

ぽれぽれ四条大路すこやかホーム重要事項説明書

年 月 日

利用者に対して、契約書及び書面に基づいて生活支援サービス提供開始にあたり、「利用者」と「事業者」は、両者の間において、以下の条項に基づく重要事項説明書の内容に合意し、本重要事項説明書2通を作成、記名捺印の上、各自その1通を保有します。

利用者（契約者）住所 _____

氏名 _____ 印

身元引受人 住所 _____

氏名（続柄） _____ 印

署名代行人 住所 _____

氏名（続柄） _____ 印

事業者 住所 奈良市登美ヶ丘二丁目2番15号

事業者名 株式会社ひまわりの会

代表者名 酒 井 建 次 ⑩

説明者 事業所名 ぽれぽれ四条大路すこやかホーム

説明者氏名 _____ 印

| | |
|-------|---------------|
| 記入年月日 | 2024年7月 1 日 |
| 記入者名 | 酒 井 建 次 |
| 所属・職名 | 本 部 代 表 取 締 役 |

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) かぶしきがいしゃひまわりのかい 株式会社ひまわりの会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒631-0021 奈良県奈良市登美ヶ丘二丁目 2 番 15 号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0742-53-4165 |
| | FAX番号 | 0742-43-3343 |
| | ホームページアドレス | http:// porepore.co.jp |
| 代表者 | 氏 名 | 酒 井 建 次 |
| | 職 名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 9 年 6 月 11 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. サービス付き高齢者向け住宅の概要

(住まいの概要)

| | | |
|----------|--|-------------------------------------|
| 名称 | (ふりがな) ぽれぽれしじょうおおじすこやかほーむ ぽれぽれ四条大路すこやかホーム | |
| 所在地 | 〒630-8014 奈良県奈良市四条大路二丁目 860 番 1 号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 近鉄新大宮駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 奈良交通バスで乗車 5 分、四条大路 2 丁目停留 所で下車すぐ |
| 連絡先 | 電話番号 | 0742-30-5317 |
| | FAX番号 | 0742-30-5315 |
| | ホームページアドレス | http:// porepore.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 菅野 浩世 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 63 年 6 月 1 日 |
| 事業の開始日 | | 昭和・平成 22 年 11 月 13 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 | 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 | 1,011.39 m ² | | | |
| | 所有関係 | 1 | <div>事業者が自ら所有する土地</div> | | |
| | | 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 | 1502.47 m ² | | |
| | | うち、サービス付き高齢者向け住宅部分 | 405.10 m ² | | |
| | 耐火構造 | 1 | <div>耐火建築物</div> | | |
| | | 2 | 準耐火建築物 | | |
| | | 3 | その他（ ） | | |
| | 構造 | 1 | <div>鉄筋コンクリート造</div> | | |
| | | 2 | 鉄骨造 | | |
| | | 3 | 木造 | | |
| | | 4 | その他（ ） | | |
| | 所有関係 | 1 | <div>事業者が自ら所有する建物</div> | | |
| 2 | | 事業者が賃借する建物 | | | |
| 抵当権の設定 | | 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 | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|----------------------|-------|---------|
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 | 相部屋あり | | | |
| | | | 最少 | 1 人部屋 | | |
| | | | 最大 | 2 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 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.65 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 29.38 m ² | 1 | 一般居室相部屋 |
| | タイプ3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 22.26 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | タイプ4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 19.49 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | タイプ5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 19.65 m ² | 2 | 一般居室個室 |
| | タイプ6 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 19.49 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | タイプ7 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 22.26 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | タイプ8 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| タイプ9 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| タイプ10 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 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 | 0 ケ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 0 ケ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 0 ケ所 | | |
| | 共用浴室 | 1 ケ所 | 個室 | 1 ケ所 | | |
| | | | 大浴場 | ケ所 | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 1 ケ所 | チェアー浴 | ケ所 | | |
| | | | リフト浴 | 1 ケ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | ケ所 | | |
| | | | その他（スライドチェアー付き） | ケ所 | | |
| | 食堂 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | |
| エレベーター | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（車椅子対応） 2 <input checked="" type="checkbox"/> あり（ストレッチャー対応） 3 <input type="checkbox"/> あり（上記1・2に該当しない） 4 <input type="checkbox"/> なし | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし | | | |
| | 火災通報設備 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし | | | |
| | スプリンクラー | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし | | | |
| | 防火管理者 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし | | | |

| | | | | | |
|-----|------|---|----|---|----|
| | 防災計画 | 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 | ①事業の実施に当たっては、高齢者の尊厳を支え、質の高いサービスを提供することに努めます。 ②「尽道楽生」～ゆっくり、楽しく、一緒に～の理念のもと「笑い」と「穏やかな生活」を常に求め、一人一人の尊厳を大切にしてお世話をさせていただきます。 ③家庭的な環境の下で日常生活上のお世話及び生活リハビリテーションを行い、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう援助を行います。 ④健康維持のため健康管理に努め、協力医療機関との連携を密にします。 ⑤自然とのふれあいを大切にします。 ⑥市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 事業の運営に当たっては、安定的かつ継続的な事業運営に努めます。 | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | ばればれ四条大路すこやかホームでは、生活支援サービスと介護保険、医療保険サービスをご利用いただき、病院から退院される中重度要介護者などに対応した介護を行います。また、医療、介護の必要度の高い方に対応するため、主治医と訪問看護ステーション、ケアスタッフが密接に連携し24時間対応いたします。さらに、安心して住み続けていただくため、看取りまでの対応を前提としています。 | | |
| 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 |

(医療連携の内容)

| | | | |
|--------|---|----------|----------|
| 医療支援 | 1 | 救急車の手配 | (無償) |
| ※複数選択可 | 2 | 入退院の付き添い | (応相談・有償) |
| | 3 | 通院介助 | (応相談・有償) |
| | 4 | その他() | |

| | | | |
|----------|---|------|---|
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人 康仁会 西の京病院 |
| | | 住所 | 奈良市六条町102の1 |
| | | 診療科目 | 内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、腎臓内科(人工透析)、糖尿病内科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、眼科、麻酔科、リウマチ科、血管外科、歯科、救急科 |
| | | 協力内容 | 高度医療を必要とする場合の入院・外来・緊急時の対応 |
| | 2 | 名称 | 森田医院 |
| | | 住所 | 奈良市高天市町32 |
| | | 診療科目 | 内科 小児科 放射線科 胃腸科 |
| | | 協力内容 | 医師がホームを定期的に訪問し、受診希望のご利用者への診察をおこなうほか、ご入居者の健康管理上の助言・指導をホーム職員に対しておこないます。また、ご利用者に体調変化等が生じた際には、可能な範囲にて、医師が必要な助言・指示を行います。 |
| | 3 | 名称 | 吉富クリニック |
| | | 住所 | 奈良市西御門町27-1 奈良三和東洋ビル501 |
| | | 診療科目 | 心療内科・神経科・精神科 |
| | | 協力内容 | 認知症等の精神疾患に対する治療、指導、助言 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 富森歯科 油阪診療所 |
| | | 住所 | 奈良県奈良市油阪町 3-20 |
| | | 協力内容 | 歯科、小児歯科、歯科口腔外科、インプラント、歯科審美 |

(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 | <u>あり</u> | 2 | なし |
| | 要支援の者 | 1 | <u>あり</u> | 2 | なし |
| | 要介護の者 | 1 | <u>あり</u> | 2 | なし |
| 留意事項 | ① 契約締結時に原則満60歳以上 ② 規定の利用料の支払いが可能な方 ③ 公的な医療保険に加入されている方 ④ 公的な介護保険に加入されている方 ⑤ 保証人及び引受人を定められる方 ※ 保証人、引受人を定められない場合はご相談させていただきます。 ⑥ ホームの利用契約書・利用規程等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方 | | | | |
| 契約の解除の内容 | 契約書第14条による。 | | | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 契約書第13、15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 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（内容：1泊2日 10,000円（税別）） 2 なし |
| 入居定員 | 9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 | 1 | 1 | 0 | |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | |
| 直接処遇職員 | 8 | 4 | 4 | |
| 介護職員 | 8 | 4 | 4 | |
| 看護職員 | 2 | 0 | 2 | |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | |
| 事務員 | 1 | 0 | 1 | |
| その他職員 | 1 | 1 | 1 | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | |
| ※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 | 7 | 4 | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 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 | 0 | 0 | 0 |

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

| 夜勤帯の設定時間（17時30分～9時30分） | | |
|------------------------|------|----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員 | 0人 | 0人 |
| 介護職員 | 1人 | 0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 <div>あり</div> | | 2 なし | | |
| | 業務に係る資格等 | | 1 <div>あり</div> | | | | | | | |
| | | | 資格等の名称 | | 介護福祉士 | | | | | |
| | | | 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 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------|---|---|---|----|---|----|--|--|--|
| 前年度1年間の 退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| 応じた 業務に従事した 職員の人数 経験年数に | 1年未満 | | | 2 | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | 2 | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | 1 | | | | | | |
| | 10年以上 | | 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 | 目的施設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た上で利用料金の改定を行うことがあります。 | |
| | 手続き | 事前に文書で説明の上、行います。 | |

(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 | | | | |
| | 年齢 | 歳 | | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 22.26 m ² | | 29.38 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 <input type="checkbox"/> | 1 有 2 <input type="checkbox"/> |
| 入居時点で | 前払金 | 円 | 円 |
| 必要な費用 | 敷金 | 210,000 円(非課税) | 345,000 円(非課税) |
| 月額費用の合計 | | 295,900 円(税 込) | 361,900 円(税 込) |
| 家賃 | | 70,000 円(非課税) | 115,000 円(非課税) |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用 | 0 円 | 0 円 |
| | 介護保険外※ ² | | |
| | 食費 (30 日の場合) | 65,760 円(税 込) | 65,760 円(税 込) |
| | 管理費 | 104,500 円(税 込) | 121,000 円(税 込) |
| | 介護費用 | 0 円 | 0 円 |
| | 光熱水費 | 0 円 | 0 円 |
| その他 | | 55,000 円(税 込) | 55,000 円(税 込) |
| ※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 | 居室および共用施設等の家賃相当額です。 |
| 敷金 | 家賃の 3 ヶ月分 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含みません。 |
| 管理費 | 施設の維持・管理費、共用部分の水光熱費、厨房維持費、職員の人件費等 |
| 食費 | 1 食につき 朝食 410 円 (税込) (軽減税率適用) 昼食 924 円 (税込) 夕食 858 円 (税込) 介護食 (ミキサー・きざみ・トロミ) +110 円 (税込) 1 食につき |
| 光熱水費 | 水光熱費は管理費に含みます。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 訪問看護等の介護保険サービスに関わる介護費用 |
| その他のサービス利用料 | 生活支援サービス 55,000 円/月 (税込) ①居室内の清掃 居室内の清掃を行います。 ②洗濯 衣類の洗濯を行います。(ドライなどの特別な洗濯については別途実費をご負担いただきます) ③シーツ交換 定期的にシーツの交換を行います。(失禁などにより汚染した場合は適宜交換します) ④ゴミの回収 定期的にゴミの回収を行います。(大型ゴミは別途業者をご紹介します) |

(財産等の引き取り)

入居者又は身元引受人等は、契約終了日の翌日から起算して7日以内に入居者の所有物等をお引き取りください。

本契約終了日の翌日から起算して8日目より入居者の私物の保管料として管理費の日割を申し受けます。また入居者の所有物等を別室にて保管することがあります。

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 | 3人 |
| | 女性 | 6人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 0人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 0人 |
| | 85歳以上 | 9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 | 0人 |
| | 要介護2 | 0人 |
| | 要介護3 | 4人 |
| | 要介護4 | 0人 |
| | 要介護5 | 5人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 0人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 0人 |
| | 1年以上 5年未満 | 9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 | 90.3歳 |
| 入居者数の合計 | 9人 |
| 入居率※ | 100% |
| ※ 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 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 0人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 0人 |
| | その他 | 0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 | | ぽれぽれ四条大路すこやかホーム |
| 電話番号 | | 0742-30-5317 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | 9:00~18:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~18:00 |
| 定休日 | | なし |

| | | |
|----------|-------|--------------------|
| 窓口の名称 | | 株式会社ひまわりの会 お客様相談窓口 |
| 電話番号 | | 0120-532-315 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | 祝日 9:00~18:00 日曜なし |
| 定休日 | | 土日 |

| | | |
|----------|-------|-------------------|
| 窓口の名称 | | 奈良市役所 介護福祉課 |
| 電話番号 | | 0742-34-1111 (代表) |
| 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 | | 土日祝日 |

| | | |
|------------------|--|------|
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 毎年 1 月 | |
| | | 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 | 2017 年 8 月 16 日 | |
| | | 評価機関名称 | BSI グループジャパン株式会社 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり | 2 なし |
| | 2 なし | | | |

9. ご入居中に起こりうるリスクについて

当施設では入居者が快適な生活を送られますように、安全な環境づくりに努めておりますが、入居者の身体状況や病気にともなう様々な症状が原因となり、下記の危険性があることを十分にご理解ください。

| | |
|--------------|--|
| 《高齢者の特徴に関して》 | <input type="checkbox"/> 歩行時の転倒、ベッドや車いす、椅子、便座からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷等の恐れがあります。 <input type="checkbox"/> 当施設では、原則的に身体拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性あります。 <input type="checkbox"/> 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。 <input type="checkbox"/> 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。 <input type="checkbox"/> 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血ができやすい状態にあります。 <input type="checkbox"/> 加齢や認知症の進行により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。 <input type="checkbox"/> 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患等から急変・急死される場合もあります。 <input type="checkbox"/> 入居者の全身状態が急に悪化した場合、当施設の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。 <input type="checkbox"/> 特に_____様は、身体状況及び服用されている薬の影響等から、() を起こしやすいと考えられます。 これらのことは、ご自宅でも起こり得ることですので、ご理解いただきますようお願い申し上げます。 |
|--------------|--|

10. 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり | <p>(その内容)</p> <p>損害賠償責任保険に加入しております。サービスの提供にあたり、万一事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、直ちに必要な措置を講ずるとともに、速やかに相当因果関係の範囲内の損害を賠償いたします。</p> <p>ご利用者が快適かつ心身ともに充実し安定した生活を営んでいただくために、最善の注意をもってサービス提供を行うよう努めておりますが、通常の注意義務を超えて事故等が発生し、その原因が当事業所に起因しない場合には、責任を負いかねる場合があることを、予めご了承ください。よって例えば、完全な転倒防止等をお約束することはいたしかねます。</p> |
| | 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり | <p>(その内容)</p> <p>万一事故が発生した場合には、「事故発生対応マニュアル」に従い入居者の生命、安全を第一に対応します。</p> <p>事故発生時の状況及び対応を入居者ご家族へ報告し、事故の再発防止に努めます。また、事故の状況によっては市町村をはじめ関係諸機関に報告します。</p> <p>ご利用者・身元引受人におかれましては、医療機関が保険会社に利用者の個人情報を提供することの同意と診断書の取得手続きについてご協力ください。</p> |
| | 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 なし |

11. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---|
| 入居契約書の雛形 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 公開していない |

| | | |
|--|--|--------------|
| 運営懇談会 | 1 <input type="checkbox"/> あり | (開催頻度) 年 1 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし 3 有料老人ホーム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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 | | |

【穏やかで健やかな生活のために身元引受人・ご家族へのお願い】

どちらの入居者も近しい方のご面会を喜ばれますので、ご来館お待ちしております。短時間でも結構です居室に入られた際は、衣類・肌着の交換や冷蔵庫の中の食品の賞味期限切れの確認をお願い申し上げます

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)

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 | ぼれぼれ登美ヶ丘 ぼれぼれ秋篠 | 奈良市登美ヶ丘2-2-15 奈良市秋篠三和町1-1-21 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | ぼれぼれ訪問看護 ステーション | 奈良市四条大路2-860-1 |
| 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 | ぼれぼれ登美ヶ丘 ぼれぼれ四条大路 ぼれぼれ四条大路 リハサロン ぼれぼれ秋篠 ぼれぼれ秋篠Ⅱ | 奈良市登美ヶ丘2-2-15 奈良市四条大路2-860-1 奈良市四条大路2-860-1 奈良市秋篠三和町1-1-21 奈良市秋篠三和町1-388-11 |
| 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 | | |
| 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 | ぼれぼれ登美ヶ丘 | 奈良市登美ヶ丘2-2-15 |
| 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 | ぼれぼれ登美ヶ丘 ぼれぼれ四条大路 | 奈良市登美ヶ丘2-2-15 奈良市四条大路2-860-1 |
| 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 | ぼれぼれ登美ヶ丘 ぼれぼれ四条大路 | 奈良市登美ヶ丘2-2-15 奈良市四条大路2-860-1 |
| 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 | ぼれぼれ登美ヶ丘 ぼれぼれ四条大路 ぼれぼれ秋篠 | 奈良市登美ヶ丘2-2-15 奈良市四条大路2-860-1 奈良市秋篠三和町1-1-21 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | ぼれぼれ登美ヶ丘 ぼれぼれ秋篠 | 奈良市登美ヶ丘2-2-15 奈良市秋篠三和町1-1-21 |
| 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 | ぼれぼれ訪問看護ス テーション | 奈良市四条大路2-860-1 |
| 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 | ぼれぼれ登美ヶ丘 ぼれぼれ四条大路 ぼれぼれ四条大路 リハサロン ぼれぼれ秋篠 ぼれぼれ秋篠Ⅱ | 奈良市登美ヶ丘2-2-15 奈良市四条大路2-860-1 奈良市四条大路2-860-1 奈良市秋篠三和町1-1-21 奈良市秋篠三和町1-388-11 |
| 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 | | |

| | | | | |
|------------------|----|----|----------------------|---------------------------------|
| 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 | ぼれぼれ登美ヶ丘 ぼれぼれ四条大路 | 奈良市登美ヶ丘2-2-15 奈良市四条大路2-860-1 |
| 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 | ぼれぼれ登美ヶ丘 ぼれぼれ四条大路 | 奈良市登美ヶ丘2-2-15 奈良市四条大路2-860-1 |
| 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・総合事業を含む）の指定の有無 | | | | | | | | | | なし | あり |
|----------------------------------|---------------------------------|----|----------------------------|----|----|----|---|---------|------------------------------------|----|----|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担） | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 包含 | 都度 | 料金 | | 備 考 | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | | 原則、訪問介護等の外部の居宅サービスを利用いただきます。 | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | | | | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | | | | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | | | | |
| 生活サービス | | | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 週 2 回（1 回 15 分）実施。 それ以外の清掃は別途費用負担 770 円（税込）/15 分 | | | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 週 1 回実施。それ以外のリネン交換は別途費用負担 | | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | | | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | 実費負担 | | | | |
| おやつ | | | なし | あり | | ○ | 実費負担 | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | 実費負担 | | | | |
| 買い物代行、各種代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | | 通常の利用区域外のは交通費は実費負担 | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | | 原則いたしません。 | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | 実費負担 | | 年 2 回 | | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 随時対応、または嘱託医の来訪時 ※医療費については別途自己負担 | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | | | | |
| 通院・入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | 交通は実費負担 | | | |
| 通院・入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | 交通は実費負担 | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | 交通は実費負担 | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 770 円（税込）/15 分 | 交通は実費負担 | | | |

生活支援サービス

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 | カブシキガイシャヒマワリノカイ |
| | 名 称 | 株式会社ひまわりの会 |
| 事業者の所在地 | 〒631-0004 奈良県奈良市登美ヶ丘二丁目 2 番 15 号 | |
| 事業者の連絡先 | 電話番号 | 0742-53-4165 |
| | FAX 番号 | 0742-43-3343 |
| | ホームページアドレス | http://www.porepore.co.jp |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏 名 | 酒井 建次 |
| | 職 名 | 代表取締役 |

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 | 法人等の種類 | 株式会社 |
| | フリガナ | カブシキガイシャヒマワリノカイ |
| | 名 称 | 株式会社ひまわりの会 |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒631-0004 奈良県奈良市登美ヶ丘二丁目 2 番 15 号 | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 0742-53-4165 |
| | FAX 番号 | 0742-43-3343 |
| | ホームページアドレス | http://www.porepore.co.jp/ |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏 名 | 酒井 建次 |
| | 職 名 | 代表取締役 |
| 事業主体が行っている主な事業等 | 高齢者介護関連事業 グループホーム、デイサービス、訪問介護、訪問看護、居宅介護支援、 家事サービス、サービス付高齢者向け住宅、実務者研修 | |

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 | ポレポレシジョウオオジスコヤカホーム |
| | 名 称 | ぽれぽれ四条大路すこやかホーム |
| 住宅の所在地 | 〒630-8014 奈良県奈良市四条大路二丁目 860 番 1 号 | |
| 住宅の連絡先 | 電話番号 | 0742-30-5317 |
| | FAX 番号 | 0742-30-5315 |
| | ホームページアドレス | http://www.porepore.co.jp/ |
| 住宅の管理者名 | 菅野 浩世 | |
| 住宅の開設年月日 | 平成 22 年 11 月 13 日 | |
| 高齢者向け円滑入居賃貸住宅登録番号 | 第 0021 号 | |
| 居住の契約方式 | 終身賃貸借契約 | |

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 | | |
|---|--------------------|---|
| <p> ばれぼれ四条大路すこやかホームでは、生活支援サービスと介護保険、医療保険サービスをご利用いただき、病院から退院される中重度要介護者などに対応した介護を行います。 また、医療、介護の必要度の高い方に対応するため、主治医と訪問看護ステーション、ケアスタッフが密接に連携し24時間対応いたします。 さらに、安心して住み続けていただくため、看取りまでの対応を前提としています。 </p> | | |
| 生活支援サービスの内容 | | |
| 基本サービス | 料金 | 提供内容・方法 |
| 居室内の清掃、洗濯（ドライなどを除く）、シーツ交換、ゴミの回収 | 55,000 円／月 (税込) | ①居室内の清掃 居室内の清掃を行います。 ②洗濯 衣類の洗濯を行います。(ドライなどの特別な洗濯については別途実費をご負担いただきます) ③シーツ交換 定期的にシーツの交換を行います。(失禁などにより汚染した場合は適宜交換いたします) ④ゴミの回収 定期的にゴミの回収を行います。(大型ゴミは別途業者をご紹介します) |
| 上記以外の生活支援サービス等 | | |
| 食事サービス | | 提供内容・方法 |
| 食事の提供 | | 喫食実績での請求となります。 (朝食 410 円 (税込) (軽減税率適用)、昼食 924 円 (税込)、夕食 858 円 (税込)、介護食 (ミキサー・きざみ・トロミ) +110 円 (税込) 1 食につき) 食事は 4 階リビングで提供します。居室へ配食することもできます。 キャンセル、変更等は提供される日の前日 17 時までにお知らせ下さい。前日 17 時以降の食事のキャンセルは同額をいただきます。 食事は、本住宅厨房専属の調理員により調理いたします。 |

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 | 人数 | 委託先等 |
| | 基本サービススタッフ | 常時 1 人 | 株式会社ひまわりの会 |
| | 調理スタッフ | 1 人～2 人 | 株式会社ひまわりの会 |
| 夜間体制 | 常駐の (<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無) | 1 人 | 株式会社ひまわりの会 |

6. 月額利用料の請求及び支払方法

| 請求方法 | |
|------|---|
| | 利用月の翌月 10 日頃に請求書を発行し、入居者様に送付します。 |
| 支払方法 | |
| | 南都銀行もしくはゆうちょ銀行から毎月 18 日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に自動引落させていただきます。 |

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の状況

| | | |
|-----------------------------|--|--------------|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況 | | |
| 窓口の名称 | ぽれぽれ四条大路すこやかホーム | |
| 電話番号 | 0742-30-5317 | |
| 対応している時間 | 月～土 | 9:00 ～ 18:00 |
| 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 | <p>事業者者は生活支援サービスの提供に伴って自らの故意または過失によって万が一事故が発生し、入居者の生命、身体又は財産に損害を及ぼした場合、事業者は入居者に対して損害を賠償します。</p> <p>なお、事業者は、自己の責に帰すべき事由がない場合、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。</p> <p>一. 天災地変、火災、盗難、暴動等あるいは自由な外出中の事故などにより、入居者が損害を被った場合。</p> <p>二. 入居者が事業者によるサービス実施にあたって必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、あるいは不実の告知を行ったことに起因して入居者に損害が発生した場合。</p> | |

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 | |
| <p>夜間は1階住宅正面玄関を施錠いたします。</p> <p>外泊時は事前にスタッフへご連絡ください。</p> | |

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、1か月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。 | |
| 事業者からの解除 | |
| <p>一. 事業者は、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、かつ通常の生活支援方法では、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。</p> <p>二. 前項の場合、事業者は次の手続を行います。</p> <p>①一定の観察期間をおくこと。</p> <p>②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。</p> <p>③契約解除の通告について一ヶ月の予告期間をおくこと。</p> <p>④前号の通告に先立ち、入居者本人の意思を確認すること。</p> <p>三. 事業者は、入居者が正当な理由なく事業者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入居者に対し、相当の期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払がないときは、この契約を解除することがあります。</p> | |

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 | <input type="checkbox"/> 無 (株式会社損害保険ジャパン) |