

重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | |
| 記入者名 | [REDACTED] |
| 所属・職名 | 管理士 |

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 | |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 代表者 | 氏名 | |
| | 職名 | |
| 設立年月日 | 昭和・平成 年 月 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) | |
| | | |

| | | | |
|---------------|------------|--|-------|
| 所在地 | 〒 | | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 駅 | |
| | 交通手段と所要時間 | 例：①バス利用の場合 ・〇〇バスで乗車〇分、△△停留所で下車、徒歩〇分 ②自動車利用の場合 ・乗車〇分 | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |
| | FAX番号 | | |
| | ホームページアドレス | http:// | |
| 管理者 | 氏名 | | |
| | 職名 | | |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 | 年 月 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 | 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 | 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 | | | 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 | | |
| | | 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 | m ² | |

| | | | | | | | |
|-------|-------|---|-----------------------------------|----------------|-------|----------------|--|
| | | うち、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 | | | | |
| | 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 | | | | |
| | | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | | 最少 | | | | |
| | | 最大 | | | | | |
| | | 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 | ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | ヶ所 |
| | 便房 | | 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 |
| | 共用浴室における | | 大浴場 | ヶ所 |
| | | | チェアー浴 | ヶ所 |

| | | | | |
|--------|---|------|----------|--|
| | 介護浴槽 | | リフト浴 | |
| | | | ストレッチャー浴 | |
| | | | その他（ ） | |
| | 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 | |
| その他 | | | | |

4. サービスの内容 (全体の方針)

| | | | | |
|-----------------|--|------|------|--|
| 運営に関する方針 | 入居者の介護福祉を重視するとともに、安定的かつ継続的な事業運営を確保する。介助サービスを提供するため、入居者の個人の尊厳を確保し、福祉の資質向上を図り、より高い水準の施設運営に向けて努力する。 | | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 併設するクリニックに24時間体制でDrが常駐しており緊急時等の対応が可能となっている。また、24時間定期巡回にて利用者の援助を行う。 | | | |
| 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 | |

(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 | 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 | |
| | 医療機関連携加算 | 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 ※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 (隣接する千年メディカルクリニックによる訪問診療) | | | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 千年メディカルクリニック | | | |
| | | 住所 | 鹿児島県鹿児島市千年2丁目14号 | | | |
| | | 診療科目 | 標榜診療科に順ずる | | | |
| | | 協力内容 | 同敷地内にあり、24時間常駐のDrにて緊急時等対応可 | | | |
| | 2 | 名称 | | | | |
| | | 住所 | | | | |
| | | 診療科目 | | | | |
| | | 協力内容 | | | | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 医療法人さみあ会ニュータウン田畠歯科 | | | |
| | | 住所 | 鹿児島県鹿児島市鴨池新町21-4山田ビル1F | | | |
| | | 協力内容 | 訪問歯科診療 | | | |

(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 (身体状況により) | | | | |
| 判断基準の内容 | 施設内検討会議にて判断 | | | | |
| 手続きの内容 | 本人・家族の了承を得、書面にて交付 | | | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり ② なし | | | | |
| 居室利用権の取扱い | なし | | | | |

| | |
|------------------|--------------------|
| 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 |
| | (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条による | |
| 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条による |
| | 解約予告期間 | 30日間 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日間 入居契約書第12条による | |
| 体験入居の内容 | (1) あり (内容：空室のあるときは可能。) | |
| | 2 なし | |
| 入居定員 | 29名 (個室29室) | |
| 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 | 1 | | 1 |
| 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 | | | | |
| 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 | | |
|-----------|----|-----|--|
| | 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 | 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 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| | | |
|---------------------|------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 (17時～ 9時) | | |
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0人 | 0人 |

| | | |
|------|----|----|
| 介護職員 | 0人 | 0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 | | ① あり 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | ① あり | | | | | | | | |
| | | | 資格等の名称 | 初任者研修 | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | | |
| に業務に就いた従業員としての経験年数 | 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 |
| 家賃 | | 円 | 円 |
| サービス費用 | ※1 特定施設入居者生活介護の費用 | | 円 |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 円 |
| | | 管理費 | 円 |
| | | 介護費用 | 円 |
| | | 光熱費 | 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、本欄には記入していない） | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|-------------------------|-----------------------|
| 家賃 | |
| 敷金 | 家賃の 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等 ※放送受信料等 | |

(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(土乗せサービス) | |
| ※ 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) | 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 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 |

| | | | |
|-----|---|-----------------|--|
| 保全先 | 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 | 6人 |
| | 女性 | 23人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 4人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 7人 |
| | 85歳以上 | 18人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援1 | 3人 |
| | 要支援2 | 5人 |
| | 要介護1 | 9人 |
| | 要介護2 | 7人 |
| | 要介護3 | 3人 |
| | 要介護4 | 2人 |
| | 要介護5 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 7人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 1人 |
| | 1年以上5年未満 | 21人 |
| | 5年以上10年未満 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 人 |
| | 15年以上 | 人 |

（入居者の属性）

| | |
|----------|--------|
| 平均年齢 | 85.93歳 |
| 入居者数の合計 | 29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 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 1人 |
| | 死亡者 | 2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 | 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 | | サービス付き高齢者向け住宅 「千年ホーム」 |
| 電話番号 | | 099-294-9177 |
| 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 | | |
| 窓口の名称 | | 千年メディカルクリニック |
| 電話番号 | | 099-294-9199 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | 土曜 | 休み |
| | 日曜・祝日 | 休み |
| 定休日 | | 土日祝 年末年始は休み |

(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) 賠償額 対人物：無制限、対物1,000万円 |
| | 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 | 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 | 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 | | |

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 | | |
| | 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 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。

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 鹿児島市千年2丁目11番14号
 医療法人社団 永和会
 氏名 理事長 木下 正嘉 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) せんねんぼ一む 千年ホーム |
| 所在地 | (住居表示) 鹿児島県鹿児島市千年2丁目11番18号 |
| 利用交通手段 | <input type="checkbox"/> 1.電車(線 駅から で 分) <input type="checkbox"/> 2.その他() |
| 住宅に関する 権限 | <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 権限 | <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 権限 | <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 checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人 |
| 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) いりょうほうじんしゃだん えいわかい 医療法人社団 永和会 |
| 住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地) | (郵便番号 890-0001) 鹿児島県 鹿児島市 千年2丁目11番14号 電話番号 099-294-9199 |
| 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) いりょうほうじんしゃだん えいわかい 医療法人社団 永和会 |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 890-0001) 鹿児島県鹿児島市千年2丁目11番14号 電話番号 099-294-9199 |

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 | 29 戸 |
| 居住部分の規模 | (最小) | 18.1 m ² |
| | (最大) | 19 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 | 造 階数 2 階建 |
| 竣工の年月 | 平成29 年 2 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。 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 | 2017 年 3 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 type="checkbox"/> 委託 | 約 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 30000 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 type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない | 約 円 |
| | 健康の維持増進 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" 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 30,000 円 | 住戸ごとの内容は別添 3 のとおり | |
| | (最高) 約 35,000 円 | | |
| 共益費の概算額 | (最低) 約 20,000 円 | | |
| | (最高) 約 20,000 円 | | |
| 敷金の概算額 | (最低) 約 90,000 円 | 家賃の 3 月分 | |
| | (最高) 約 105,000 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所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 |
|---------------|--------------|---|
| 千年小規模多機能型居宅介護 | 小規模多機能型居宅介護 | <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 |
| 千年居宅介護支援事業所 | 居宅介護支援 | <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 |
| 千年デイサービスセンター | 地域密着型 | <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 |
| | | <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) |
| 事業所の所在地 | (郵便番号) |
| |) |
| | 電話番号 |
| 連携又は協力の 内容 | |

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

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 |
|--------------------|-----|
| きのした まさよし 木下 正嘉 | 理事長 |
| きのした ひさこ 木下 央子 | 理事 |
| なかしま たかひろ 中島 隆宏 | 理事 |
| なかしま まさえ 中島 雅恵 | 理事 |
| すずき ゆうすけ 鈴木 雄介 | 理事 |
| おのでら じゅん 小野寺 潤 | 理事 |
| とよだ ひろし 豊田 浩司 | 理事 |
| やまもと きょうこ 山本 享子 | 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 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 | | 人員 | 1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 | 9時 | 00分 | ～ | 18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 | <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) | | | | | | 毎日 | 1 | 回 |
| 緊急通報サービスの内容 | 提供時間 | 常駐する日 | 9時 00分 | | ～ | 18時 00分 | | | |
| | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24時間 | | | | | | |
| | 通報方法 | ナースコール 電話 | | | | | | | |
| | 通報先 | 千年メディカルタウン | | | 通報先から住宅までの到着予定時間 | | 2分 | | |
| 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 | | | | | | | | | |

※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 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"/> 健康相談 <input 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 | 円 | 前払金の 算定方法 |
| | | 前払金 | 約 | 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 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() | | |
| | | | | | |
| 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 | | | | | |