 m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム 1020.97 m <sup>2</sup> ) 建築年月日 昭和60年5月7日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 <b>有料老人ホーム</b> ・その他( )																												
居室、一時介護室の概要	居室総数 47室 定員 47人(一時介護室を除く) (内訳)																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>47室</td> <td>10.05m<sup>2</sup>～ 12.15m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>一室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>一室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>一室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>一室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>一室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>一室</td> <td>m<sup>2</sup>～ m<sup>2</sup></td> </tr> </tbody> </table>				居室定員	室数	面積	居室	個室	47室	10.05m <sup>2</sup> ～ 12.15m <sup>2</sup>	うち2人定員	一室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	2人部屋(相部屋)	一室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	人部屋(相部屋)	一室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	一時介護室	個室	一室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	2人部屋(相部屋)	一室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>	人部屋(相部屋)	一室
	居室定員	室数	面積																										
居室	個室	47室	10.05m <sup>2</sup> ～ 12.15m <sup>2</sup>																										
	うち2人定員	一室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																										
	2人部屋(相部屋)	一室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																										
	人部屋(相部屋)	一室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																										
一時介護室	個室	一室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																										
	2人部屋(相部屋)	一室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																										
	人部屋(相部屋)	一室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>																										
共用施設・設備の概要(設置箇所、面積、設備の整備状況等)	共同生活室(エントケアの場合)	設置階	— ( m <sup>2</sup> )																										
	食堂	設置階	1階 食堂 ( 28.03m <sup>2</sup> )																										
	浴室(一般浴槽)	設置階	1階 ( 21.90m <sup>2</sup> )																										
	浴室(特別浴槽)																												
	一般浴槽と同一の場所に設置	設置階	1階 ( 21.90m <sup>2</sup> )																										
	便所	設置箇所	13箇所																										
	洗面設備	設置箇所	6箇所																										
	医務室(健康管理室)	設置階	— ( m <sup>2</sup> )																										
	談話室(談話スペース)	設置階	1階 ( 3.79m <sup>2</sup> )																										
	応接室/面談室	設置階	1階 ( 5.22m <sup>2</sup> )																										
	事務室	設置階	1階																										
	宿直室	設置階	—																										
	洗濯室	設置階	1、2、3階 (全て3.53m <sup>2</sup> )																										
	汚物処理室	設置階	1階																										

	看護・介護職員室	設置階 1階
	機能訓練室	設置階 1階 ( 28.03㎡) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (食堂)
	健康・生きがい施設	設置階 — ( ㎡)
	外来者宿泊室	設置階 — ( ㎡)
	エレベーター ※5	1基(うちストレッチャー搬入可1基)
	スプリンクラー	設置箇所 法令に基づき設置
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.08m~2.25m)
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 各居室及び共用施設(浴室、トイレ)にナースコールを設置 安否確認の方法・頻度等 適宜の居室見回り	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	通所介護事業所(弊社運営、事業所番号、107.01㎡) 訪問介護事業所(弊社運営、事業所番号1472402575 )	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	—	

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主体と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合(指定居宅介護支援を含む)は、その種類と番号を記載すること。

### 3 利用料 ※7

#### (1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	一時金方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式
----------	-------	---	------

#### (2) 一時金方式

費用の支払方法 ※9	—
敷金	無・有( — 円、家賃相当額の — か月分)
入居一時金 (介護費用の一時金除く)	1 法第29条第6項に規定される前払金 — 円 2 上記以外の一時的金 ~ 円
想定居住期間又は償却期間	—
算定の基礎(内訳)	—
解約時の返還金(算定方法等)	—
返還の対象とならない額の有無	無・有( — 円)
初期償却の開始日	—
介護費用の一時金	— 円 ~ 円
算定の基礎(内訳)	—
解約時の返還金(算定方法等)	—

返還の対象とならない額の有無	無・有（　　円）																								
初期償却の開始日	—																								
月額利用料	—　　円～　　円																								
年齢に応じた金額設定	無・有																								
要介護状態に応じた金額設定	無・有																								
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳																							
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他																		
	—	—	—	—	—	—																			
算定根拠 ※11	管理費	—																							
	介護費用	—																							
	食費	—																							
	光熱水費	—																							
	家賃相当額	—																							
	その他	—																							
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	—																								
介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は1割が自己負担)	特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月 額</th> <th>自己負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>—円</td> <td>—円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>—円</td> <td>—円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>—円</td> <td>—円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>—円</td> <td>—円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>—円</td> <td>—円</td> </tr> </tbody> </table> 個別機能訓練加算（無・有）、夜間看護体制加算（無・有） 医療機関連携加算（無・有）、看取り介護加算（無・有） 介護職員処遇改善加算（無・有）								月 額	自己負担額	要介護1	—円	—円	要介護2	—円	—円	要介護3	—円	—円	要介護4	—円	—円	要介護5	—円	—円
		月 額	自己負担額																						
要介護1	—円	—円																							
要介護2	—円	—円																							
要介護3	—円	—円																							
要介護4	—円	—円																							
要介護5	—円	—円																							
介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月 額</th> <th>自己負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>—円</td> <td>—円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>—円</td> <td>—円</td> </tr> </tbody> </table> 個別機能訓練加算（有・無）、医療機関連携加算（有・無） 介護職員処遇改善加算（無・有）								月 額	自己負担額	要支援1	—円	—円	要支援2	—円	—円										
	月 額	自己負担額																							
要支援1	—円	—円																							
要支援2	—円	—円																							

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	敷金は入居時一括支払い。 月額利用料その他は、毎月の請求による月払い
敷金	無・有 (123,000～129,000円、家賃相当額の3か月分)

月額利用料	108,000～110,000円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	110,000	23,800	0	32,400	10,800	43,000	0
	108,000	23,800	0	32,400	10,800	41,000	0
算定根拠 ※11	管理費	共用施設の維持管理費、運営管理にかかる事務経費管理部門の人件費等を勘案して算出					
	介護費用	-					
	食費	1月30日で計算（朝食310円・昼食360円、夕食410円） 2日前までに欠食の申出があった場合は当該額は無					
	光熱水費	電気、ガス、水道料を勘案して算出					
	家賃相当額	近傍家賃相場を勘案して算出					
	その他	-					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代、被服クリーニング、理美容、医師の往診・外来受診の医療費、医療機関への移送・同行に係る交通費、役所手続きの代行、その他個人的な支出分、介護保険給付対象外費用 ※毎年11～3月は追加光熱水費として2,000円/月						
介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は1割が自己負担)	特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)						
		月 額	自己負担額				
	要介護1	-円	-円				
	要介護2	-円	-円				
	要介護3	-円	-円				
	要介護4	-円	-円				
	要介護5	-円	-円				
	個別機能訓練加算（無・有）、夜間看護体制加算（無・有） 医療機関連携加算（無・有）、看取り介護加算（無・有） 介護職員処遇改善加算（無・有）						
	介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)						
		月 額	自己負担額				
	要支援1	-円	-円				
	要支援2	-円	-円				
	個別機能訓練加算（有・無）、医療機関連携加算（有・無） 介護職員処遇改善加算（無・有）						

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて同意を得たうえで行う。
----------------------	--

一時金の返還金の保全措置	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 保全措置の内容( ) 無の場合の理由( 有料老人ホーム協会加入予定 )
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 有の場合の保険名 ( (統合賠償責任保険) 東京海上日動火災保険)
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額、共益費以外の費用は消費税を含んだ金額です。
短期利用の設定(短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

※7 総額表示のこと。

※8 一時金方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 入居一時金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは枠内に記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分(居室等)の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

#### 4 サービスの内容

月額利用料(介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く)に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	—
	食費	三食の提供、配膳
	その他	共益費…各居室・廊下・トイレの清掃、衣類や寝具等の洗濯
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添 介護サービス等の一覧表による	
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表及び管理規程による	
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14	—	
苦情解決の体制(相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等) ※15	施設及び本社 ・施設担当者—中野渡勝也 Tel0463-71-6416 ・本社お客様相談室 Tel0463-22-1233 施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。 ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 Tel045-329-3447	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・神奈川県保健福祉局福祉部高齢福祉課 TEL 045-210-4856</li> <li>・平塚市保健福祉総合相談窓口 TEL 0463-21-8779</li> <li>・平塚市高齢施設課 TEL 0463-21-8778</li> </ul>
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	事故対応マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関への搬入若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、施設長から家族への連絡を行います。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	介護サービス等の提供に当たり、事故が発生し入居者の生命、身体、財産に損害が生じた場合は、地震・津波等の天災、戦争・暴動等、入居者の故意によるもの等を除いて速やかに損害を賠償します。ただし、入居者に重大な過失がある場合には、賠償額を減ずることがあります。
(社)全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況	協会への加入 <input type="checkbox"/> ・有 入居者基金への加入 <input type="checkbox"/> ・有

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や(社)全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

## 5 介護を行う場所等

要介護時（認知症を含む）に介護を行う場所	入居している居室で介護します。 ただし、心身の状況により居室移動の場合があります。
----------------------	--

## 6 医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	湘南いなほクリニック
	診療科目	内科、老年精神科
	所在地	神奈川県平塚市四之宮一丁目3番57号
	距離及び所要時間	約900m、車4分
	協力内容	訪問診療（月2回）
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	
	診療科目	
	所在地	
	距離及び所要時間	
	協力内容	
入居者が医療を要する場合の対応（入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等）	<p>通院ー・医療機関へ通院同行します。（実費を負担して頂きます）</p> <p>入院ー・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とお話し合いいただき希望する病院に入院となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院期間中に居室をそのままの状態でも維持しておく場合には、居室維持・医療機関対応費用として家賃、管理費、光熱水費、をお支払い頂きます。尚、食費は入院日までの日割り料金となります。</li> </ul>	

	・入院に係る費用は入居者の負担となります。
--	-----------------------

7 入居状況等

(平成 28 年 7 月 1 日現在)

入居者数及び定員	47人 (定員 47人)	
入居者内訳	性別	男性 27人、女性 20人
	介護の 要否別	自立 一人 要介護 47人 要介護 1 6人 要介護 2 11人 要介護 3 14人 要介護 4 12人 要介護 5 4人 要支援 一人 (内訳)要支援 1 一人 要支援 2 一人 未認定 0人
平均年齢	76.8歳 (男性 74.0歳、女性 80.5歳)	
運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役職員 を除く参加者数、 主な議題等)	<過去の開催状況>  <議題> (1) ホームにおける入居者の状況、入・退去の状況、要支援・ 要介護者の状況、サービス提供の状況 (2) 各年度における管理費・食費等の収支状況、ホーム本体の 各会計年度の決算内容 (3) 管理費、食費その他のサービス費用及び使用料の改定 (4) 管理規程、細則等の諸規則の改定 (5) 入居者の意向の確認や意見交換 (6) 各年度の職員数・職員配置体制・勤務形態、資格保有の状 況、の説明等 (7) 事故の発生や苦情申出に関する対応 (8) 行政による指導監査の結果 (9) その他特に必要と認められた事項	

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(平成 28 年 7 月 1 日現在)

従業	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (16時～翌9時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)
		人数	うち自立対応		
管理者	1 ( )				
生活相談員	( )				



者の内訳	直接処遇職員	23 ( 15 )	9.2		2	
	介護職員	21 ( 14 )	7.8		2	
	看護職員	2 ( 1 )	1.4			
	機能訓練指導員	( )				
	理学療法士	( )				
	作業療法士	( )				
	その他	( )				
	計画作成担当者	( )				
	医師	( )				
	栄養士	( )				
	調理員	9 ( 8 )				
	事務職員	1 ( 1 )				
	その他職員	2 ( 2 )				
	合計	36 ( 26 )			2	

注1) 職員数欄の( )内は、非常勤職員数で内数。

- 2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。
- 3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。
- 4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※ 18
要支援1の人数			
要支援2及び要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員の人 数 ※16			
配置している直接処遇職員の人 数 ※17			
要支援者・要介護者の合計数人 に対する配置直接処遇職員の人 数の割合	:	:	:
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 時間で除して算出		

従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番	:	～	:
	日勤	:	～	:
	遅番	:	～	:
	夜勤	:	～	:
	看護職員 早番	:	～	:
	日勤	:	～	:
	遅番	:	～	:
	夜勤	:	～	:

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	一人（一人）	ホームヘルパー1級	一人（一人）
介護福祉士	6人（一人）	ホームヘルパー2級	15人（一人）
介護支援専門員	一人（一人）	ホームヘルパー3級	一人（一人）
介護職員基礎研修修了	一人（一人）	無資格者	一人（一人）

注）資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を（ ）に外数で記入する。

9 入居・退居等

入居者の条件（年齢、心身の状況（自立・要支援・要介護）等）	おおむね65歳以上の要介護の方
身元引き受け人等の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。
生活保護受給者の受入れ対応	否・ <input checked="" type="checkbox"/> 可
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	<p>（施設からの契約解除）</p> <p>1 事業者は、入居者が次の各号にいずれかに該当し、かつそのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月額の利用料その他の支払いを正当な理由がなくしばしば遅滞するとき</p> <p>三 入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には、入居者や身元引受人等その他関係者、関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 1四によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p>

	<p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>(入居者からの契約解除)</p> <p>1 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは、事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p>
前年度1年間の施設からの契約解除件数	0件
体験入居の期間及び費用負担等	費用は1泊2日5,000円、期間は最大5日間

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、入居一時金の返還時期等を正確に記入。

#### 10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧・写し交付 )	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧・写し交付 )	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧・写し交付 )	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧・写し交付 )	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧・写し交付 )	2 非公開

※20 県指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：「別添1 介護サービス等の一覧表」

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名 \_\_\_\_\_

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名 \_\_\_\_\_