

重要事項説明書

記入年月日	令和1年6月30日
記入者名	[REDACTED]
所属・職名	経営企画部長

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	医療・介護の「安心」と、美しい自然環境の「癒し」を兼ね備えた、手軽に住替えのできる高齢者向けの賃貸住宅。		
サービスの提供内容に関する特色	天然温泉付きデイサービスが併設されており、同一敷地内には医療や介護事業所が隣接。介護や医療が必要になっても関連事業所が連携してサービスを提供。		
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	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	
人数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 ※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(服薬支援、健康管理(血圧測定など))	
協力医療機関	1	名称	医療法人 健翔会 慈遊館クリニック
		住所	鹿児島市下福元町3105
		診療科目	内科・消化器内科・外科
		協力内容	一般診療・往診・訪問診療・緊急時対応・終末期医療・健康診断など
	2	名称	医療法人 健翔会 健翔会病院
		住所	鹿児島市東郡元町5番10号
		診療科目	外科・内視鏡外科・内科・胃腸内科・腫瘍外科・肛門外科・リハビリ科
		協力内容	一般診療・往診・緊急時対応
協力歯科医療機関		名称	医療法人 淳風会 さだむら歯科医院
		住所	鹿児島市上福元町5461-2
		協力内容	受診・往診・治療の協力

(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 ※複数回答可		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(同一敷地内にある併設施設への住替え案内)	
判断基準の内容		入居者様の身体状況によって、手厚い介護サービス体制が必要と判断された場合には、医師や関係者、ご家族様を含め協議を行った上で、一定の観察期間を設け他の施設への住替えを検討	
手続きの内容		既施設を契約解除し併設施設住替えの場合は新たに入居契約を締結	
追加的費用の有無		① あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		利用権方式	
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) 介護体制の変更	
		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	60歳以上		
契約解除の内容	30日前までに契約解除届を提出		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第10条	
	解約予告期間	直ち	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居の内容	① あり(内容：) 2 なし		
入居定員	38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	常勤	非常勤	
管理者	1		1	
生活相談員				
直接処遇職員	25	13	12	
介護職員	13	10	3	
看護職員	12	3	9	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1		1	
調理員	2		2	
事務員	2	2		
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 40時間
※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		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	6	6	2
実務者研修の修了者	5	3	2
初任者研修の修了者	6	4	2
介護支援専門員	1	1	

(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			
はり師			
きゅう師			
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)

夜間帯の設定時間(17 ~ 翌9 時)		
	平均人数	最小時人数(休憩者等を除く)
看護職員	1人	1人
介護職員	1人	1人

(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		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
前年度1年間の採用者数		1	4							
前年度1年間の退職者数	1	2	4							
に業 務 に 従 事 し た 人 の 経 験 年 数	1年未満									
	1年以上 3年未満			2	1					
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満			4						
	10年以上	3	9	4	2					
従業者の健康診断の実施状況			① あり 2 なし							

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	13人
	女性	23人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	6人
	85歳以上	27人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	6人
	要支援2	5人
	要介護1	16人
	要介護2	4人
	要介護3	1人
	要介護4	1人
入居期間別	要介護5	1人
	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	24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	86.2歳
入居者数の合計	36人
※ 入居率	100.00%
※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	3人
	医療機関	1人
	死亡者	4人
	その他	2人
生前解約の状況	施設側の申し出	人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	6人 (解約事由の例) ・手厚い介護を希望のため同敷地内特定施設へ住替え ・介護の必要性があがったため、ご家族の希望により他施設へ住替え ・入院による身体状況の変化に伴う他施設への住替え

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		サンコート慈遊館 事務室
電話番号		099-263-3080
対応時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし
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
対応時間	平日	8:30~17:15
定休日		土・日・祝日
窓口の名称		鹿児島県国民健康保険団体連合会(国保連) 介護保険課介護相談室
電話番号		099-213-5122
対応時間	平日	9:00~17:00
定休日		土・日・祝日
窓口の名称		鹿児島県社会福祉協議会事務局 長寿社会推進部 福祉サービス運営適正化委員会
電話番号		099-286-2200
対応時間	平日	9:00~16:00
定休日		土・日・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) あいおいニッセイ 同和の賠償責任保険に加入
	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) ①入居者への最善の処置 ②責任者への報告 ③入居者及び家族への説明 ④入居者及び家族への損害賠償 ⑤事故
	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	平成28年5月10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	
		評価期間名称	
		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 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない

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	
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	なし	
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

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	ライフサポート慈遊館 ウェルサポート慈遊館	鹿児島市下福元町2635番地 鹿児島市下福元町3703番地
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	リハコート慈遊館	鹿児島市下福元町3703番地
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	ガーデンハウス慈遊館	鹿児島市下福元町3741番地
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		
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	トータルサポート慈遊館	鹿児島市下福元町3703番地
<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		
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		
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	ガーデンハウス慈遊館	鹿児島市下福元町3741番地
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		
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 （利用者が全額負担）	特定施設入居者生活介護費 （利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス （利用者一部負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備考	
	なし	あり	なし	あり					
介護サービス	食事介助	なし	あり	あり		○	500円/1回		
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	あり	○		実費	サポートサービス契約を含む	
	おむつ代	なし	あり	あり		○			
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	あり		○	500円/1回		
	特浴介助	なし	あり	あり		○	500円/1回		
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	あり	○			サポートサービス契約を含む	
	機能訓練	なし	あり	あり					
	通院介助	なし	あり	あり			500円/15分	鹿児島市内（協力医療機関は無料）	
	生活サービス								
	居室清掃	なし	あり	あり	あり		○	500円/1回	
リネン交換	なし	あり	あり	あり		○	3,000円/1月		
日常の洗濯	なし	あり	あり	あり		○	500円/1回		
居室配膳・下膳	なし	あり	あり	あり	○		実費	サポートサービス契約を含む	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	あり	あり		○	実費		
おやつ	なし	あり	あり	あり		○	実費		
美容師による理美容サービス	なし	あり	あり	あり		○	実費		
買い物代行	なし	あり	あり	あり		○	500円/1回	指定の店舗に限り一括購入の場合は無料 購入費等実費	
役所手続き代行	なし	あり	あり	あり		○	500円/1回		
金銭・貯金管理	なし	あり	あり	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断	なし	あり	あり	あり		○	実費		
健康相談	なし	あり	あり	あり		○		随時	
生活指導・栄養指導	なし	あり	あり	あり		○		サポートサービス契約を含む	
服薬支援	なし	あり	あり	あり		○		サポートサービス契約を含む	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	あり	あり		○		サポートサービス契約を含む	
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	なし	あり	あり	あり		○	500円/15分	鹿児島市内※県外は応相談	
入退院時の同行	なし	あり	あり	あり		○	500円/15分	鹿児島市内※県外は応相談	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	あり	あり					
入院中の見舞い訪問	なし	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、月額の利用料に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に比べて、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 鹿児島市下福元町3741
 氏名 株式会社 南日本ライフ 印
 代表取締役 松枝スミエ

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) さんこーとじゆうかん サンコート慈遊館
所在地	(住居表示) 鹿児島市下福元町3703番
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車 (JR指宿枕崎線 慈眼寺 駅から 車で 3分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他 (車で3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 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) かふしきかいしゃ みなみにほんらいふ 株式会社 南日本ライフ
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 891-0144) 鹿児島市下福元町3741 電話番号 099-263-3788
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) (郵便番号) 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) かぶしきかいしゃ みなみにほんらいふ 株式会社 南日本ライフ		
事務所の所在地	(郵便番号 891-0144) 鹿児島市下福元町3741 電話番号 099-263-3788		

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	36 戸	
居住部分の規模	(最小)	19.5	m ²
	(最大)	34.45	m ²
構造及び設備	共同利用設備	■ あり □ なし	
	構造	鉄骨	造
竣工の年月	2013 年 9 月 30 日	階数	地上3 階建
加齢対応構造等	■ 登録基準に適合している		
	■ エレベーターを備えている		
	■ 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	■ 賃貸借契約 □ 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	□ 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高齢者十同居者（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		是供の対価 (概算・月額)		詳細については、 別添 3 のとおり (※税抜)
	状況把握 生活相談	■ 自ら □ 委託	約	円	
高齢者生活支援サービス	食事の提供	□ 自ら ■ 委託 □ 提供しない	約	42,750 円	
	入浴等の介護	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約	円	
	調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約	円	
	健康の維持増進	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約	円	
	その他	□ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約	円	
	家賃の概算額	(最低) 約 39,000 円 (最高) 約 78,000 円	住戸ごとの内容は別添 2 のとおり		
共益費の概算額	(最低) 約 28,583 円	※税抜			
	(最高) 約 28,583 円	※税抜			
敷金の概算額	(最低) 約 78,000 円	家賃の 2 月分			
	(最高) 約 156,000 円				
前払金※の有無	□ あり ■ 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	□ 銀行による債務の保証 □ 信託会社等による元本補てん又は信託 □ 保険事業者による保証保険 □ その他)				
特定施設入居者生活介護事業所	□ 指定を受けている 介護保険事業所番号 (
	■ 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	□ 指定を受けている 介護保険事業所番号 (
	■ 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	□ 指定を受けている 介護保険事業所番号 (
	■ 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
トータルサポート慈遊館	ケアマネージャーが要介護認定者やご家族の相談に応じ介護計画を作成 4670109166	<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
リハコート慈遊館	天然温泉付きのデイサービスでリハビリ機器を使って機能訓練や食事提供を行う 4670109521	<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
ウェルサポート慈遊館	日常生活に必要な掃除・洗濯・入浴・排泄等の介護援助 4670111402	<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
ガーデンハウス慈遊館	介護保険を利用しながら24時間手厚い介護サービスが受けられる入居施設 4670105305	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地
パークヒルズ慈遊館	天然温泉付きのマンションタイプの住宅型有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地
ライフサポート慈遊館	日常生活に必要な掃除・洗濯・入浴・排泄等の介護援助 4670106691	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地
メディカルフィットネス ジェスパ	要支援者を対象とした運動プログラムを行う運動型通所介護サービスで、会員制のフィットネスとしても運営 46A0100036	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地
レストラン けやきの杜	季節の食材を使った日替わりランチやアラカルトメニューを揃え、介護食や治療食にも対応	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地
医療法人 健翔会 慈遊館クリニック	定期受診や健康診断、また居室への住診や訪問診療、各医療機関への入退院にも対応 01,2511,6	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" 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) いりょうほうじんけんしょうかい じゅうかんくりにつく 医療法人 健翔会 慈遊館クリニック
事業所の住所	(郵便番号 891-0144) 鹿児島市下福元町2635 電話番号 099-263-3105
連携又は協力の内容	一般診療・訪問診療往診・往診・健康診断・緊急時対応・終末期医療

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんけんしょうかい けんしょうかいびょういん 医療法人 健翔会 健翔会病院
事業所の住所	(郵便番号 891-0068) 鹿児島市東郡元町5番10号 電話番号 099-253-0171
連携又は協力の内容	一般診療・往診・入院・緊急時対応

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんじゅんぶつかい さだむらしかいいん 医療法人 淳風会 さだむら歯科医院
事業所の住所	(郵便番号 891-0116) 鹿児島市上福元町5461-2 電話番号 099-821-1558
連携又は協力の内容	受診・往診・治療の協力

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

基本方針及び市の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。
建物内に24時間スタッフを常駐させ、隣接地内にある介護サービス事業所や医療機関と連携を図りながら、「安心」と「癒し」を兼ね備えた住まいを提供します。

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

役員名簿

(ふりがな) 氏 名	役名等
まつえだ すみえ	
松枝 スミエ	代表取締役
やました みつゆき	
山下 三之	取締役
やました ようこ	
山下 洋子	取締役
ひぐち まこと	
樋口 誠	取締役

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	19.5	×	○	○	×	○	○	16	4号室～11号室・ 22号室～29号室	48,000
1	20.7	×	○	○	×	○	○	14	12号室～18号室・ 30号室～36号室	39,000
1	25.2	×	○	○	×	○	○	4	1号室・2号室・ 19号室・20号室	60,000
1	34.45	○	○	○	○	○	○	2	3号室・21号室	78,000

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	2	32.06	2F・3F：個室浴	36	1F：天然温泉、 リフト浴有り (デイサービス共有)
居間	2	76.86	2F・3F：リビングキッチン	36	
食堂	1	39.91	1F	36	

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 3

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 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 checked="" 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 checked="" 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	6人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	6人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	6人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	6人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	人		
			合 計		人員	25人		
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" 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	9時	分	～	18時	分	人員	8人
	上記以外の時間	18時	分	～	9時	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	<input checked="" type="checkbox"/> 毎日の健康チェックと食事提供、ゴミ回収時の確認						毎日	5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	時 分 ～		時 分			
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間					
	通報方法	各住戸や浴室等に設置してあるナースコールで通報。						
	通報先	施設内常駐スタッフ			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	通報があった際は24時間常駐の介護スタッフが駆けつけ、必要に応じ敷地内常駐の看護スタッフへ連絡。状況確認後、緊急を要する際はかかりつけ医へ連絡。							

※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 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) かぶしきがいしゃ ぷらんにんぐふーつ 株式会社 ブランニングフーツ			
	住所 (法人にあっては主たる事務所)	(郵便番号 892-0871) 鹿児島市吉野町8891番地14		電話番号 099-295-8450	
	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 891-0144) 鹿児島県鹿児島市下福元町3741		電話番号 099-269-2085	
食事提供を行う場所		<input checked="" 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 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 42,750 円	内訳	朝食 237 円 昼食 475 円 夕食 713 円	
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考		介護食や治療食などにも対応可。食事代は喫食分のみの支払い。（※税抜価格）			

※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 〇 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 〇 円			
備考	要介護者等は介護保険サービスを利用した併設の訪問介護サービスやデイサービスを利用可能。 施設独自の有料サービス(保険外)での対応も可。 ・入浴介助：1回/¥500（税抜） ・排泄介助：サポートサービス費に含む ・食事介助：サポートサービス費に含む				

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 checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (配下膳、ゴミ回収)			
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 〇 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 〇 円			
備考	要介護者等は介護保険サービスを利用した併設の訪問介護サービスやデイサービスを利用可能。 施設独自の有料サービス(保険外)での対応可。 ・洗濯：1回/¥500（税抜） ・掃除：15分/¥500（税抜） ・配膳下膳、ゴミ回収：サポートサービス費に含む ・買い物代行：週1回/無料				

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 checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> その他 (服薬管理、吸引吸痰、インシュリン注射、夜間対応)		
サービス提供の対価（概算額）		月額	約 〇 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 〇 円		
備考		<ul style="list-style-type: none"> 健康相談：無料 健康チェック、服薬管理、吸引吸痰：サポートサービスに含む (会員以外：333円/日) ※税抜 健康管理：実費 通院付添い(※協力医療機関以外)：15分/¥500 (税抜) 			

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	介護保険サービスで不足な日常サービスを個別プランでサポート		
サービス提供の対価（概算額）		月額	約 22,500 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 円		
備考		<ul style="list-style-type: none"> 要支援：1日/¥500 (税抜) 要介護：1日/¥1000(税抜) <サービス内容> 排泄介助、体調管理、服薬管理・支援、スケジュール管理、毎日のゴミ回収、敷地内の散歩付添い等			