

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	令和7年11月15日
記入者名	窪 加奈子
所属・職名	グレースガーデン・管理者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人 / 法人	
	※法人の場合、その種類	
名称	(ふりがな)	
主たる事務所の所在地	〒	
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	
	職名	
設立年月日	年 月 日	
主な実施事業	※別添1（別々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)	
所在地	〒	
主な利用交通手段	最寄り駅	駅
	交通手段と所要時間	
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	
	職名	
建物の竣工日	年	月 日
有料老人ホーム事業の開始日	年	月 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	m ²				
	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			
建物	延床面積	全体				m ²
		うち、有料老人ホーム部分				m ²
	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土地				
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 (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	1 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	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ4	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ7	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ8	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ9	有 / 無	有 / 無	m ²		
タイプ10	有 / 無	有 / 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	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	ヶ所	
	共用浴室	ヶ所	個室	ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他 ()	ヶ所	
	食堂	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	
	4	なし			
消防用 設備等	消火器	1	あり	2	なし
	自動火災報知設備	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
	防災計画	1	あり	2	なし
緊急通報 装置等	居室	1	あり	2	一部あり
	便所	1	あり	2	一部あり
	浴室	1	あり	2	一部あり
	その他 ()	1	あり	2	一部あり
その他					

4. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>「愛・希望・奉仕」</p> <p>愛：愛情を持って心にゆとりを持てる優美な優雅な生活環境に配慮します</p> <p>希望：贅沢な空間と快適サービスが奏でる希望に満ちたワンランク上の『終の住み処』 心地よい生活空間の中で、健やかにそして心穏やかに希望に満ちた第二の人生を</p> <p>奉仕：人生の先輩方に奉仕の精神でつくします</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>医療法人恵愛会が有する上村病院及び介護老人保健施設グレースホーム、グレースホーム通所リハビリテーション、グレースホーム居宅介護支援事業所と連携し、入居者様の快適な生活を確保します。また、24時間職員が常駐し、入居者様の安否確認や生活相談サービスを提供し安心して生活できる環境を整えていきます。</p>
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

<p>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</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>	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
	ADL維持等加算	(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
	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	
退院・退所時連携加算		1 あり	2 なし	
退去時情報提供加算		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	

|

個人用紙の取り扱い	(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
	(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		① 救急車の手配	② 入退院の付き添い	
※ 複数選択可		③ 通院介助	4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	上村病院	
		住所	鹿児島県薩摩川内市東開聞町9-22	
		診療科目	外科・内科・消化器外科・消化器内科・呼吸器外科・呼吸器内科・肛門外科・麻酔科・リハビリテーション科・放射線科	
		協力科目	整形外科・脳神経内科	
		協力内容	入居者の症状の急変時期において相談を行う体制を常時確保	① あり
	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
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容	入居者の症状の急変時期において相談を行う体制を常時確保	1 あり
	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	入居者の症状の急変時期において相談を行う体制を常時確保	1 あり
	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		入居者の症状の急変時期において相談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	入居者の症状の急変時期において相談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	医療法人恵愛会 上村病院
		医療機関の住所	鹿児島県薩摩川内市東開聞町9-22
	2 なし		
協力歯科医療機関	1	名称	慶田歯科医院
		住所	鹿児島県薩摩川内市平佐町3448-1
		協力内容	医学的助言、医療連携による診療対応
	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

入居後に居室を住み替える場合 ※ 複数選択可	1 一時介護居室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室と の仕様の 変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) 2 なし

(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		
契約の解除の内容	入居契約書 第11条 参照	
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 参照
	解約予告期間	入居契約書 第11条 参照
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: 食事・入浴・憩いの時間等の体験) 2 なし (※空室がある場合)	
入居定員	40 人	
その他		

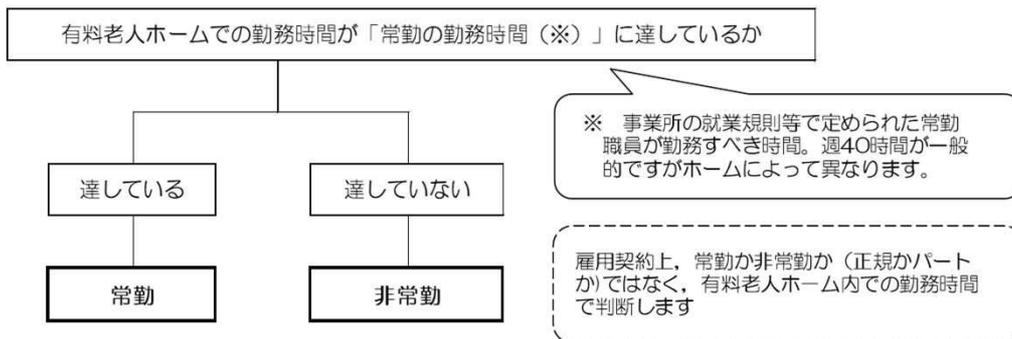
5. 職員体制

※ 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（実人数））

	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			
生活相談員	0（管理者兼務）			
直接処遇職員				
介護職員	9（管理者兼務）		9	
看護職員	2		2	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1	1		
調理員	5	3	2	
事務員	1		1	
その他職員	4		4	
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（住宅型）は、記入不要。				

<参考> 有料老人ホームにおける常勤・非常勤の判断



注1 「有料老人ホームにおける勤務時間」で考えることが基本であることから、原則として、事業所をまたぐ業務の兼任は、常勤ではなく非常勤とし、時間を分けて勤務表を作成します。

注2 有料老人ホーム内で兼務（例：生活相談員と介護職員）している場合は、業務の割合が多い職種で計上してください（双方で計上せず、どちらかで計上します）。

(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	7	7
実務者研修の修了者	1	1
初任者研修の修了者	1	1
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		
はり師		
きゅう師		

(日勤を行う看護・介護職員の人数)

日勤帯の設定時間 (8 : 30 ~ 17 : 30)			
	最少時人数 (休憩者等を除く)		最大時人数
	※1	※2	※1
看護職員	0	人	1 人
介護職員	1	人	3 人

※1 同じ日勤時間帯でも、勤務シフトや他事業所との兼務等の状況によって人数が変動するため、出勤簿を参考に、職員が少ない時間帯と多い時間帯を考慮して記載する。
 ※2 「最少時人数」は、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17 時 分 ~ 9 時 分)		
夜勤帯のうち休憩時間 (2 時間 分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
	※1	※2
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	1 人

※1 常時従事している「平均人数」を整数で記入。宿直者は人数に含まない。
 ※2 「最少時人数」は、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。仮に、夜勤1人の場合、最少時人数は「0人」となる。なお、宿直者は人数に含まない。

(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 あり 2 なし						
	業務に係る資格等	① あり						
	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			
	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				2				
前年度1年間の退職者数			1	3				
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	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			2				
	10年以上		2	7				
	機能訓練指導員		計画作成担当者					
	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							
	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	
	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	
	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						
	年齢		歳		歳		
居室の状況	床面積		m ²		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 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			円		円		
サービス費用	家賃		円		円		
	特定施設入居者生活介護の費用※1		円		円		
	介護保険外※	食費		円		円	
		管理費		円		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、本欄には記入しない）							

—(利用料金の算定根拠)—

費目	算定根拠
家賃	
敷金	家賃の 〇ヶ月分
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	
食費	
光熱水費	
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	

—(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(償却年月数)	〇ヶ月
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)	〇円
初期償却率	〇%
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: 〇〇)

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	4 人
	女性	33 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	3 人
	85歳以上	34 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	5 人
	要介護 1	14 人
	要介護 2	13 人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	2 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6ヶ月未満	9 人
	6ヶ月以上1年未満	4 人
	1年以上5年未満	19 人
	5年以上10年未満	1 人
	10年以上15年未満	4 人
	15年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	92 歳
入居者数の合計	37 人
入居率 ※	93 %

※ 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	2 人
	社会福祉施設	32 人
	医療機関	5 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	39 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	サービス付高齢者向け住宅グレースガーデン 苦情相談窓口	
電話番号	0996-20-2200	
対応している 時間	平日	8時30分～17時30分
	土曜	8時30分～17時30分
	日曜・祝日	8時30分～17時30分
定休日	無し	
窓口の名称	鹿児島県くらし保健福祉部高齢者生き生き推進課	
電話番号	099-286-2703	
対応している時間	8:30～17:15	
定休日	土曜, 日曜, 祝日, 12月29日～1月3日	
窓口の名称	鹿児島県土木部建築課住宅政策室	
電話番号	099-286-3740	
対応している時間	8:30～17:15	
定休日	土曜, 日曜, 祝日, 12月29日～1月3日	
窓口の名称	鹿児島県北薩地域振興局保健福祉環境部地域保健福祉課	
電話番号	099-23-3166	
対応している時間	8:30～17:15	
定休日	土曜, 日曜, 祝日, 12月29日～1月3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	(その内容) 損保ジャパン株式会社 賠償責任保険
	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	(その内容)
	② なし	※介護サービスは委託の為
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	年4回
		結果の開示	① あり 2 なし
第三者による評価の 実施状況	① あり	実施日	年4回
		評価機関名称	福元法律事務所
		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 ③ 公開していない	2 入居希望者に交付
---------	-------------------------	------------

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 4 回	
	2 なし		
	1 代替措置あり	(内容)	
	2 代替措置なし		
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	① あり 2 なし	
	指針の整備	① あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	① あり 2 なし	
	担当者の配置配置	① あり 2 なし	
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	① あり 2 なし	
	指針の整備	① あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	① あり 2 なし	
	担当者の配置	① あり 2 なし	
	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		
	1 あり	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	1 あり 2 なし
② なし			
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	① あり 2 なし	
	災害に関する業務継続計画	① あり 2 なし	
	職員に対する周知の実施	① あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	① あり 2 なし	
	定期的な訓練の実施	① あり 2 なし	
	定期的な業務継続計画の見直し	① あり 2 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	1 あり 2 なし
不適合事項がある 場合の内容	

添付書類： 別添 1（別の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			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし	併設	隣接	
訪問入浴介護	あり	なし	併設	隣接	
訪問看護	あり	なし	併設	隣接	
訪問リハビリテーション	(あり)	なし	併設	隣接	介護老人保健施設グレースホーム 薩摩川内市東郷町斧淵8920
居宅療養管理指導	あり	なし	併設	隣接	
通所介護	(あり)	なし	併設	(隣接)	グレースガーデンデイサービス 薩摩川内市平佐町2850
通所リハビリテーション	(あり)	なし	併設	隣接	介護老人保健施設グレースホーム 薩摩川内市東郷町斧淵8920
短期入所生活介護	あり	なし	併設	隣接	
短期入所療養介護	(あり)	なし	併設	隣接	介護老人保健施設グレースホーム 薩摩川内市東郷町斧淵8920
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設	隣接	
福祉用具貸与	あり	なし	併設	隣接	
特定福祉用具販売	あり	なし	併設	隣接	
＜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	(併設)	隣接	グレースガーデン定期巡回ステーション 薩摩川内市平佐町2850
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設	隣接	
地域密着型通所介護	あり	なし	併設	隣接	
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設	隣接	
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設	隣接	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設	隣接	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設	隣接	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設	隣接	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設	隣接	
居宅介護支援	(あり)	なし	併設	隣接	グレースホーム居宅介護支援事業所 薩摩川内市東郷町斧淵8920
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設	隣接	
介護予防訪問看護	あり	なし	併設	隣接	
介護予防訪問リハビリテーション	(あり)	なし	併設	隣接	介護老人保健施設グレースホーム 薩摩川内市東郷町斧淵8920
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設	隣接	
介護予防通所リハビリテーション	(あり)	なし	併設	隣接	介護老人保健施設グレースホーム 薩摩川内市東郷町斧淵8920
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設	隣接	
介護予防短期入所療養介護	(あり)	なし	併設	隣接	介護老人保健施設グレースホーム 薩摩川内市東郷町斧淵8920
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設	隣接	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設	隣接	
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設	隣接	
＜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	併設	隣接	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設	隣接	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設	隣接	
介護予防支援	あり	なし	併設	隣接	
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設	隣接	
介護老人保健施設	(あり)	なし	併設	隣接	介護老人保健施設グレースホーム 薩摩川内市東郷町斧淵8920
介護療養型医療施設	あり	なし	併設	隣接	
介護医療院	あり	なし	併設	隣接	
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞					
訪問型サービス	あり	なし	併設	隣接	
通所型サービス	(あり)	なし	併設	(隣接)	グレースガーデンデイサービス 薩摩川内市平佐町2850
その他生活支援サービス	あり	なし	併設	隣接	

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						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※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			備考	
	なし	あり	なし	あり	料金（円）		
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり	○	※500円/日	※身体介護（移乗、移動、トイレ誘導、オムツ交換、
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○	※500円/日	更衣、食事介助、口腔ケア等）を行った場合、
おむつ代			なし	あり			1日につき500円（1カ月15,000円上限）
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	1,000円/回	入浴介助、又は清拭を行った場合、1回につき1,000円
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	○	※500円/日	
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	2,000円/回	原則 上村病院
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	○	100～300円/回	洗濯・乾燥：100円、干し・畳み：200円
居室配膳・下膳	なし	あり	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			
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	350円/回	ドラッグストアモリ、コスモス（週1回程度）
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			
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			
入退院時・入院中のサービス							
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			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3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、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、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。

登録事項等についての説明(高齢者住まい法第17条関係)

年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 鹿児島県薩摩川内市東開聞町9-22
 氏名 医療法人 恵愛会
 理事長 進藤 朗子 印
 代理人 住所 鹿児島県薩摩川内市平佐町2850番地
 氏名 サービス付き高齢者向け住宅 グレースガーデン
 管理者 窪 加奈子 印

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく ぐれーすがーでん サービス付高齢者向け住宅 グレースガーデン
所在地	(住居表示) 〒895-0012 鹿児島県薩摩川内市平佐町2850
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(鹿児島本 線 川内 駅から 徒歩 で 4分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
住宅に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
施設に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
敷地に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで

(注)住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) いりょうほうじん けいあいかい 医療法人 恵愛会
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 895-0051) 鹿児島県薩摩川内市東開聞町9-22 電話番号 0996-23-3185
法人の役員	別添 1 のとおり
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	(ふりがな) 商号、名称、又は氏名
	住所(法人 にあって は主たる 事務所の 所在地) 電話番号
	法人の役員別添 2 のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしやむけじゅうたく ぐれーすがーでん サービス付高齢者向け住宅 グレースガーデン		
事務所の所在地	(郵便番号 895-0012) 鹿児島県薩摩川内市平佐町2850	電話番号	0996-20-2200

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	38 戸	
居住部分の規模	(最小)	22.44	m ²
	(最大)	40.5	m ²
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	構造	鉄筋コンクリート一部鉄骨造	階数 2 階建
竣工の年月	平成25 年 10 月 31 日		
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している		
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている		

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	年 月 日から
--------	---------

注) 入居開始年は、西暦で記入すること。

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	
高齢者生活支援サービス	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 0 円
	食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 54,000 円
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 350 円
家賃の概算額	(最低) 約 60,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 90,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 26,000 円		
	(最高) 約 39,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 120,000 円	家賃の 2 月分	
	(最高) 約 180,000 円		
水道光熱費の支払方法	居室のエアコン代については個別メーターにより実費となります。		
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 円	(最高) 約 円	
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃		
	サービス提供の対価		
返還額の算定方法			
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで		
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)		
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他()		
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		
地域密着型特定施設入居者生活	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()		

詳細については、
別添 4
のとおり

介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 () <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託	
委託する業務の内容 (契約事項)		
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
修繕計画		
計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の実施予定	頃実施予定	
その他計画的な修繕予定		
登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数	入居者の数	39 人
	退去者の数	39 人

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設 (該当する場合のみ)

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
グレースガーデンデイサービス	介護保険に基づく通所介護	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
グレースガーデン定期巡回ステーション	介護保険に基づく定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力(該当する場合のみ)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) かみむらびょうびん 上村病院
事業所の所在地	(郵便番号 895-0051) 鹿児島県薩摩川内市東開聞町9-22 電話番号 0996-23-3185
連携又は協力の内容	医療連携による診療および入院、各種検査対応、訪問リハビリ

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) かいごろうじんほけんしせつぐれーすほーむ 介護老人保健施設グレースホーム
事業所の所在地	(郵便番号 895-1106) 鹿児島県薩摩川内市東郷町斧淵8920 電話番号 0996-21-6311
連携又は協力の内容	必要時の入居者様の受入れ(介護保険適用)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ぐれーすほーむつうしよりはびりてーしょん グレースホーム通所リハビリテーション
事業所の所在地	(郵便番号 895-1106) 鹿児島県薩摩川内市東郷町斧淵8920 電話番号 0996-21-6311
連携又は協力の内容	必要時の入居者様のご利用(介護保険適用)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ぐれーすほーむきょたくかいごしえんじぎょうしょ グレースホーム居宅介護支援事業所
事業所の所在地	(郵便番号 895-1106) 鹿児島県薩摩川内市東郷町斧淵8920 電話番号 0996-21-6312
連携又は協力の内容	必要時の入居者様の相談・支援(介護保険適用)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ぐれーすほーむほうもんりはびりてーしょん グレースホーム訪問リハビリテーション
事業所の所在地	(郵便番号 895-1106) 鹿児島県薩摩川内市東郷町斧淵8920 電話番号 0996-21-6311

連携又は協力の内容	必要時の入居者様のご利用(介護保険適用)
-----------	----------------------

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) けいだしかいいん 慶田歯科医院
事業所の所在地	(郵便番号 895-0012) 鹿児島県薩摩川内市平佐町3448-1 電話番号 0996-25-3933
連携又は協力の内容	歯科医療連携による診察や助言

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針

別添5のとおり

12. 登録の申請が基本方針(及び高齢者居住安定確保計画)に照らして適切なものである旨

医療法人恵愛会が有する上村病院及び介護老人保健施設グレースホーム、グレースホーム通所リハビリテーション、グレースホーム居宅介護支援事業所と連携し、入居者様の快適な生活を確保します。また、24時間職員が常駐し、入居者様の安否確認や生活相談サービスを提供し、安心して生活できる環境を整えていきます。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日

借主(乙) 住所

氏名

印

役員名簿

<small>(ふりがな)</small> 氏名	役名等
しんどう あきこ 進藤 朗子	理事長
かみむら みつよ 上村 光代	理事
とよくら かずよ 豊倉 和代	理事
あらき さだお 荒木 貞夫	理事
しんどう としかず 進藤 俊和	理事
つつみだ ひであき 堤田 英明	理事
とよくら しんじ 豊倉 伸二	理事
ごとう たつお 後藤 達男	監事

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

別添 4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する				
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)						
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号				
サービスを提供する法人等の別		<input checked="" type="checkbox"/> 医療法人		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者				
		<input type="checkbox"/> 社会福祉法人		<input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者				
		<input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者				
		<input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 上記以外の法人等				
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	1人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	1人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	2人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	7人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	12人		
			合 計		人員	23人		
常駐する場所		<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内				<input type="checkbox"/> 隣接する土地		
		<input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)						
常駐する日		<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応				<input type="checkbox"/> 次の期間を除く()		
常駐する時間	日中	8	時	30分	～	17 時 30分	人員	7 人
	上記以外の時間	17	時	30分	～	8 時 30分	人員	2 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法		訪室による状況把握					毎日	2 回
		<input checked="" type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)						
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	時 分 ～ 時 分					
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間					
	通報方法	居室各所に設けられたナースコールにて通報						
	通報先	同一建物内の事務所		通報先から住宅までの到着予定時間			3分	
緊急時における対応の内容		各居室やトイレに設置されている緊急呼び出しボタンのコールが押された場合は、ケアスタッフが居室等に駆け付け対応致します。						
生活相談サービスの内容		日常生活を送る中で、お困りのこと、ご不安等について住宅職員がご相談をお受けします。						
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応		<input type="checkbox"/> その他()				
	提供時間	8	時	30	分	～	17 時 30 分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	0 円	前払金の算定方法				
	前払金	約	0 円					
備考								

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他()			
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない()			
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他()			
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 54,000 円	内訳	朝食 500 円	昼食 650 円 夕食 650 円
	前払金	約 円	前払金の 算定方法		
備考	お粥、塩分・カロリー調整食、きざみ食など対応 一時的な体調不良や感染予防のため、各居室への配食対応をすることがあります。				

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護			
		<input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	入浴介助、又は清拭を行った場合、1回につき1,000円。 身体介護(移乗・移動、トイレ誘導、オムツ交換、更衣、食事介助、口腔ケア等)を行った場合、1日につき500円(1ヶ月15,000円上限)。				

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約	円	前払金の 算定方法
		前払金	約	0	
備考		職員が、洗濯・乾燥を行った場合、1回につき100円。 干し・畳みを行った場合、1回につき200円。 洗濯から畳みまで行った場合、1回につき300円。 ※月額ではありません。コインランドリー代は別途必要です。			

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約	円	前払金の 算定方法
		前払金	約	円	
備考		職員が、医療機関への通院の付き添いを行った場合に、1回につき算定されます。 ※協力医療機関への付き添い: 1時間2000円、以降1時間を超えるごとに1000円 その他医療機関への付き添い: 1時間3000円、以降1時間を超えるごとに1500円			

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	買い物代行		
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約 350 円	前払金の 算定方法	
		前払金	約 円		
備考		1回につき、算定されます。※月額ではありません ※代行できる店舗に指定があります。詳しくはスタッフにお問い合わせください。			

運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催, 指針の整備, 研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ