

別紙様式

## 重要事項説明書

記入年月日	令和7年11月5日
記入者名	上福元 隆
所属・職名	法人本部・統括本部長

※ 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（別の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	㎡				
	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				㎡
		うち、有料老人ホーム部分				㎡
	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				
	【表示事項】	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	㎡		
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ4	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ7	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ8	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ9	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ10	有 / 無	有 / 無	㎡		
※ 「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		うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
		ヶ所	うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所
	共用浴室		個室	ヶ所
		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			
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	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 ( )	1 あり	2 一部あり	3 なし
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	利用者の生活と心身機能の特性を考慮した住宅機能を整備し、要介護時においては各種の在宅サービスを活用した福祉機能を備え、その自立生活の維持に努めることにより、利用者が住み慣れた地域での生活が継続可能なサービスの提供を行うと共に、利用者に自立の気持ちさえあればいつまでも住める環境づくりを、自ら進んで取り組めるよう援助し、清潔で明るく住みよい施設づくりに努めます。				
サービスの提供内容に関する特色	食事は選択食にし、食べる事への楽しみを提供出来るようにしております。また、高齢者に必要な栄養量を満たす食事の提供を行い、自室での調理や外食も自由にでき、一般の家庭に近い食事形態と季節を感じていただける献立にできるように配慮していきます。				
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	入居継続支援加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
※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。	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	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	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)	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
※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。	退去時情報提供加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	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	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	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	こまき内科循環器科クリニック		
		住所	鹿児島県始良市宮島町55番地10		
		診療科目	内科・循環器内科・呼吸器内科・消化器内科 ・リハビリテーション科・糖尿病内科		
		協力科目	内科・循環器内科・呼吸器内科・消化器内科 ・リハビリテーション科・糖尿病内科		
		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	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
	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	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
	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	
		医療機関の住所	
	2	なし	
協力歯科医療機関	1	名称	こまる歯科
		住所	鹿児島県姶良市東餅田396番地1
		協力内容	緊急時対応
	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
		2	なし	
	便所の変更	1	あり	2 なし
		2	なし	
	浴室の変更	1	あり	2 なし
		2	なし	
洗面所の変更	1	あり	2 なし	
	2	なし		
台所の変更	1	あり	2 なし	
	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	<p>賃貸人は、賃借人が次に掲げる義務に違反した場合において、賃貸人が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第4条第1項に規定する賃料支払義務 二 第5条第2項に規定する共益費支払義務 三 第7条第3項に規定する生活支援サービス料金支払義務</p> <p>2 賃貸人は、賃借人が次に掲げる義務に違反した場合において、賃貸人が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されずに当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務 二 第9条各項に規定する義務(同条第3項に規定する義務のうち、別表第1第六号から第八号までに掲げる行為に係るものを除く。) 三 その他本契約書に規定する賃借人の義務</p> <p>3 賃貸人は、賃借人が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。</p> <p>4 賃貸人又は賃借人の一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第8条各号の確約に反する事実が判明した場合 二 契約締結後に自ら又は自らの役員が反社会的勢力に該当することとなった場合</p> <p>5 賃貸人は、賃借人が別表第1第六号から第八号までに掲げる行為を行った場合には、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>賃貸借契約書 特約条項 第2条</p> <p>下記の条項に該当する場合は、契約を解除するものとします。</p> <p>① 賃借人は入居して1年ごとに医師の診察を受け、その診断に基づき身体的、精神的に本物件での自立した生活が困難であると認められた場合。ただし、入居1年未満であっても本物件の管理運営に支障を及ぼす場合には、その都度医師の診察を受ける事とし、賃借人、又は連帯保証人の同意を得た上で契約を解除することとします。</p> <p>② 賃借人が賃貸人に対し、不当な要求や迷惑な行為を繰り返し行う場合。</p> <p>③ 賃借人が入居後、自ら又は自らの役員が反社会的勢力に該当した場合。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第11条1項・2項・3項・4項・5項 特約条項 第2条	
	解約予告期間	ヶ月	
入居者からの解約予告期間	第12条1項・2項		
体験入居の内容	1 あり (内容: 部屋の空き状況により変動します。) 2 なし		
入居定員	19 人		
その他	※2人で部屋を使用した場合入居定員は31名になる。		

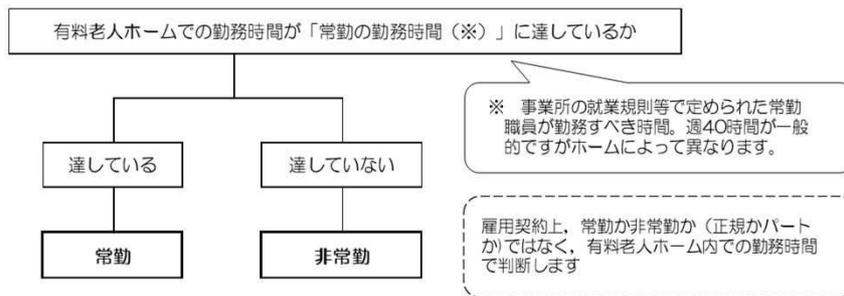
## 5. 職員体制

※ 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	1		1
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	4	1	3	2.5
事務員				
その他職員	12		12	2.1
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（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		
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		
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 ( 時 ~ 時 )		
	最少時人数 (休憩者等を除く) ※1 ※2	最大時人数 ※1
看護職員	人	人
介護職員	人	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 ( 時 分 ~ 時 分 )		
夜勤帯のうち休憩時間 ( 時間 分 )		
	平均人数 ※1	最少時人数 (休憩者等を除く) ※2
看護職員	人	人
介護職員	人	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					
		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							
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						
		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 <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
	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 介護保険外※	家賃	円	円
	特定施設入居者生活介護の費用※1	円	円
	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	5 人
	女性	10 人
年齢別	65歳未満	0 人
	65歳以上75歳未満	1 人
	75歳以上85歳未満	6 人
	85歳以上	8 人
要介護度別	自立	7 人
	要支援 1	2 人
	要支援 2	4 人
	要介護 1	1 人
	要介護 2	1 人
	要介護 3	0 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6ヶ月未満	2 人
	6ヶ月以上1年未満	0 人
	1年以上5年未満	5 人
	5年以上10年未満	5 人
	10年以上15年未満	3 人
	15年以上	0 人

**(入居者の属性)**

平均年齢	85 歳
入居者数の合計	15 人
入居率 ※	79 %

※ 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	2 人
	医療機関	2 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・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 (担当者: 管理者)
電話番号		0995-67-0770
対応している時間	平日	9:00~18:30
	土曜	9:00~18:30
	日曜・祝日	9:00~18:30
定休日		年中無休
窓口の名称		鹿児島県始良・伊佐地域振興局 (支庁) 保健福祉環境部地域保健福祉課
電話番号		0995-44-7964
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

### (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) あいおいニッセイ同和損保
	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	
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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況	① あり	実施日	毎年3月頃
		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	
		評価機関名称	
	② なし	結果の開示	1 あり      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 3 公開していない	2 入居希望者に交付
管理規程	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
事業収支計画書	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
財務諸表の要旨	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
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	1	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	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	訪問看護ステーションこもれ陽 始良市宮島町55番地8
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設	隣接	こまき内科循環器科クリニック 始良市宮島町55番地10
居宅療養管理指導	あり	なし	併設	隣接	こまき内科循環器科クリニック 始良市宮島町55番地10
通所介護	あり	なし	併設	隣接	
通所リハビリテーション	あり	なし	併設	隣接	こまき内科循環器科クリニック 始良市宮島町55番地10
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	
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	あり	なし	併設	隣接	
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	居宅介護支援事業所虹の陽 始良市宮島町55番地8
＜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	訪問看護ステーションこもれ陽 始良市宮島町55番地8
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設	隣接	こまき内科循環器科クリニック 始良市宮島町55番地10
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設	隣接	こまき内科循環器科クリニック 始良市宮島町55番地10
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設	隣接	こまき内科循環器科クリニック 始良市宮島町55番地10
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設	隣接	こまき内科循環器科クリニック 始良市宮島町55番地10
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設	隣接	
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	
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
		包含※2 （月額料金 を含む）	※2 都度払い	※3 料金 （円）		
<b>介護サービス</b>						
食事介助	なし	あり	なし	あり		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		
おむつ代			なし	あり		
入浴（一般浴）介助	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・着脱）	なし	あり	なし	あり		
機能訓練	なし	あり	なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり		
<b>生活サービス</b>						
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		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○	食事料金(朝食450円・昼食550円・夕食550円)を含む
入居者の嗜好に応じたおやつ			なし	あり		
理美容師による理容			なし	あり		
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	500円 週1回実施(職員が購入する)
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		
<b>健康管理サービス</b>						
定期健康診断			なし	あり	○	協力医療機関にて特定健診実施(希望者のみ)
健康相談	なし	あり	なし	あり	○	医療機関にて実施(利用者の所得等に応じて負担割合が変わる)
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○	医療機関にて実施(利用者の所得等に応じて負担割合が変わる)
服薬支援	なし	あり	なし	あり		
生活リズムの記録	なし	あり	なし	あり		
<b>入退院時・入院中のサービス</b>						
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		
入院中の洗濯物交換	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、月額のサービス費用に包含される場合と、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。

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
こまき しんいちろう 小牧 伸一郎	理事長

---

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。



---

法第6条第1項第4号の役員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 3

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	25.72	○	○	○	○	○	○	1	210	40,000
1	26.20	○	○	○	○	○	○	1	208	45,000
1	28.59	○	○	○	○	○	○	5	202. 206. 302. 402. 406	50,000
1	30.01	○	○	○	○	○	○	3	207. 307. 407	50,000
1	30.29	○	○	○	○	○	○	6	203. 205. 303. 305. 403. 405	55,000
1	34.87	○	○	○	○	○	○	3	201. 301. 401	60,000

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
コミュニ ティー ルーム	1	36.03	3階	19	

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>				
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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 上記以外の法人等</span>					
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 checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	2人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	人
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	1人
			合 計		人員	4人
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地</span> <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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 次の期間を除く( )</span>					
常駐する時間	日中	9 時 00分	～	18 時 30分	人員	3人
	上記以外の時間	18 時 30分	～	9 時 00分	人員	1人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	インターホンを使用し連絡する。 <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	9 時 0 分	～	9 時 00分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	緊急通報ボタン(3カ所)、ナースコール(1カ所)				
	通報先	宿直室、クリニック、ALSOK		通報先から住宅までの到着予定時間	3分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 14,000 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 type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 3食 <input checked="" 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 46,500 円	内訳	朝食 450 円	昼食 550 円 夕食 550 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
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。

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 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )		
		内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input 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	円		
備考					

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 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )		
		内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input 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	円		
備考					

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 checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input 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 10,000 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考					

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 type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他( )		
			買物代行サービス		
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		施設職員が、ご入居様より依頼された買物を行います。 提供日 毎週木曜日 料 金 500円/回			