

重要事項説明書

記入年月日	令和1/9/2
記入者名	[REDACTED]
所属・職名	サ高住ほまれ

1. 事業主体概要

種類	<input checked="" type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 法人		
	※法人の場合、その種類		
名称	(ふりがな) ぬるき てつや		
	塗木 哲哉		
主たる事務所の所在地	〒893-0014 鹿児島県 鹿屋市 寿 5丁目 15番 5号		
連絡先	電話番号	090-3016-6261	
	FAX番号		
	ホームページアドレス		
代表者	氏名	塗木 哲哉	
	職名		
設立年月日	昭和・平成 51年 6月 4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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく ほまれ		
	サービス付き高齢者向け住宅 ほまれ		

所在地	〒892-0838 鹿児島市 新屋敷町 30番 23号		
主な利用交通手段	最寄駅	鹿児島中央 駅	
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 鹿児島市営バス（最寄りバス停：がんがら橋） ②市電の場合 新屋敷電停下車、徒歩8分	
連絡先	電話番号	099-298-9541	
	FAX番号	099-298-9542	
	ホームページアドレス	http://oasiscare.jp	
管理者	氏名	[REDACTED]	
	職名	施設長	
建物の竣工日		昭和・平成	25年 10月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	25年 11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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	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	228.95㎡	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		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	686.06 ㎡
		うち、老人ホーム部分	649.96 ㎡

	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他()				
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	25.38㎡	4	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	25.02㎡	2	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	29.13㎡	2	一般居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	50.76㎡	2	一般居室相部屋
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	54.17㎡	3	一般居室相部屋
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
※「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ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	0ヶ所		
	共用浴室	0ヶ所	個室	0ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
共用浴室における	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所			
		リフト浴	0ヶ所			

			ストレッチャー浴	0ヶ所
			その他()	0ヶ所
	食堂	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	防災計画	<input type="checkbox"/> 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	生活相談を通じて、居住者の心身の健康状態等の把握に努め、必要に応じて適切なサービスに繋げる事が出来る様、地域の社会福祉資源(介護事業所・医療機関等)や行政窓口(長寿あんしん相談センター、区市町村高齢担当課・保健所等)と速やかに連絡が取れる連携体制を整えています。又、悪質業者による経済的被害に備え、消費者生活センターや警察等とも速やかに連絡が取れる様、連携体制も整えています。個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営む事が出来る様に支援致します。			
サービスの提供内容に関する特色	介護度が高くなったとしても、介護保険や介護保険外サービスを検討しながら支援させていただきます。			
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし	
食事の提供	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし	
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし	
健康管理の供与	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし	
生活相談サービス	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	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	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
	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	
	看取り介護加算	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
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1	あり	2	なし
		(I)ロ	1	あり	2	なし
(II)		1	あり	2	なし	
(III)		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)			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援		1	救急車の手配
※複数選択可		2	入退院の付き添い
		3	通院介助
		4	その他 (健康管理)
協力医療機関	1	名称	医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会病院
		住所	鹿児島市下荒田3丁目8-1
		診療科目	内科、呼吸器内科、整形外科等
		協力内容	緊急時の対応
	2	名称	医療法人天翔会 五反田内科クリニック
		住所	鹿児島市薬師2丁目7番62号
		診療科目	内科、皮膚科、眼科
		協力内容	往診、緊急時の対応
協力歯科医療機関		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
留意事項	60歳以上の方または要介護、要支援認定を受けている方及びその同居者。同居者は配偶者、60歳以上の親族、要介護、要支援認定を受けている親族。				
契約の解除の内容	(1) 支援事業者が正当な理由なくサービスを提供しないとき (2) 支援事業者が守秘義務に違したとき (3) 支援事業者が、利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行ったとき (4) 支援事業者が破産申し立てをしたとき				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第8条			
	解約予告期間	ある一定期間の観察期間を設ける 1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:)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし			
入居定員	18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 12		
		常勤	非常勤
管理者	1	1	
生活相談員			
直接処遇職員			
介護職員	11	4	7
看護職員			
機能訓練指導員			
計画作成担当者			
栄養士			
調理員			
事務員			
その他職員			
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 8	
	常勤	非常勤
社会福祉士		
介護福祉士	3	2
実務者研修の修了者		2
初任者研修の修了者	1	
介護支援専門員		

	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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ()		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	1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)	

※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	
	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		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり							
	資格等の名称	介護福祉士								
	2 なし									
前年度1年間の採用者数	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
			1	2						

	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	141,000円	165,000円
月額費用の合計		77,750円	121,750円
	家賃	47,000円	55,000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	自炊 36,000円
		管理費	5,000円
		介護費用	0円
		光熱費	個別に契約
		その他(生活支援サービス費)	25,750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）			

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	近傍同種を参考に家賃設定
敷金	家賃の 2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	共用施設の維持管理費・事務費
食費	外部事業所との個別契約（目安：朝食250円、昼食475円、夕食475円）
光熱水費	個別メーターがあり、個別契約
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等	生活支援サービス費

（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（上乘せサービス）	
※ 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)		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【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	3人
	女性	9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	3人
	85歳以上	8人
要介護度別	自立	4人
	要支援1	3人
	要支援2	人
	要介護1	2人
	要介護2	1人
	要介護3	0人
	要介護4	1人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	10人

	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人

(入居者の属性)

平均年齢	76歳
入居者数の合計	11人
入居率	84,6%
※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	1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	1人	
	(解約事由の例) 海外移住	

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	サービス付き高齢者向け住宅 ほまれ	
電話番号	099-298-9541	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日	12月29日~1月3日。必要に応じて対応致します。	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 速やかに担当者が対応します。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	常時、ご意見箱を設置
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
-------	--	--------------

	2 なし				
	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 代替措置なし</td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)	2 代替措置なし	
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 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					
不適合事項がある場合の内容					

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)

※ _____ 様

説明年月日 平成 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。

施設長	

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	オアシスケア新屋敷	鹿児島市新屋敷30番23号
訪問入浴介護	あり	なし	オアシスケア新屋敷	鹿児島市新屋敷30番23号
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーションオアシスケア	鹿児島市吉野町8859番地5号
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	オアシスケア郡元	鹿児島市郡元6番28号
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	オアシスケア城西	鹿児島市永吉二丁目37番14号
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	オアシスケアヴィラ霧島	霧島市田口2280番94
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		
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	オアシスケア西坂元	鹿児島市西坂元町6番3号
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		
地域密着型通所介護	あり	なし	オアシスケア郡元	鹿児島市郡元6番28号
居宅介護支援	あり	なし	オアシスケア薬師	鹿児島市 薬師一丁目20番21号
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	オアシスケア新屋敷	鹿児島市新屋敷30番23号
介護予防訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーションオアシスケア	鹿児島市吉野町8859番地5号
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	オアシスケア城西	鹿児島市永吉二丁目37番14号
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	オアシスケアヴィラ霧島	霧島市田口2280番94
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		
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	オアシスケア西坂元	鹿児島市西坂元町6番3号
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

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	特定施設入居者生活介護費（利用者が全額負担）		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※2	都度※2	料金※3	備考
	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）	なし	あり	あり				
介護サービス								
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			1回/300円	1回当たり5～10分 (36,000円/月)
おむつ代	なし	あり	なし	あり				
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				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり			1回/1,620円	60分
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/21,600円	ゴミ出しサービスのみ (11,000円) 洗濯サービスのみ (15,000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	なし	あり				
おやつ	なし	あり	なし	あり				
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり				居室迄来て頂ける理美容のご案内。 ※利用ができる範囲を明確化すること
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
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	なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断	なし	あり	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				※回数（年〇回など）を明記すること
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								
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				

※1：利用者の所得等に依り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、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に依りて、いずれかの欄に〇を記入する。

※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
氏名
代理人 住所
氏名

印
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 ほまれ サービス付き高齢者向け住宅 ほまれ
所在地	(住居表示) 鹿児島市 新屋敷町 30番 23号
利用交通手段	<input type="checkbox"/> 1.電車(線 駅から で 分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他(市電で新屋敷電停下車、徒歩8分)
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 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
施設に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 平成 年 月 日から 平成 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 平成 年 月 日から 平成 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 type="checkbox"/> 法人 <input checked="" type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) ぬるき てつや 塗木 哲哉
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 893-0014) 鹿児島県 鹿屋市 寿 5丁目 15番 5号 電話番号 090-3016-6261
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)
事務所の所在地	(郵便番号)) 電話番号

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	13 戸
居住部分の規模	(最小)	25.02 m ²
	(最大)	54.17 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 造 階数 7 階建
竣工の年月	2015 年 10 月 1 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	2013 年 11 月 1 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 checked="" type="checkbox"/> 委託	約 25,750 円
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 36,000 円
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	健康の維持増進	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約 47,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 55,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 0 円		
	(最高) 約 0 円		
敷金の概算額	(最低) 約 141,000 円	家賃の 2 月分	
	(最高) 約 165,000 円		
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	

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
		<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
		<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) でいさーびすおあしすけあこおりもと デイサービス オアシスケア郡元
事業所の所在地	(郵便番号 890-0084) 鹿児島県鹿児島市郡元町6番28号 電話番号 099-296-9110
連携又は協力の 内容	通所介護施設であり、食事、入浴、外出の機会など日常生活上の為の世話を日帰りで行います。

10. 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

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

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

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ルームタイプ	25.38	○	○	○	○	○	○	2	201.301	49,000
	25.38	○	○	○	○	○	○	2	202.302	48,000
"	25.02	○	○	○	○	○	○	2	203.303	47,000
"	29.13	○	○	○	○	○	○	2	205.305	55,000
2LDKタイプ	50.76	○	○	○	○	○	○	2	401.501	76,000
"	54.17	○	○	○	○	○	○	3	402.502.602	79,000

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
浴室					
台所	1	53.61㎡	6階	1戸	
食堂					
居間					
収納設備					

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。

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 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 checked="" 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) たくはいくつくわんつーすりーかごしまちゅうおうおてん 宅配クック123鹿児島中央店			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 890-0023)	鹿児島県鹿児島市永吉2丁目36番17号 電話番号 099-206-8839		
	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 890-0023)	鹿児島県鹿児島市永吉2丁目36番17号 電話番号 099-206-8839		
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 type="checkbox"/> 厨房で調理 <input checked="" 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 36,000 円	内訳	朝食 250 円	昼食 475 円 夕食 475 円
	前払金	約 円	前払金の算定方法		
備考	管理栄養士が献立を作成し、食事の提供を行います。疾患に応じた治療食や嚥下状態に合わせた食形態等に対応します。※おかゆ、刻み食は料金は変わりません。				

※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 checked="" 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) かいごのもりかぶしきがいしゃ 介護の森株式会社			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 892-0828) 鹿児島県鹿児島市金生町7番10号-7階		電話番号 099-295-4155	
	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 892-0838) 鹿児島県鹿児島市新屋敷町30番23号		電話番号 099-298-9541	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(人員配置をしますので事前に予約が必要です。)		
		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	介護保険 適用有	前払金の 算定方法		
	前払金	約 円			
備考		介護保険で対応できない場合は、自費サービスで対応します。			

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 checked="" 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) かいごのもりかぶしきがいしゃ 介護の森株式会社			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 892-0828) 鹿児島県鹿児島市金生町7番10号-7階		電話番号 099-295-4155	
	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 892-0838) 鹿児島県鹿児島市新屋敷町30番23号		電話番号 099-298-9541	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(人員配置をしますので事前に予約が必要です。)		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	介護保険 適用有	前払金の 算定方法		
	前払金	約 円			
備考		介護保険で対応できない場合は、介護保険外での対応となります。 1時間当たり、1,620円からとなります。			

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 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 checked="" 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) かいごのもりかぶしがいしゃ 介護の森株式会社			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 892-0828) 鹿児島県鹿児島市金生町7番10号-7階		電話番号 099-295-4155	
	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 892-0838) 鹿児島県鹿児島市新屋敷町30番23号		電話番号 099-298-9541	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(人員配置をしますので事前に予約が必要です。)		
		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 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	介護保険 適用有	前払金の 算定方法		
	前払金	約 円			
備考		血圧測定や定期健診等、医療的な介護保険の支援が必要な場合は、連携している病院や診療所又は、訪問看護ステーションをご紹介します。			

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 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 checked="" 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) かいごのもりかぶしがいしゃ 介護の森株式会社			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 892-0828) 鹿児島県鹿児島市金生町7番10号-7階		電話番号 099-295-4155	
	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(人員配置をしますので事前に予約が必要です。)		
			理美容サービスの紹介、付き添い、送迎、事務手続きなど		
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		居室にきていただける理美容会社をご紹介します。理美容代は実費となります。介護保険で対応できない場合は介護保険外での対応となります。1時間当たり1,620円からとなります。			