

重要事項説明書

地域密着型特定施設 みとうの里

地域密着型特定施設入居者生活介護事業

サービス付き高齢者向け住宅

平成25年1月18日登録（令和5年7月1日更新）

第30019号

この「重要事項説明書」は、「橋本市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成25年橋本市条例第14号、以下、「条例基準」という。）」の定めに基づき、契約締結に際して、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記したものです。

みとうメディカル株式会社

みとうの里

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日更新
記入者名	古屋 壮
所属・職名	みとうの里・管理者

(注) 本書は、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が、老人福祉法第29条第5項の規定に基づき、契約の重要な事項を説明するための書面です。

サービス付き高齢者向け住宅の事業者が、「食事の提供」「介護の提供」「家事の供与」「健康管理の供与」のいずれかを住宅事業の一部として実施している場合、その住宅は有料老人ホームに該当します。

※ 「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3「登録事項等についての説明」を本書に添付する場合は、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙3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. 事業者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) みとうめでいかるかぶしきがいしゃ みとうメディカル株式会社	
主たる事務所の所在地	〒558-0004 大阪府大阪市住吉区长居東四丁目6番8号	
連絡先	電話番号	06-6607-0404
	FAX番号	06-6607-0405
	ホームページアドレス	http://www.mitouph.com/
代表者	氏名	倉岡 多 (くらおか まさる)
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成63年 7月 8日	
主な実施事業	※別添1 (事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表)	

2. 事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) みとうのさと みとうの里	
所在地	〒648-0016 和歌山県橋本市隅田町下兵庫1047番地の2	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 和歌山線下兵庫駅
	交通手段と所要時間	駅より約1300m (徒歩約20分)
連絡先	電話番号	0736-34-0404
	FAX番号	0736-34-0405
	ホームページアドレス	http://www.mitouph.com/publics/index/51/
管理者	氏名	古屋 壮 (ふるや たけし)
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成25年 9月30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】 ※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記入不要

<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	3091000103
	指定した自治体名	橋本市
	事業所の指定日	平成25年11月 1日
	指定の更新日 (直近)	令和元年11月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1 3 4 5 . 4 4 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	
所有関係	契約期間	1 あり (平成 25 年 10 月 15 日～令和 20 年 10 月 14 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	1 5 5 7 . 0 2 m ²		
		うち、老人ホーム部分	1 0 3 8 . 0 1 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 (平成 25 年 10 月 15 日～令和 20 年 10 月 14 日)		
所有関係	2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし		
	居室の状況	1 全室個室			
		居室区分 【表示事項】	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	有/無	有/無	18.15 m ²	1 2	
タイプ 2	有/無	有/無	18.56 m ²	7	
タイプ 3	有/無	有/無	18.60 m ²	1 0	
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	3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	3ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	4ヶ所	
			大浴場	0ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所	
			リフト浴	1ヶ所	
			ストレッチャー浴	0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 type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" 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	入居者様が住み慣れた地域でいきいきと生活し、生きがいを持ち支えあいながら生活していけるようにサポートします。その際、入居者様の基本的人権を尊重することはもちろん、ご家族様や地域の方との連携も重視し、その人らしい生活を送れるように寄り添い、支援いたします。		
サービスの提供内容に関する特色	紀州の山並みの緑あふれる景観を楽しめる大浴場、地産の食材にこだわった安全・安心の食事など、地域に根ざしたサービスの提供に積極的に取り組んでいます。		
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 checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input 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記入不要

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	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	生活機能向上連携加算	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	個別機能訓練加算	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	ADL維持等加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	夜間看護体制加算			1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	若年性認知症入居者受入加算			<input type="checkbox"/> 1	あり	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
	口腔・栄養スクリーニング加算			<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	科学的介護推進体制加算			<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	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
		(II)	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	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	サービス提供体制強化加算	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(II)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
(III)		<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし		
介護職員処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし		
	(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	(III)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	(IV)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	(V)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
介護職員等特定処遇改善	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし		
介護職員等ベースアップ等支援加算			<input type="checkbox"/> 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 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人南労会 紀和病院
		住所	和歌山県橋本市岸上18-1
		診療科目	内科・消化器外科・整形外科・脳神経外科・麻酔科・疼痛緩和内科・泌尿器科・皮膚科・神経内科 等
		協力内容	医師の判断に基づく入居者の通院治療や入院治療及び医療情報提供(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	いわかみ歯科医院
		住所	橋本市隅田町下兵庫626-3
		協力内容	医師の判断に基づく入居者の往診治療や通院治療及び医療情報提供(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記入不要

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	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	<p>入居の条件は下記の各号に該当することです。ただし、利用者は入居前に医師の診断を受けるものとします。</p> <p>①要介護1～5の被認定者であること。 ②複数人による共同生活を営むことに支障がないこと。 ③他の利用者に伝染する疾患のないこと。 ④常時医療機関において治療する必要がないこと。 ⑤健康保険に加入していること。 ⑥利用契約書に定めることを承認し、事業者の運営方針に協同できること。 (利用契約書第3条参照)</p>		
契約の解除の内容	<p>次の条件に該当する場合、契約を解除し、終了します。</p> <p>①利用者が死亡した場合。 ②要介護の認定更新において、利用者が自立もしくは要支援と認定された場合。 ③入居後、著しい体力の低下等により、利用者の共同生活維持が困難になった場合。 ④利用者が他の介護療養施設等への入所が決まり、そこで受け入れが可能となった場合。 ⑤事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。 その他の条項は、利用契約書第28条参照。</p>		
事業者から解約を求める場合	解約条項	<p>①利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行った結果、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。 ②利用者が正当な理由なく利用料その他支払うべき費用を3ヶ月分滞納し、2週間の催告期間の経過後、1週間以内に支払わなかった場合。 その他の条項は、利用契約書第30条参照。</p>	
	解約予告期間	相当の期間	
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：1日5,000円【介護費用含む】、 食費1日1,675円、個人費用・リネン費別途） 2 なし
入居定員	29人
その他	退去時に居室の状態により原状回復費を徴収することがある。

5. 職員体制

※住宅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
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.5
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	18	11	7	13.7
介護職員	17	10	7	12.7
看護職員	1	1	0	1
機能訓練指導員	1	0	1	0.1
計画作成担当者	1	0	1	0.5
栄養士	0	0	0	0
調理員	3	0	3	1.25
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40.0時間※2 (※2 看護職員32H)
※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。				

（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	0	0	0
介護福祉士	10	7	3
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	6	2	4
介護支援専門員	0	0	0

(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	1	0	1
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (21 時～ 6 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	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、本欄は記入不要)	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)	2.1 : 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、本欄は記入不要)	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						1 あり 2 なし				
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称		介護福祉士						
			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	
前年度1年間の採用者数		0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
に業務に従事した経年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	2	0	0	0	0	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	2	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	1	0	2	5	1	0	0	1	0	1
	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				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	要介護2	要介護4	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	18.15㎡	18.60㎡	
	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	57,000円	57,000円	
月額費用の合計		165,501～220,442円	170,051～234,112円	
家賃		57,000円	57,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	27,471～82,412円	32,021～96,082円	
	介護保険外 ^{※2}	状況把握及び生活相談サービス	円	円
		介護費用	円	円
		管理費	21,360円	21,360円
		食費	50,250円	50,250円
		光熱水費	9,420円	9,420円
	その他	円	円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 住宅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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	施設の賃借料、地代等を基礎とし、近傍同種の住宅の家賃等を参考に算定した金額。
敷金	家賃の 1 ヶ月分
状況把握及び生活相談サービス	
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等
食費	朝食315円、昼食680円、夕食680円 上記月額、1日3食を30日間喫食した場合の金額。 前月分の喫食数により清算する。
光熱水費	共用施設・居室に係る光熱水費。なお、電気・水道は、事業者が一括で管理する。
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	

(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記入不要

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	介護報酬告示額による
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記入不要

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	5人
	女性	20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	3人
	85歳以上	22人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	10人
	要介護2	7人
	要介護3	2人
	要介護4	5人

	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	8人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	10人
	5年以上10年未満	5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	92.3歳
入居者数の合計	25人
入居率*	86.2%
※ 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	1人
	死亡者	6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)

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	みとうの里	橋本市役所 健康福祉部 介護保険課	和歌山県 国民健康保険団体連 合会
電話番号	0736-34-0404	0736-33-1111	073-427-4665
対応している時間	平日	09:00~18:00	08:30~17:15
	土曜	09:00~18:00	なし
	日曜・祝日	09:00~18:00	なし
定休日	なし	土曜・日曜・祝日 12/29~1/3	土・日・祝・祭日

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 三井住友海上株式会社の賠償責任保険に加入しており、サービス提供上の事故により、身体障害、財物損壊、純粋経済損失が発生した場合、上限1億円までの損害賠償を行う。
	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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	1 あり	(開催頻度) 年 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 隔月で、地域住民等を招き、運営推進会議を開催している。
	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	
サービス付き高齢者向け住宅運営指導指針の不適合事項	1 あり 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添1 (事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表)

別添2 (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

事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表

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	<input type="checkbox"/>		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デイサービスみとうの里	橋本市隅田町下兵庫1047-2
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設みとうの里	橋本市隅田町下兵庫1047-2
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護医療院	あり	<input type="checkbox"/>		

別添 2

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表

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		
	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	備考
	なし	あり	なし	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				
おむつ代			なし	あり		○	実費	1か月の使用量に応じて実費を徴収。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				一般浴は週3回、特浴は週2回。清拭は必要に応じ週2回。
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		○	30分につき1000円	協力医療機関以外の場合、料金を徴収。
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				週に3回
リネン交換	なし	あり	なし	あり				月に2回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	実費	週3回が目安。別途クリーニング実施の場合は実費徴収。
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		○	実費	必要に応じ、実費を徴収。
おやつ			なし	あり	○			1日1回。費用は食事に含む。
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	必要に応じ、月1回実施。
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	30分につき1000円	橋本市外の場合、料金を徴収。
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		○	実費	年2回実施
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				
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		○	30分につき1000円	協力医療機関以外の場合、料金を徴収。
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	30分につき1000円	協力医療機関以外の場合、料金を徴収。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	30分につき1000円	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	30分につき1000円	協力医療機関以外の場合、料金を徴収。

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。