

別紙様式

ニューソフィアコートあびこ
重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) ぷるめりあほうもんかいごかぶしきがいしゃ プルメリア訪問介護株式会社	
主たる事務所の所在地	〒300-0048 茨城県土浦市田中3-8-28	
連絡先	電話番号	029-835-3003
	FAX番号	029-835-3033
	ホームページアドレス	http://plumeria-care.jp/
代表者	氏名	廣瀬 徹隆
	職名	代表取締役
設立年月日	平成20年11月28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) にゅーそふいあこーとあびこ ニューソフィアコートあびこ	
所在地	〒270-1131 千葉県我孫子市都部字宿通69番、72番	
主な利用交通手段	最寄駅	成田線湖北駅
	交通手段と所要時間	湖北駅下車、バスで5分、降車後徒歩5分
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	http://plumeria-care.jp/

管理者	氏名	廣瀬 徹隆
	職名	代表取締役
建物の竣工日		平成29年1月31日
有料老人ホーム事業の開始日		平成29年2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	
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2523.32㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成29年2月1日～59年1月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	1358.87㎡
		うち、老人ホーム部分	1124.32㎡
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり (平成 29 年 2 月 1 日～59 年 1 月 31 日) <input type="checkbox"/> なし			
		契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.60 m ²	19 戸	一般個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.66 m ²	1 戸	一般個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.22 m ²	2 戸	一般個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.53 m ²	7 戸	一般個室
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.46 m ²	5 戸	一般個室
	タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.32 m ²	1 戸	一般個室
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
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		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室		4ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェア浴		ヶ所	
			リフト浴		1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 <input type="checkbox"/> なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> あり (上記 1・2 に該当しない) <input type="checkbox"/> なし					
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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					

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	当住宅では、基本サービスとして日中、食事や外出等の機会を利用して、毎日2回以上本人の状況把握サービス（安否確認）を行います。（夜間は宿直職員が対応）各居室にはコール装置が設置され、通報に対し速やかに駆け付けます。生活相談サービスとして、食事、健康、趣味、人間関係、その他の相談に対して施設管理者が助言させていただきます。（専門的な内容には、専門家・専門機関をご紹介します。）その他のサービスとして、食事提供サービス、介護保険適用外の介護サービス等を提供いたします。
サービスの提供内容に関する特色	利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら穏やかに暮らせる高齢者向け住宅です。また、ご家族、地域及び関係機関と協力し、安心して自立した生活が過ごせるように総合的に支援します。
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 checked="" type="checkbox"/> 1	救急車の手配
		<input checked="" 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	メドアグリクリニック
		住所	茨城県つくばみらい市伊奈東 37-1, 2

		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療・病変時の相談
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
	協力内容		
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	医療的管理が必要な方は要相談		
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、または事業者から解約した場合、等。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 11 条	
	解約予告期間	相当期間	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	35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				
生活相談員				
直接処遇職員				

介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
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}				
<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（17時～9時）		
	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	1人	1人

（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											
応じた職員の数 業務に従事した経験年数に	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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			
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式			
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tbody> <tr> <td>1 全額前払い方式</td> </tr> <tr> <td>2 一部前払い・一部月払い方式</td> </tr> <tr> <td>3 月払い方式</td> </tr> </tbody> </table>	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				

年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 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	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護度3	要介護度5	
	年齢	70歳	65歳	
居室の状況	床面積	18.60㎡	21.32㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	150,000円	150,000円	
月額費用の合計		116,600円	116,600円	
家賃		41,000円	41,000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	37,800円	37,800円
		管理費・共益費	27,000円	27,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他	10,800円	10,800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	月額41,000円
敷金	家賃の約3.6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・共益費	月額27,000円
食費	月額37,800円（朝420円、昼420円、夜420円 30日分）

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	状況把握、生活相談サービス 月額 10,800円

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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	人
	5年以上 10年未満	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	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※ 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		人
	死亡者		人
	その他		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		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) ※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		苦情受付窓口
電話番号		029-835-3003
対応している時間	平日	9時00分～18時00分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日、日曜日、祝日

(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	介護事業者向け賠償責任保険 ウォームハート
	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	県又は市に報告のうえ、必要な賠償を行う。
	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
第三者による評価の実施状況	2 なし		
		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

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 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】	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 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	
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 _____

※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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内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		
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	フルメリア福祉サービス	茨城県土浦市田中3-8-28
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		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	フルメリア福祉サービス	茨城県土浦市田中3-8-28
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		
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	特別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	特定施設入居者生活介護費用で、実施するサービス (利用者一部負担※1)	なし				
介護サービス	なし	あり				
食事介助	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	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				
特浴介助	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり				
機能訓練	なし	あり				
通院介助	なし	あり				
生活サービス	なし	あり				
居室清掃	なし	あり	○			
リネン交換	なし	あり	○			
日常の洗濯	なし	あり	○			
居室配膳・下膳	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				希望される方には、理美容師を紹介します。
買い物代行	なし	あり				
役所手続き代行	なし	あり				
金銭・貯金管理	なし	あり				
健康管理サービス	なし	あり				
定期健康診断	なし	あり				※回数（年○回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	○			
服薬支援	なし	あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	○			
入退院時・入院中のサービス	なし	あり				
移送サービス	なし	あり		○	1,500	移送と院内同行1時間ごとに1,500円
入退院時の同行	なし	あり		○	1,500	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	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、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に於いて、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。

生活支援サービス重要事項説明書

1. 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先	
事業者の名称	フリガナ プルメリアホウモンカイゴカブシキガイシャ
	プルメリア訪問介護株式会社
事業者の所在地	〒 300-0048
	茨城県 土浦市田中3-8-28
事業者の連絡先	電話番号 029-835-3003
	FAX番号029-835-3033
	ホームページアドレス http://plumeria-care.jp/index.html
事業者の代表者名	代表取締役 廣瀬徹隆

2. 住宅事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先	
事業主体の名称	フリガナ プルメリアホウモンカイゴカブシキガイシャ
	プルメリア訪問介護株式会社
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 300-0048
	茨城県 土浦市田中3-8-28
事業主体の連絡先	電話番号 029-835-3003
	FAX番号029-835-3033
	ホームページアドレス <input checked="" type="radio"/> 有 http://plumeria-care.jp/index.html
	<input type="radio"/> 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 廣瀬 徹隆
	職名 代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	訪問介護サービス、通所介護サービス、訪問看護サービス

3. 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先	
住宅の名称	フリガナ ニューソフィアコートアビコ
	ニューソフィアコートあびこ
住宅の所在地	〒270-1131
	千葉県 我孫子市都部字宿通69番、72番
住宅の連絡先	電話番号
	FAX番号
	ホームページアドレス http://plumeria-care.jp/index.html
住宅の管理者名	萩原 健一
住宅の開設年月日	平成29年2月1日
居住の契約方式	賃貸借契約

4. 生活支援サービスの内容

生活支援サービスに関する方針等

当住宅では、基本サービスとして日中、食事や外出等の機会を利用して、毎日1回以上本人の状況把握サービス（安否確認）を行います。（夜間は宿直職員が対応）各居室にはコール装置が設置され、通報に対し速やかに駆け付けます。生活相談サービスとして、食事、健康、趣味、人間関係、その他の相談に対して施設管理者が助言させていただきます。（専門的な内容には、専門家・専門機関をご紹介します。）その他のサービスとして、食事提供サービス、介護保険適用外の介護サービス等を提供いたします。

生活支援サービスの内容

基本サービス	料金	(提供方法・提供者)
状況把握（安否確認）	10,800円 ／月額	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、午前9時及び午後3時に各居室に職員が伺い安否の確認を行います。 ・上記以外の時間帯も、ご入居者様（ご家族様）とご相談の上、必要に応じて行います。 ※提供者：ブルメリア訪問介護㈱
生活相談		<ul style="list-style-type: none"> ・当住宅で生活を送る中で、お困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について、住宅職員がご相談にのります。 ※提供者：ブルメリア訪問介護㈱
緊急時対応		【24時間】 <ul style="list-style-type: none"> ・各居室に設置してあるコール装置を押していただければ事務室及び住宅職員が携帯している端末にて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。 ※提供者：ブルメリア訪問介護㈱

上記以外の生活支援サービス等

(当社では入居者様の希望により、以下のサービスを提供します。なお、当社以外の外部サービスを利用することもできます。)

選択サービスの種類	料金	(提供内容・方法・提供者)
食事の提供サービス	37,800円 ／月	<ul style="list-style-type: none"> ・食費は月単位での請求となります。 ・食費：月額37,800円（30日の場合）[朝食420円/1食、昼食420円/1食、夕食420円/1食] ・朝食は8時～9時まで、昼食12時～13時まで、夕食は18時～19時まで。食堂で提供します。居室へ配食することもできます。（無料） ・食事は、本住宅職員が調理いたします。 ・キャンセル、変更等は提供される日の4日前までにお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、金額が発生しますので、お気をつけ下さい。 ※提供者：ブルメリア訪問介護㈱
付添い・送迎	1,500円 ／1時間	<ul style="list-style-type: none"> ・買物や病院の通院付添いに職員1名が同行します。（1回ごとに2時間、週に1回利用した場合の月額 12,000円 交通費込み） ※提供者：ブルメリア訪問介護㈱

5. 生活支援サービス職員体制

生活支援サービス職員体制等			
生活支援サービス職員			
サービス種類ごとに業務に係る人数を記載して下さい。	人数	委託先等	
生活支援サービススタッフ	6人		
夜間の職員体制	常駐の (有・無)	1人	夜間は宿直員が事務室内で待機します。

6. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	毎月10日に請求書を発行し、入居者様に送付します。
支払方法	毎月末日(I-NET)又は27日(W-NET)に支払請求分を口座振替にて、お支払いいただきます。

7. 生活支援サービス利用者からの苦情に対応する窓口等

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況		
窓口の名称	苦情受付窓口	
電話番号	029-835-3003	
対応している時間	平日	9時 00分 ~ 18時 00分
	土曜	時 分 ~ 時 分
	日曜	時 分 ~ 時 分
	祝日	時 分 ~ 時 分
定休日	土曜日・日曜日・祝祭日	
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		
具体的な対応	本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族への連絡、救急車の呼び出し等）を行います。	

8. 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前に管理人へご連絡下さい。
共用施設の利用について	
浴室	入浴介助サービスを受ける場合は、共用浴室の利用時間を事前にお知らせ下さい。
共用キッチン	共用キッチンの利用希望については、予約表に記載下さい。
ゴミ処理について	見守りサービスとして、ゴミ出しサービスを行っています。地域で定められている、ゴミ出しの曜日の朝8時まで、各住戸にお伺いします。粗大ゴミについては、別途ご相談させていただきます。

9. 契約の解除内容等

入居者からの解約	入居者は事業者に対して、解約する30日前に文書にて解約の申し出を事業者に通知することで、本契約を解約することができます。
事業者からの解除	事業者は、生活支援サービス契約書第8条の規定に基づき、以下の場合には本契約を解除することができます。 ①他の入居者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合 ②年齢等の入居資格を偽って入居した場合 ③居住以外の目的で居室を使用していた場合 ④入居者の故意又は過失により必要となった修繕を、正当な理由なく拒否する場合 ⑤入居者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納した場合 ⑥その他本契約を継続することが、社会通念上著しく困難な場合

10. 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 (損保ジャパン日本興亜株式会社 介護事業者向け賠償責任保険ウォームハート)
---------------	---------------------------------------------------------------------------------

説明年月日

年 月 日

入居者様に対して、賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者名 プルメリア訪問介護株式会社

住所 茨城県土浦市田中3-8-28

代表者名 代表取締役 廣瀬徹隆

印

説明者氏名

印

私は上記事業者から、賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

入居者住所

入居者氏名

印

生活支援サービス契約書

ブルメリア訪問介護株式会社(以下「甲」という。)と _____ (以下「乙」という。)とは、賃貸借の目的である建物(サービス付き高齢者向け住宅)「ニューソフィアコートあびこ」における乙に提供する生活支援サービスについて、次のとおり契約を締結します。

(契約の目的)

第1条 甲は、乙が安全かつ安心して主体的に生活を継続できるよう、乙に対し、サービス付き高齢者向け住宅における基本サービス(必須サービス)を提供するとともに、乙の希望に応じて、その他のサービス(選択サービス)を提供することを約し、乙は、その対価として第4条に定めるサービス料金を甲に支払うことを約します。

(生活支援サービスの内容)

第2条 甲が乙に提供する生活支援サービスの内容の詳細は、生活支援サービス重要事項説明書(以下「重要事項説明書」という)に記載します。

(サービス提供の記録)

第3条 甲は、乙の希望により提供する選択サービスについては、月毎にその提供の実績を、翌月20日までに、乙に対し書面により提示し、確認を受けることとします。

2 甲は、高齢者の居住の安定確保に関する法律第19条の規定に基づき、サービスの提供に関する諸記録を作成し、各事業年度終了後2年間保存します。

3 乙は、甲において、乙に関する第2項の諸記録を閲覧できます。

(サービス料金等)

第4条 基本サービス(状況把握(安否確認)、生活相談、緊急時対応)の料金は、月額金10,800円(税込)とし、1か月に満たない期間のサービス料金については、1か月を30日として日割計算した額とします。

2 選択サービスの料金については、重要事項説明書に記載した料金を基に月単位で計算します。

(サービス料金の変更)

第5条 甲は、消費者物価指数、雇用情勢、その他の経済事情の変動により利用料金が不相当になった場合には、甲乙協議の上で、利用料金を変更することができます。

(サービス料金の支払)

第6条 第4条第1項に定める基本サービスの料金について、甲は請求書に明細を付して毎月25日までに乙に請求し、乙は、翌月末日までに甲へ現金、口座振替、振込のいずれかの方法で支払います。

2 第4条第2項に定める選択サービスの料金について、甲は請求書に明細を付して毎月25

日までに乙に請求し、乙は、翌月末日までに甲へ現金、口座振替、振込のいずれかの方法で支払います。

3 乙が月途中で本契約を解除した場合、1か月を30日として日割り計算の方法により甲が精算します。

4 甲は、乙から料金の支払を受けたときは、乙に領収書を発行します。

(有効期間)

第7条 本契約の有効期間は、本契約成立の日から1年とします。ただし、事由の如何を問わず[ニューソフィアコートあびこ]における賃貸借契約が終了したとき及び乙が死亡したときは、本契約も終了します。

2 契約期間満了日の30日前までに、乙または乙の代理人から書面による契約解除の申し出がない場合、本契約は自動更新され、更新後の契約期間は1年とし、その後も同様とします。

(事業者からの契約解除)

第8条 甲は、乙の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常的生活支援方法では、これを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することができます。

2 前項の場合、事業者は次の手続を行います。

一 一定の観察期間をおくこと。

二 主治医及び生活支援サービス提供スタッフ等の意見を聴くこと。

三 契約解除の通告について30日の予告期間をおくこと。

四 前号の通告に先立ち、入居者本人の意思を確認すること。

3 甲は、乙が正当な理由なく甲に支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納した場合において、乙に対し、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、なお期間内に滞納額の全額の支払いがないときは、この契約を解除することがあります。

(利用者からの中途解約)

第9条 乙は、甲に対して、30日の予告期間において文書で通知することにより、本契約を解約することができます。

(秘密保持)

第10条 甲及びその従業者は、生活支援サービスを提供する上で知り得た乙及びその家族等に関する秘密を第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も同様とします。

2 前項の定めに関わらず、乙の個人情報を提供する必要がある場合は、必要の都度、乙の同意を得るものとします。

3 入居者及びその家族等の個人情報に関する取扱いについては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)及び茨城県個人情報の保護に関する条例(平成17年茨城県条例第1号)を遵守します。

(緊急時の対応等)

第11条 甲は、生活支援サービスを利用している乙に緊急な事態が生じた場合又は必要があると判断した場合は、緊急時マニュアルに応じて対応し、必要な措置を講じます。

(賠償責任)

第12条 甲は、生活支援サービスの提供に伴って、甲の責めに帰すべき事由により乙の生命、身体又は財産に損害を及ぼした場合は、乙に対してその損害を賠償します。

(相談・苦情対応)

第13条 甲は窓口を設置し、乙の相談、生活支援サービス事業に係る要望、苦情等に対し、誠実かつ迅速に対応します。

(重要事項説明確認)

第14条 契約の締結に当たり、甲は乙に対し、別に作成する重要事項説明書に基づき重要な事項の説明を行い、乙はその内容を了承したものとします。

(本契約に定めのない事項)

第15条 甲及び乙は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

2 この契約に定めのない事項については、甲及び乙が誠意を持って協議のうえ定めます。

(合意管轄)

第16条 本契約に関して訴訟の必要が生じたときは、甲の所在地を管轄する地方裁判所を第一審管轄裁判所とします。

前記の契約を証するため、本書2通を作成し、甲及び乙記名押印の上、その1通を保有するものとします。

年 月 日

甲（登録事業者）

茨城県土浦市田中3-8-28

ブルメリア訪問介護株式会社

印

代表取締役 廣瀬徹隆

乙（契約者）

<住所>

<氏名>

印

(代理人署名の場合)

<代理人住所>

<代理人氏名>

印

