

重要事項説明書

記入年月日	令和元年7月1日
記入者名	[REDACTED]
所属・職名	小規模多機能ホームすばる・管理者

1. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	医療法人明輝会が有する医療及び各種介護事業と連携し、高齢者の安心をサポートします。快適な居住環境を確保するとともにケアの専門家による安否確認や生活相談サービスを提供することにより、高齢者が安心して暮らすことができる施設です。
サービスの提供内容に関する特色	小規模多機能ホームすばるの職員が24時間体制で対応し、夜間は、緊急通報サービスによる対応を行う。
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	※複数選択可			① 救急車の手配
				2 入退院の付き添い
				3 通院介助
				4 その他 ()
協力医療機関	1	名称	内村川上内科	
		住所	鹿児島市川上町2750番地の18	
		診療科目	内科・肝臓内科・消化器内科・呼吸器内科・循環器内科・放射線科・代謝内科・糖尿病内科	
		協力内容	急変時の往診・入院	
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力内容		
協力歯科医療機関	名称	大田歯科医院		
	住所	鹿児島市本名町800-32		
	協力内容	歯科通院及び往診		

(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	医療施設ではありません。洗濯・掃除等のサービスは行いません。職員は緊急対応のみで、常駐しません。賃料・共益費等の費用は入院等の場合でも契約期間中発生します。		
契約の解除の内容	他の入居者に迷惑をかける場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	賃料の滞納が2ヶ月に及ぶ場合	
	解約予告期間	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:) ② なし		
入居定員	9 人		
その他			

2. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1 (兼務)	1 (兼務)		
生活相談員	1 (兼務)	1 (兼務)		
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				
事務員				
その他職員				
※ 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。				

3. 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	2 人
	女性	7 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	1 人
	85歳以上	7 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	2 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	3 人
	要介護 2	0 人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	1 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	3 人
	5年以上10年未満	4 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	86.7 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	1 人
	医療機関	0 人
	死亡者	1 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	1 人 (解約事由の例) 本人より他住宅系への入居希望があったため解約となる。

4. 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)

窓口の名称		小規模多機能ホームすばる
電話番号		099-295-3270
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	対応不可
	日曜・祝日	対応不可
定休日		土曜日・日曜日及び祝日
窓口の名称		鹿児島市役所 健康福祉局すこやか長寿部長寿あんしん課 長寿施設係
電話番号		099-216-1147
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜	対応不可
	日曜・祝日	対応不可
定休日		土曜日・日曜日及び祝日

(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) 保険契約約款に定める障害・死亡等の保証を行う
	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) 死亡・障害補償等
	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、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		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	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

5. 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 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない

6. 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	
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)

※

様

説明年月日 令和 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

医療法人 明輝会

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	ヘルパーステーションよしの	鹿児島市吉野二丁目17-15
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	よしの訪問看護ステーション	鹿児島市吉野二丁目17-15
訪問リハビリテーション	あり	なし	内村川上内科・吉野東ホームクリニック・ろうけん青空	鹿児島市川上町2750-18・鹿児島市吉野町5208-1・鹿児島市吉野町6040-7
居宅療養管理指導	あり	なし	内村川上内科 吉野東ホームクリニック	鹿児島市川上町2750-18 鹿児島市吉野町5208-1
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし	通所リハビリテーションかがやき・通所リハビリテーション青空・デイケア	鹿児島市川上町2750-18・鹿児島市吉野町6040-7 鹿児島市吉野町5208-1
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし	ろうけん青空 サテライトろうけん青空	鹿児島市吉野町6040-7 鹿児島市川上町2750-38
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	ケアステーション24御石寛	鹿児島市吉野二丁目17-15
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	グループホーム兼道・グループホームひばり	鹿児島市吉野町2826-1・鹿児島市吉野町2042
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	小規模多機能ホームひばり 小規模多機能ホームすばる	鹿児島市吉野町2042 鹿児島市川上町2750-43
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホームよしの村・グループホーム兼道・グループホームひばり	鹿児島市吉野町3822-1・鹿児島市吉野町2826-1 鹿児島市吉野町2042
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		
居宅介護支援	あり	なし	ケアセンターよしの ケアセンターかんまち	鹿児島市吉野二丁目17-15 鹿児島市大滝町7-3
< 居宅介護予防サービス >				
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	よしの訪問看護ステーション	鹿児島市吉野二丁目17-15
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	内村川上内科 吉野東ホームクリニック	鹿児島市川上町2750-18 鹿児島市吉野町5208-1
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	内村川上内科 吉野東ホームクリニック	鹿児島市川上町2750-18 鹿児島市吉野町5208-1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	通所リハビリテーションかがやき・通所リハビリテーション青空・デイケア	鹿児島市川上町2750-18・鹿児島市吉野町6040-7 鹿児島市吉野町5208-1
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	ろうけん青空 サテライトろうけん青空	鹿児島市吉野町6040-7 鹿児島市川上町2750-38
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	グループホーム兼道・グループホームひばり	鹿児島市吉野町2826-1・鹿児島市吉野町2042
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	小規模多機能ホームひばり 小規模多機能ホームすばる	鹿児島市吉野町2042 鹿児島市川上町2750-43
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	ろうけん青空 サテライトろうけん青空	鹿児島市吉野町6040-7 鹿児島市川上町2750-38
介護療養型医療施設	あり	なし		

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（利用者が一部負担※1）			実施するサービス			包含※2			都度※2			料金※3			備考		
介護サービス																						
食事介助	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
おむつ代	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
特浴介助	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
機能訓練	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
通院介助	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
生活サービス																						
居室清掃	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
リネン交換	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	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	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
おやつ	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
買い物代行	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
夜所手続き代行	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
健康管理サービス																						
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
健康相談	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
服薬支援	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	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	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	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於いて、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）

令和 年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 鹿児島市川上町2750番地の18
 氏名 医療法人明輝会 理事長川上秀一 印
 代理人 住所
 氏名 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こち サービス付き高齢者向け住宅東風
所在地	(住居表示) 鹿児島市川上町2750番地43
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (鹿児島中央駅からバスで40分降車後徒歩5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 平成 年 月 日から 平成 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 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
敷地に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 平成 24 年 12 月 1 日から 令和 14 年 11 月 30 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) いりょうほうじんめいきかい 医療法人明輝会
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 892-0875) 鹿児島市川上町2750番地の18 電話番号 099-243-9929
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 (郵便番号) (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

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) いりょうほうじんめいきかい 医療法人明輝会
事務所の所在地	(郵便番号 892-0875) 鹿児島市川上町2750番地の18 電話番号 099-243-9929

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	9 戸
居住部分の規模	(最小)	18.30 m ²
	(最大)	18.30 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	木造
竣工の年月	平成 25 年 8 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。 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	詳細については、 別添 4 のとおり
	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 41,400 円	
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" 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 0 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 0 円	
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	
家賃の概算額	(最低) 約	45,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約	45,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約	15,000 円		
	(最高) 約	15,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約	90,000 円	家賃の 2.0 月分	
	(最高) 約	90,000 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
小規模多機能ホームすばる	状況把握サービス、生活相談サービス等	<input checked="" 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	
事務所の名称	(ふりがな) しょうきぼたきのうほむすばる 小規模多機能ホームすばる
事務所の所在地	(郵便番号 892-0875) 鹿児島市川上町2750番地43 電話番号 099-295-3270
連携又は協力の 内容	介護保険に関する諸事項

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

医療法人明輝会が有する医療及び各種介護事業と連携し、高齢者の安心をサポートします。
快適な居住環境を確保するとともにケアの専門家による安否確認や生活相談サービスを提供することにより、高齢者が安心して暮らすことができる施設です。

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。

令和 年 月 日

借主(乙) 住所

氏名

印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
かわかみ しゅういち 川上 秀一	理事長
うちむら はやと 内村 隼人	理事
うちむら てるこ 内村 輝子	理事
こまき ふみお 小牧 文夫	理事
かわかみ さきこ 川上 咲子	理事
うちむら ひでき 内村 英輝	理事
さいとう たかし 齋藤 俊	理事
ばしゅうだ みのる 場集田 稔	理事
かわした ともこ 川下 智子	理事
わたなべ いちろう 渡辺 一郎	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。

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	18.30	×	○	○	×	○	○	9	1~9	45,000

- 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・脱衣室	1	9.43	1階玄関正面奥	9	
台所	1	6.47	1階居間角	9	
居間	1	81.35	1階居室前	9	
収納設備	2	6.22	1階階段下・1階階段と脱衣室の間	9	
トイレ	1	2.66	1階玄関左手	9	

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。

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"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <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 type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 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
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 type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> 次の期間を除く (土曜日・日曜日及び祝日)				
常駐する時間	日中	9時	00分	～	17時 00分 人員 1人
	上記以外の時間	時	分	～	時 分 人員 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	食事提供時の声掛け				毎日 1回
	<input 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	0時 00分 ～ 24時 00分		
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法	同一建物内における電話通報			
	通報先	小規模多機能ホームすばる		通報先から住宅までの到着予定時間	1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 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 41,400 円	内訳	朝食 380 円 昼食 500 円 夕食 500 円	
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考	1日当たり1,380円とし、食日数を乗じた額とする				

※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. 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (土曜日・日曜日及び祝日を除く)			
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input 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	約 0 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	お部屋清掃サービス 1,000円/1回30分 ※詳細については、生活支援サービス等契約書をご覧ください				

4. 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 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつ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 (土曜日・日曜日及び祝日を除く)		
		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 0 円	前払金の 算定方法	
		前払金	約 0 円		
備考		付き添い・見守りサービス 1,000円/30分（交通費は別） ※詳細については、生活支援サービス等契約書をご覧ください			

5. 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 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつ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	預り金管理サービス		
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		預り金管理サービス 100円/1日 ※詳細については、生活支援サービス等契約書をご覧ください			