重 要 事 項 説 明 書

CLASWELL北浦和

claswell
TODAY WAS A GOOD DAY

別紙様式

重 要 事 項 説 明 書

作成年月日	2026 年 11 月 1 日
作成者名	櫻沢　信行
所属・職名	CLASWELL 北浦和 ホーム長

１．事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	（ふりがな）けーしーうぇるふぇあかぶしきがいしゃ KC-Welfare 株式会社	
主たる事務所の所在地	〒100-0013	千代田区霞が関三丁目２番１号
	東京都	
連絡先	電話番号	03 - 6700 - 6256
	ＦＡＸ番号	03 - 6700 - 6258
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	なし
		あり：http:// kc-welfare.co.jp
代表者	氏名	井上　裕樹
	職名	代表取締役
設立年月日	2022 年５月 30 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）くらすうぇる きたうらわ CLASWELL 北浦和	
所在地	〒338－0011	さいたま市中央区新中里５－２－７
	埼玉県	
主な利用交通手段	最寄駅	北浦和駅
	交通手段と所要時間	JR 京浜東北線　北浦和駅より徒歩 13 分
連絡先	電話番号	048－834－2600
	ＦＡＸ番号	048－834－2601
	メールアドレス	kitaura-mng@claswell.jp
	ホームページアドレス	http:// kc-welfare.co.jp
管理者	氏名	櫻沢　信行
	職名	ホーム長
建物の竣工日		2025 年 11 月 18 日
有料老人ホーム事業の開始日		2026 年４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） [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	1540.49 ㎡		
	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（ [普通賃借] ・ 定期賃借 ）		
			抵当権の有無	[1] あり　2 なし
			契約期間	[1] あり （2025 年 11 月 18 日～2045 年 11 月 17 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		2,627.79 ㎡
		うち、老人ホーム部分		2,598.815 ㎡
	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] 事業者が賃借する建物（ [普通賃借] ・ 定期賃借 ）		
		抵当権の設定	[1] あり　2 なし	
		契約期間	[1] あり （2025 年 11 月 18 日～2045 年 11 月 17 日） 2 なし	
		契約の自動更新	[1] あり　2 なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	[1] 全室個室　（縁故者居室を含む）		
		2　相部屋あり		
		最少	１人部屋	
		最大	１人部屋	

	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ１	[有]／無	有／[無]	18.76 ㎡	18	介護居室個室
タイプ２	[有]／無	有／[無]	19.04 ㎡	3	介護居室個室
タイプ３	[有]／無	有／[無]	19.64 ㎡	17	介護居室個室
タイプ４	[有]／無	有／[無]	20.30 ㎡	10	介護居室個室
タイプ５	[有]／無	有／[無]	20.53 ㎡	3	介護居室個室
タイプ６	[有]／無	有／[無]	20.60 ㎡	4	介護居室個室
タイプ７	[有]／無	有／[無]	20.83 ㎡	3	介護居室個室
タイプ８	[有]／無	有／[無]	24.85 ㎡	2	介護居室個室

※「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。 相部屋の場合は人数も記入。

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

			うち車いす等の対応が可能な便房	3ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	0ヶ所
			リフト浴	1ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	3ヶ所	リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	3ヶ所
			その他（　　）	0ヶ所
	食堂	[1] あり　(33.59～112.73 ㎡)　2 なし		
	機能訓練室	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（車椅子対応） [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		
	自動火災報知機	[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		
	消防計画	[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（　　）			
その他				

４．サービスの内容

（全体の方針）

事業の目的	お一人おひとりが、さいごまで「自分らしく」 を選べる場所を想像する場所を目指しております。
運営に関する方針	当施設は、要介護を受けられた方に、安心して生活していただける生活環境を創っていきます。医療依存度が高い方でも安心してご利用できるような在宅事業を担っていきます。
サービスの提供内容に関する特色	医療的ケアが必要な方にも安心して生活していただけるよう、訪問看護ステー ションが 24 時間 365 日対応しているので終身までご利用していただけます。
入浴、排せつ又は食事の介護	[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
洗濯、掃除等の家事の供与	[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 ※１　「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。 ※２　「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	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（※１）	（Ⅰ）	1 あり　2 なし
		（Ⅱ）	1 あり　2 なし
	口腔衛生管理体制加算（※２）		1 あり　2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり　2 なし
	科学的介護推進体制加算		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
	新興感染症等施設療養費		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
	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
		（Ⅴ）（1）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（2）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（3）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（4）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（5）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（6）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（7）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（8）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（9）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（10）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（11）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（12）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（13）	1 あり 2 なし
		（Ⅴ）（14）	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（ ）		
協力医療機関	1	名称	ひかりクリニック新都心	
		住所	埼玉県さいたま市大宮区吉敷町 4-262-8 プリムローズセキグチ 2F	
		診療科目	内科、皮膚科、訪問診療	
		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 2 なし
			診療の求めがあった場合に 8 おいて診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし

	2	名称	大宮桜木町クリニック	
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町 2-324-1 松本ビル 3F	
		診療科目	内科、精神科、心療内科	
		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 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
	3	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	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
	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	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
	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	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
新興感染症発生時に連携する医療機関	[1] あり			
		医療機関の名称	ひかりクリニック新都心	
		医療機関の住所	埼玉県さいたま市大宮区吉敷町４−２６２−８ プリムローズセキグチ 2F	
	2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称	うらわ顕微鏡歯科	
		住所	埼玉県さいたま市浦和区仲町１−３−４セヒョンビル４階	
		協力内容	訪問診療	
	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

<table>
<tr><td colspan="2">入居後に居室を住み替える場合
※　複数選択可</td><td colspan="2">1　一時介護室へ移る場合
2　介護居室へ移る場合
3 その他（ 同一館内での居室移動　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">判断基準の内容</td><td colspan="2">・入居者やそのご家族からの要望
・入居者の容態の変化
・入居者に対する介護・看護サービス等処遇内容の変化
・他の入居者に対する特別な配慮</td></tr>
<tr><td colspan="2">手続きの内容</td><td colspan="2">入居者やそのご家族に対する説明・同意</td></tr>
<tr><td colspan="2">追加的費用の有無</td><td colspan="2">1 あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">居室利用権の取扱い</td><td colspan="2">住み替え前の居室に係る利用権は消滅し、住み替え後の居室に係る利用権が発生します。家賃については、当該利用権の対象となる居室に係る家賃が適用されます。</td></tr>
<tr><td colspan="2">前払金償却の調整の有無</td><td colspan="2">1 あり　2 なし</td></tr>
<tr><td rowspan="6">従前の居室との仕様の変更</td><td>面積の増減</td><td colspan="2">1 あり　2 なし</td></tr>
<tr><td>便所の変更</td><td colspan="2">1 あり　2 なし</td></tr>
<tr><td>浴室の変更</td><td colspan="2">1 あり　2 なし</td></tr>
<tr><td>洗面所の変更</td><td colspan="2">1 あり　2 なし</td></tr>
<tr><td>台所の変更</td><td colspan="2">1 あり　2 なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">その他の変更</td><td>1　あり</td><td>（変更内容）</td></tr>
<tr><td colspan="2">2　なし</td></tr>
</table>

（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　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	医療依存度の高い方が優先になる場合がある	
契約の解除の内容	・入居申込書等に虚偽事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月額利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞し、事業者の督促にもかかわらず改善が見られないとき ・入居契約書第 19 条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき ・入居者の行動が、入居者自身、他の入居者若しくは従業員の生命に危害を及ぼす、又はその危害の切迫した恐れがあり、有料老人ホームにおける通常の介護方法や接遇方法ではこれを防止することができないとき ※詳細は入居契約書第 26 条を参照 契約解除の通告について 90 日の予告期間をおきます。 ※詳細は入居契約書第 26 条を参照	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第 26 条
	解約予告期間	3ヶ月
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：1 日 11,000 円：税込み　3 日まで） 2 なし	
入居定員	60	
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）

	職務内容	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※１※２
		合計			
			常勤	非常勤	
管理者	ホームの運営管理	1	1		1.0
生活相談員	入居の相談窓口	1	1		1.0
直接処遇職員					
介護職員	介護サービスの提供	9	7	2	4.5
看護職員	健康管理等	8	5	3	4
機能訓練指導員					
計画作成担当者					
栄養士					
調理員					
事務員	受付、事務所対応	1	1		1.0
その他職員		3			3.0
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			
介護福祉士	9	7	2
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
看護師及び准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師			
はり師			
きゅう師			

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間（ 20 時 00 分～7 時 00 分）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
職員	2	1

※夜間帯においては、訪問看護ステーション及び訪問介護事業所との連携により、入居者様の状態に応じた対応を行います。

（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 （広告、パンフレット等における表示事項）	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

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	看護師					
					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											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	１年未満			2							
	１年以上３年未満				1						
	３年以上５年未満		1								
	５年以上10 年未満	1		3							
	10 年以上	3	3	2	1						
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＿＿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 24 条に基づく
	手続き	ホーム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、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとします。

（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 4	要介護 5
	年齢		85 歳	90 歳
居室の状況	床面積		18.76 ㎡	24.85 ㎡
	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		円	円
	敷金		円	円
月額費用の合計			270,220 円	290,220 円
サービス費用	家賃		120,000 円	140,000 円
	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	50,220 円	50,220 円
		管理費	100,000 円	100,000 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）

（注）居室にあるテレビ等のＮＨＫ受信料については、入居者が個々で契約して負担してください。

（利用料金の算定根拠）

項目	算定根拠
家賃	オーナーに支払う賃料、近隣有料老人ホームの家賃相場、ホーム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の上決定しています。
敷金	家賃の＿＿ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担費用は含まない
管理費	専用居室電気代・水道代、共用部光熱水費、ホーム整備・共用設備維持管理費、事務費、フロント業務
食費	50,220 円（税込み：30 日で計算）
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	洗濯代行サービス 5,500 円（税込み） リネンサービス 5,500 円(税込み)

（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）※前払い金を受領していない場合は省略可能

算定根拠			
想定居住期間（償還年月数）		ヶ月	
償却の開始日		入居日	
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）		円	
初期償却率		%	
返還金の算定方法	入居後３月以内の契約終了		
	入居後３月を超えた契約終了		
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【冒頭に記した作成日現在】

（入居者の人数）

性別	男性	10 人
	女性	9 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	4 人
	85 歳以上	12 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援１	0 人
	要支援２	0 人
	要介護１	1 人
	要介護２	2 人
	要介護３	2 人
	要介護４	9 人
	要介護５	5 人
入居期間別	６か月未満	19 人
	６か月以上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	83.4 歳
入居者数の合計	19 人
入居率※	34%
※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）

※４カ所以上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		CLASWELL 北浦和
電話番号		048‐834－2600
対応している時間	平日	９：00～18：00
	土曜日	９：00～18：00
	日曜・祝日	９：00～18：00
定休日		なし

窓口の名称		KC-Welfare 株式会社　本社
電話番号		03-6700-6256
対応している時間	平日	10：00～17：00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		12 月 29 日～翌年１月４日

窓口の名称		さいたま市　福祉局　長寿応援部　介護保険課
電話番号		048－829－1265
対応している時間	平日	8：30　～　17：15
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		12 月 29 日～翌年１月３日

（事故発生時等の対応方法）

事故発生時の対応方法	マニュアルに沿って対応
利用者の体調急変時等（緊急時等）における対応方法	状態確認・家族への連絡・往診医への連絡・状況により救急搬送

（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	東京海上日動火災保険により、サービスの提供に伴って事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産を及ぼした場合は利用者に対してその損害を賠償します。
	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	東京海上日動火災保険によりサービスの提供中に利用者の急変が生じた場合、その他必要があった場合は速やかに必要な措置を講じるとともに家族、身元引受人、行政への連絡、報告を行います。
	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	
	職員研修の実施（年４回）　委員会の実施（年４回）	
指針の策定、再発防止を目的とする職員への周知、委員会及び研修の実施を適切に実施するための担当者（役職）	櫻沢　信行（ホーム長）	

（非常災害対策等）

非常災害に対する具体的計画（消防計画・風水害、地震等に対処するための計画）	[1] あり　2 なし
	（内容） マニュアルに沿って対応する
避難訓練の実施	[1] あり（年 2 回）　2 なし
感染予防及びまん延防止のための対策の有無	1 あり　2 なし
	職員研修の実施（年２回）　訓練の実施（年２回）

（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
	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

１０．その他

<table>
<tr><td rowspan="5">運営懇談会</td><td colspan="2">[1] あり</td><td colspan="2">（開催頻度）　年１回</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">テレビ電話装置その他の情報通信機器を用いた実施の有無</td><td>1　あり</td><td>[2] なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">（方法）</td></tr>
<tr><td colspan="4">2　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>1　代替措置あり</td><td colspan="2">（内容）</td></tr>
<tr><td>2　代替措置なし</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>施設利用に当たっての留意事項</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">高齢者虐待防止のための取組の状況</td><td colspan="3">虐待防止対策検討委員会の定期的な開催</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">指針の整備</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">定期的な研修の実施</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">担当者の配置</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td rowspan="5">身体的拘束等の適正化のための取組の状況</td><td colspan="3">身体的拘束等適正化検討委員会の開催</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">指針の整備</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">定期的な研修の実施</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="4">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）を行うこと</td></tr>
<tr><td>[1] あり</td><td colspan="2">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><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 なし</td></tr>
<tr><td rowspan="6">業務継続計画の策定状況等</td><td colspan="3">感染症に関する業務継続計画</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">災害に関する業務継続計画</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">職員に対する周知の実施</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">定期的な研修の実施</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">定期的な訓練の実施</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">定期的な業務継続計画の見直し</td><td>[1] あり　2 なし</td></tr>
<tr><td>※介護に直接携わる職員に対する、認知症介護基礎研修を受講させるための対応</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">ホームにおけるハラスメントの規定</td><td colspan="2">[1] あり</td><td colspan="2">2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="4">担当窓口：ハラスメント相談窓口
周知方法：社内共有ツールを用いて発信</td></tr>
<tr><td rowspan="2">プライバシーポリシー、個人情報保護規程等</td><td colspan="2">[1] あり</td><td colspan="2">2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">（内容）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>提携ホームへの移行</td><td colspan="4">1　あり（提携ホーム名：＿＿＿＿＿＿）</td></tr>
</table>

【表示事項】		[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	

※看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。

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）

※1＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

重要事項について文書を交付し、説明しました。
説明年月日　　年　　月　　日

説明者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※２　私は重要事項について交付、説明を受け、同意しました。

年　　月　　日

受領（利用申込）者署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※１、２　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。