

※※※※※（※※※※※に住宅の名称を入れて表示）

**重要事項説明書**

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	谷坂 誠
所属・職名	サ高住生活相談員

（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 <input type="checkbox"/> 法人 <input checked="" type="checkbox"/>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ じん 株式会社 仁	
主たる事務所の所在地	〒645-0001	
連絡先	電話番号	0739-34-2205
	FAX番号	0739-34-2206
	ホームページアドレス	<a href="http://care-net.biz/30/tujinosato/">http://care-net.biz/30/tujinosato/</a>
代表者	氏名	辻村 仁志
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 29 年 5 月 15 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) さーびすつきこうれいしやむけじゅうたく つじのさと サービス付き高齢者向け住宅 辻の郷		
所在地	〒645-0001 和歌山県 日高郡 みなべ町 東吉田 282 番地 2		
主な利用交通手段	最寄駅	JR きのくに線 南部駅	
	交通手段と所要時間	駅から徒歩 15 分	
連絡先	電話番号	0739-34-2205	
	FAX番号	0739-34-2206	
	ホームページアドレス	<a href="http://care-net.biz/30/tujinosato/">http:// care-net.biz/30/tujinosato/</a>	
管理者	氏名	森 信彦	
	職名	施設長/管理者	
建物の竣工日		平成30年	9月 25日
有料老人ホーム事業の開始日		平成30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

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	3072101011	
	指定した自治体名	和歌山県	
	事業所の指定日	平成30年	11月 1日
	指定の更新日 (直近)	令和6年	11月 1日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	1098.9 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
所有関係	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	1621.8 m <sup>2</sup> (3階建て)			
		うち、老人ホーム部分	1137.2 m <sup>2</sup>			
	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)		
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			1人部屋			
	最大	1人部屋				
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*	
タイプ1	有/無	有/無	18.0 m <sup>2</sup>	30室	一般居室個室	
タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			

	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所			
	共用浴室	4ヶ所	個室	ヶ所			
			大浴場	ヶ所			
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所			
			リフト浴	ヶ所			
			ストレッチャー浴	ヶ所			
			その他 ( )	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 checked="" 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	
サービスの提供内容に関する特色	
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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記入不要

<p>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</p> <p>※1 「協力医療機関連携加算 (I)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算 (II)」は、「協力医療機関連携加算 (I)」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p>	入居継続支援加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算 (※1)	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算 (※2)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
科学的介護推進体制加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
看取り介護加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	(II)	1 あり <input checked="" 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
高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
新興感染症等施設療養費		1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
生産性向上推進体制加算	(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)	<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
介護職員等処遇改善加算	(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)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(2)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(3)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(4)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(5)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(6)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(7)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(8)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(9)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(10)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	(V)(11)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
(V)(12)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
(V)(13)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
(V)(14)	1 あり	<input type="checkbox"/> 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		
		住所		
		診療科目		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
	3	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
4	名称			
	住所			
	診療科目			
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
5	名称			
	住所			

		診療科目	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり	医療機関の名称	
		医療機関の住所	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/> 1	名称	辻村外科
		住所	和歌山県 日高郡 みなべ町 282
		協力内容	往診および主治医を担当。緊急時に対応可
	2	名称	紀南病院
		住所	和歌山県 田辺市 新庄町 46 番地 70
		協力内容	救急時の搬送

**(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 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )	
判断基準の内容	入居者の介護状態により、契約した居室から他の居室へ転居していただくことがあります。	
手続きの内容	特になし	
追加的費用の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室については入居時の賃貸契約を引き継ぎます。	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <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	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	① 入居者が死亡した場合②入居者からの解約又は事業者から契約の解除が行われた場合。		
事業者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 11 条に記載	
	解約予告期間	30 ヶ月	
入居者からの解約予告期間	ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容 : ) 2 なし		
入居定員	30 人		
その他			

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 <sup>※1</sup>
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1 人	1 人		1 人
生活相談員	1 人	1 人		1 人
直接処遇職員	14 人	11 人	3 人	13.5 人
介護職員	12 人	11 人	1 人	11.5 人
看護職員	2 人		2 人	1 人
機能訓練指導員	2 人		2 人	1 人
計画作成担当者	1 人	1 人		1 人
栄養士				
調理員				
事務員	1 人	1 人		1 人
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				
※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			
介護福祉士	12人	11人	1人
実務者研修の修了者	0人		
初任者研修の修了者	2人		
介護支援専門員	1人		

**(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	2人		2人
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 ( 時 分～ 時 分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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	

は記入不要)	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	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								
に業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	2	2		1		2	
	1年以上3年未満		2					
	3年以上5年未満		2					
	5年以上10年未満		5	1				
	10年以上							1
	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	経済状態の変化
	手続き	協議にて説明

(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5	
	年齢	65歳	65歳	
居室の状況	床面積	18㎡	18㎡	
	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	0円	0円	
	敷金	80,000円	80,000円	
月額費用の合計		153,270円	159,390円	
家賃		45,000円	45,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	18,270円	245,390円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	状況把握及び生活相談サービス	0円	0円
		介護費用	0円	0円
		管理費	40,000円	40,000円
		食費	50,000円	50,000円
		光熱水費	0円	0円
その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有		
<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	施設の建設費・修繕費・地代を基礎とし、近隣同種の住宅の家賃等を参考に算定した金額
敷金	家賃の 2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	事務管理部門の人件費・水道光熱費・事務費、入居に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、目的施設（居室及び共用施設）の維持管理費
食費	朝食 330円、昼食 530円、夕食 530円、おやつ代 280円 上記月額は、1日3食+おやつ代を30日間食した場合の相当金額
光熱水費	共益費として共用部の水道光熱費及び清掃管理代
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	無

(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	介護度と自己負担割合
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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人

	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	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	歳
入居者数の合計	人
入居率*	%
※ 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	人
	死亡者	人
	その他	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	辻の郷 事務所	
電話番号	0739-34-2205	
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	
	日曜・祝日	祝日は対応可能 (9時～17時)
定休日	土・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) 身体1名あたり5000万円、1事故5億円、財物500万円
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" 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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<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	1 入居希望者に公開 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	1 入居希望者に公開 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	1 入居希望者に公開 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	1 入居希望者に公開 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	1 入居希望者に公開 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 代替措置なし※現在、運営懇談会開催に向けて準備中	
身体的拘束等廃止のための取組の状況	身体拘束適正化委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	緊急をやむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		1 ありの場合 身体的拘束等を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急をやむを得ない場合の理由の記録
業務継続計画の策定状況	感染症に関する業務継続計画(BCP)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	災害に関する業務継続計画(BCP)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	従業員に対する周知の実施	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な訓練の実施	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な見直し	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: ) <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	1 あり 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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                      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			併設・隣接の 状況	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	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		

通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

## 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					
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					※付添いができる範囲を明確化すること
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり					
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					
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					
おやつ			なし	あり					
理美容師による理美容サービス			なし	あり					
買い物代行	なし	あり	なし	あり					※利用できる範囲を明確化すること
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					※回数（年〇回など）を明記すること
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									
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり					※付添いができる範囲を明確化すること
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、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、月額サービスの費用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。