

重要事項説明書

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|-------------------------------|---|
| 名称 | カブシキガイシャ ホウジュ 株式会社 芳寿 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒409-0126 山梨県上野原市コモアしおつ1-41-1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0554-20-6001 |
| | FAX番号 | 0554-20-6115 |
| | ホームページアドレス | http://www.ai-ri.com/ |
| 代表者 | 氏名 | 小俣 芳雄 |
| | 職名 | 代表取締役会長 |
| 設立年月日 | 平成15年9月9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. 住まいの概要

| | | |
|-------------|--|---|
| 名称 | アィホーム あい里ホームヴィラ | |
| 所在地 | 〒409-0126 山梨県上野原市コモアしおつ1-41-1 | |
| 交通手段と所要時間 | JR 中央線 四方津駅下車コモアブリッジより徒歩10分 中央高速道上野原インターより車で10分 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0554-56-8920 |
| | FAX番号 | 0554-20-6115 |
| | ホームページアドレス | http://www.ai-ri.com/ |
| 管理者 | 氏名 | 代表取締役社長 小俣 昌登 |
| 施設の類型及び表示事項 | | サービス付き高齢者住宅 |
| 居住の権利形態 | | 利用権方式 |
| 入居時の要件 | | 概60歳以上自立及び要支援・要介護者の方で加齢による身体的障害のため自宅で生活が困難な方 |
| 敷地概要 (権利関係) | | 会社所有 |
| 建物概要 (権利関係) | | 会社所有 平成27年11月27日竣工 |
| 居室の概要 | | 居室19室 (全個室) 15㎡ (1室) |

| | |
|--------|---|
| 居室の設備 | トイレ・洗面台・デジタル回線・ スプリンクラー・緊急通報システム |
| 共用施設概要 | 食堂・浴槽・談話室・洗濯室・洗面室・ トイレ・キッチン・緊急通報システム |

3. 職員体制

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------|--------|
| 管理者 | 常勤兼務 1名 | | |
| 栄養士 | 常勤兼務（併設施設調理員兼務） 1名 | | |
| 調理員 | 非常勤兼務（併設施設調理員兼務） 複数名 | | |
| 状況把握・生活相談サービスを提供する職員 | 常駐する者及び時間帯 | 1名 | 9時～17時 |
| | 常駐する者の不在時の対応及び時間帯 | 緊急通報システム | 17時～9時 |

4. 利用料金

| | |
|-----------------|--|
| 入居までに支払う費用 | |
| 敷金 | 126,000円 |
| 入居後に支払う費用 | |
| 利用料 | 月額 63,000円（非課税） ※居住部分の電気、ガス、上下水道料金も含む |
| 共益費 | 月額 12,000円（非課税） 共用施設内の光熱水費及び維持管理費 |
| 状況把握・生活相談サービスの費 | 月額 17,000円（税込） |
| 支払い方法 | 当月分を翌日の末日まで |
| 入所月の支払 | 入居日が入居月の15日前の場合は利用料、基本サービス費及び共益費は全額、15日以後の場合は半額 ※入居日とは借主の荷物の搬入日 |
| 退所月の支払 | 退所日が退所月の15日前の場合は利用料、基本サービス費及び共益費は半額、15日以後の場合は全額 ※退所日とは借主が明け渡しを完了した日である |
| 不在時の支払 | 不在月の不在合計日数が15日以上の場合は基本サービス費及び共益費は半額、15日未満の場合は管理費及び共益は全額 利用料は不在日数に関わらず全額 |

5. 苦情・事故等に関する体制

| | | |
|---------------|-----------------|--------------|
| 窓口の名称 | 株式会社 芳 寿 | |
| 電話番号 | 0554-20-6001 | |
| 対応している時間 | 平日、土曜 | 9時00分～17時00分 |
| 損害賠償責任保険の加入状況 | あり（介護事業者賠償責任補償） | |

6. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|--------------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に公開又は交付 |
| 管理規程 | 入居希望者に公開又は交付 |
| 事業収支計画書 | 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 公開していない |

7. その他

| | |
|--|---------------------------------|
| 運営懇談会なし | 代替措置 地域との定期的な交流及び家族との連絡体制の確保 |
| 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 | なし |
| 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 | あり |
| 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 | なし |

添付書類：別添1（別を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）

以上のとおり、私は、契約書及び本書面により、重要事項の説明を受けました。

説明年月日 西暦 年 月 日

説明者氏名 (株)芳寿 あい里 小俣 昌登

利用者氏名 _____

連帯保証人氏 _____

別添 1

事業者が運営する介護サービス事業一覧表

| 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 | あい里 | コモアしおつ1-41-1 |
| 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 | あい里 | コモアしおつ1-41-1 |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | あい里 | コモアしおつ1-41-1 |
| ＜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 | あい里 | コモアしおつ1-41-1 |
| ＜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 | あい里 | コモアしおつ1-41-1 |
| 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 | あい里 | コモアしおつ1-41-1 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | あい里 | コモアしおつ1-41-1 |
| ＜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

入居者の個別選択によるサービスの一覧

| 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 | 備 考 | |
|----------------------------------|---------------------------------|----|----------------------------|----|----|----|---------------|----|
| 介護サービス | 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） | | | 都度 | | 料金 |
| | なし | あり | なし | あり | 包含 | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 生活支援サービス契約を参照 | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 生活支援サービス契約を参照 | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 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 | | ○ | 生活支援サービス契約を参照 | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 実費 | |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 月額 3500 円 | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 料金は要相談 | |
| 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 | | ○ | 実費 | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 料金は要相談 | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 料金は要相談 | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | | | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 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 | ○ | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 料金は要相談 | |
| 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 | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | |