

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 2 年 月 日
記入者名	■■■■■■■■■■
所属・職名	管理者

### 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん しゅんぷうかい	
	医療法人 春風会	
主たる事務所の所在地	〒890-0033 鹿児島市西別府町1799番地	
連絡先	電話番号	099-282-0051
	FAX番号	099-282-6600
	ホームページアドレス	http://shunpukai.com
代表者	氏名	中村 浩一郎
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 2年 8月 2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) かいごつきゆうりょうろうじんほむ くれせーるてんぼざん	
	介護付有料老人ホーム クレセール天保山	

所在地	〒890-0056 鹿児島市下荒田2丁目39番1号		
主な利用交通手段	最寄駅	JR九州鹿児島中央駅	
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・市バスで乗車、天保山停留所下車、徒歩3分  ②市電利用の場合 ・市電に乗車、荒田八幡電停下車、徒歩12分	
連絡先	電話番号	099-806-0033	
	FAX番号	099-213-5800	
	ホームページアドレス	http://www.cresertenpozan.com	
管理者	氏名	[REDACTED]	
	職名	管理者	
建物の竣工日		昭和・平成	22年 12月 21日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	23年 02月 01日

**(類型) 【表示事項】**

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	4670107517
	指定した自治体名	鹿児島県（市）
	事業所の指定日	平成 23年 2月 1日
	指定の更新日（直近）	平成 29年 2月 1日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1122.04 m <sup>2</sup>	
	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	
建物	延床面積	全体	1776.46 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1167.18 m <sup>2</sup>

	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）				
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.17㎡~18.40㎡	21	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	19.91㎡~21.40㎡	9	介護居室個室
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.44㎡	1	看介護室兼医務室
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	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	5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	5ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
共用浴室における	1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	1ヶ所
			その他（ ）	0ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	
		<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	
		<input type="checkbox"/> 4	なし	
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	地域における高齢者向けの住宅としての役割を果たしていく		
サービスの提供内容に関する特色	入居者の要介護状態の軽減等又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、認知症の状況等入居者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を計画的に行う。 詳細は「別添2」を参照		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし

	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	<input type="checkbox"/> 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) : 1	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人 春風会 田上記念病院
		住所	鹿児島市西別府町1799番地
		診療科目	内科、神経内科、循環器内科、消化器内科 血液内科、リハビリテーション科、歯科
		協力内容	ご入居者の急変時の受け入れ、往診体制の確保。 医師による健康診断(年2回)健康相談(月1回) (医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	西歯科医院	
	住所	鹿児島市下荒田2丁目1-24	
	協力内容	歯科往診が必要な際、迅速に往診の処置を行う。 歯科管理についての歯科検診、相談(医療費 その他の費用は入居者の自己負担)	

(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 看介護室兼医務室へ移る場合
	<input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合

	3 その他 ( )	
判断基準の内容	常時見守りが必要になった場合、本人、及び身元引受人の同意のもと指定する居室へ住み替えとなる場合があります。	
手続きの内容	①施設が指定する医者意見を聞く。 ②概ね3ヶ月間の経過観察期間を置く。 ③本人及び身元引受人の同意を得る。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	65歳以上	
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 ②入居者から契約解除が行われた場合 ③事業所から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等。(入居契約書 第29条)
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 空室がある場合。1泊食事付 (6000円+税)) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	30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		0.5
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	16	13	3	14.7
看護職員	3	3		1.5
機能訓練指導員	3	3		1.5（看護師兼務）
計画作成担当者	1	1		0.5（管理者兼務）
栄養士	1		1	0.7（委託）
調理員	4		4	2.0（委託）
事務員	1	1		1
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				37.5
※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	16	13	3
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者			
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	3	3	





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15分 ~ 翌9時15分 )		
	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	2人	2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 <input type="checkbox"/> 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)	1.8 : 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり							
			資格等の名称	介護福祉士・介護支援専門員						
	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
	2	0	7	0	0	0	2	1	0	0

前年度1年間の 退職者数	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0
に業 務に 従事 した 人の 経験 年数	1年未満	2	0	3	0	1	0	2	0	0	0
	1年以上										
	3年未満	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上										
	5年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上										
	10年未満	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1		あり	<input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式	
	<input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	施設が所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、2年に1回改訂することがある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

### (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	要介護1	要介護3
	年齢	65歳以上	65歳以上
居室の状況	床面積	18.17㎡	19.91㎡

	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	3,500,000円	3,500,000円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		175,560円	188,580円
家賃		51,000円	60,000円
特定施設入居者生活介護※1の費用		16,020円	20,040円
介護 保険 外 ※2	食費（税別）	49,500円	49,500円
	管理費（税別）	40,500円	40,500円
	介護費用	0円	0円
	光熱費（税別）	15,000円	15,000円
	その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有
※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	土地購入費、建築費、借入利息等を基礎として、1室当たりの家賃算出
敷金	家賃の 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	共有施設の維持管理費・修繕費。事務管理部門・生活支援サービスの人件費事務費。
食費（委託）	厨房管理費、食材費に基づく費用。（喫食数による返金制度あり） 朝食450円、昼食600円、夕食600円、1日当たり1650円（税別） ※食事を申し込む場合は前日の午後16時までに、欠食の場合は2日 前の午後16時までに事務室で手続きをして下さい。 ※経腸栄養の注入食は1食あたり500円（税別）
光熱水費	1日当たり500円とし、入院、外泊時、丸1日不在時は減額。
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	

**（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	基本報酬、介護サービスの内容に記載する加算の利用者負担。
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	老人福祉法令等に基づき、有料老人ホーム協会の試算プログラムに準拠し算定。	
想定居住期間（償却年月数）	60 ヶ月	
償却の開始日	入居日から91日より開始	
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）	要支援・要介護 1,050,000円	
初期償却率	30%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	受領済の前払金を全額返却する。 ※月払い利用料については日割精算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領す
	入居後3月を超えた契約終了	以下の算定式に基づき額を返却する。 前払金×0.7×（契約終了日から想定住居期間満了日までの日数）÷（入居日から想定居住期間満了日までの日数）
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	鹿児島銀行
	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	23人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	20人
	85歳以上	6人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	3人
	要介護1	4人
	要介護2	3人
	要介護3	5人
	要介護4	5人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	18人

	5年以上10年未満	6人
	10年以上15年未満	0人
	1年以上5年未満	0人

(入居者の属性)

平均年齢	90.1 歳
入居者数の合計	26人
入居率	87%
※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	1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)	

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		医療法人 春風会 田上記念病院
電話番号		099-282-0051
対応している時間	平日	9:00~17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始
窓口の名称		鹿児島市健康福祉局すこやか長寿部介護保険課給付係
電話番号		099-216-1280
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始
窓口の名称		鹿児島県国民健康保険団体連合会介護保険課 介護相談
電話番号		099-213-5122
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始
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
電話番号		099-286-2200
対応している時間	平日	9:00~16:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 日本興亜損害保険(株) 総合賠償責任保険 ・サービス提供上の事故により、入居者の生命身体、財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償されます。 ※但し、入居者に重大な過失がある場合は、賠償を減するものとする。
	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) 事故対応マニュアルに準拠
	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30年11月実施予定	
		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			

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	2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	1 あり		

【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし		
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		
通所リハビリテーション	あり	なし	田上記念病院	鹿児島市西別府町1799番地
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし	ナーシングホーム田上苑	鹿児島市西陵6丁目21-18
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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	GHはるかぜ他7事業所	鹿児島市西陵6丁目21-21
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	居宅介護支援事業所はるかぜ	鹿児島市下荒田2丁目39-1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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	田上記念病院	鹿児島市西別府町1799番地
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	ナーシングホーム田上苑	鹿児島市西陵6丁目21-18
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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	GHはるかぜ他7事業所	鹿児島市西陵6丁目21-21
介護予防支援	あり	なし		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし	ナーシングホーム田上苑	鹿児島市西陵6丁目21-18
介護療養型医療施設	あり	なし	田上記念病院	鹿児島市西別府町1799番地



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					なし	あり	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)		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
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				
おむつ代			なし	あり		○	実費負担	
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		○	1000円/H 協力医療機関外（交通費：実費）	
生活サービス								
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		○	100円/回 洗濯諸雑費	
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		○	120円/食 実費負担・治療食提供（税別）	
おやつ			なし	あり		○	100円/回 実費負担	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費負担	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1000円/回 通常の利用区域外半径2km以上（交通費：	
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				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり			年2回実施	
健康相談	なし	あり	なし	あり			毎月1回	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
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		○	1000円/H 協力医療機関外（交通費：実費）	
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。

