

重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	長岡 智恵子
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	社会福祉法人
名称	(ふりがな) 社会福祉法人 相愛福祉会	
主たる事務所の所在地	〒350-0064 埼玉県川越市末広町一丁目2番1号	
連絡先	電話番号	049-227-0031
	FAX番号	049-227-0032
	ホームページアドレス	http://www.kawatsuru-g.jp
代表者	氏名	相原 吉雄
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成・令和 9年 3月21日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) 志木ナーシングホーム	
所在地	〒353-0007 埼玉県志木市柏町一丁目6番74号	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 柳瀬川 駅
	交通手段と所要時間	・東武東上線柳瀬川駅より徒歩20分 ・東武東上線志木駅東口東武バス2番乗り場よりバス4分、市場坂上下車～徒歩5分
連絡先	電話番号	048-487-9970
	FAX番号	048-487-9980
	ホームページアドレス	http://www.kawatsuru-g.jp
管理者	氏名	長岡 智恵子
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・平成・令和 29年11月30日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成・令和 30年 1月 1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	1172200774
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成・令和 30年 1月 1日
	指定の更新日（直近）	平成・令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2289.21 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（普通賃借・定期賃借）	
		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	4,016.15 m ²
		うち、老人ホーム部分	3,060.12 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（普通賃借・定期賃借）		
	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	
	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】	1 全室個室（縁故者居室を含む）	
		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	有/ <input type="checkbox"/> 無	15.88 m ²	1	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	16.16 m ²	2	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	16.18 m ²	4	介護居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	16.43 m ²	2	介護居室個室
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	16.47 m ²	10	介護居室個室
	タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	16.49 m ²	1	介護居室個室
	タイプ7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	16.74 m ²	12	介護居室個室
	タイプ8	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	16.77 m ²	2	介護居室個室
	タイプ9	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	16.79 m ²	1	介護居室個室
	タイプ10	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	17.02 m ²	2	介護居室個室
	タイプ11	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	17.05 m ²	2	介護居室個室
	タイプ12	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	17.08 m ²	4	介護居室個室
	タイプ13	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	17.36 m ²	4	介護居室個室
※「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	0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	0ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所 (内2箇所通所介護 及び住宅型と共用)	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 (通所介護及び 住宅型と共用)	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	0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 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	1 あり 2 なし		
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他 ()
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	3 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	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者を社会の発展に貢献された方として敬愛する ・健全で快適な生活環境を創造する ・高齢者福祉の増進に寄与する
サービスの提供内容に関する特色	格安な利用料金で、住まい、食事、生活相談を提供致します。終身での入居が可能な体制を整えています。
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	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	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
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり	2 なし
	科学的介護推進体制加算		1 あり	2 なし
障害者等支援加算		1 あり	2 なし	

	L I F E への登録	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算	1 あり <input type="checkbox"/> 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) 1 あり <input type="checkbox"/> 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
	介護職員特定処遇改善加算	(I) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II) <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定	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	
		3 通院介助	
		4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	川鶴クリニック
		住所	埼玉県川越市下広谷 1113 番地 22
		診療科目	内科、泌尿器科他
		協力科目	内科、泌尿器科他
		協力内容	医師の訪問による健康相談、訪問診療（医療費等は利用者自己負担）
	2	名称	志木柏町クリニック
		住所	埼玉県志木市柏町一丁目 6 番 74 号
		診療科目	内科、整形外科他
		協力科目	内科、整形外科他

		協力内容	医師の訪問による健康相談、訪問診療（医療費等は利用者自己負担）
	3	名称	帯津三敬病院
		住所	埼玉県川越市大字大中居 545 番地
		診療科目	内科、外科他
		協力科目	内科、外科他
		協力内容	体調不良時の受診、入院対応（医療費等は利用者自己負担）
	4	名称	医療法人社団草芳会（三芳野病院・三芳野第2病院）
		住所	埼玉県入間郡三芳町大字北永井 890 番 6
		診療科目	内科・循環器内科他
		協力科目	内科・循環器内科他
		協力内容	体調不良時の受診、入院対応（医療費等は利用者自己負担）
協力歯科医療機関		名称	南古谷病院
		住所	埼玉県川越市久下戸 110 番地
		協力内容	入居時並びに定期による訪問健診及び訪問歯科診療（医療費等は利用者自己負担）

（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 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（他居室へ移る場合）	
判断基準の内容	常時見守りが必要となった場合等、心身の状況によりホームが指定する居室への住み替えとなる場合がある。	
手続きの内容	契約書の変更。	
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	移動後の居室へ利用権が移行する。	
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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" 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	入居契約書第 28 条				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 29 条			
	解約予告期間	90日			
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泊2日 2,060円) 2 なし				
入居定員	47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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員				
介護職員	16	13	3	13.6
看護職員	3	3		2.5
機能訓練指導員	1	1		0.1
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士	(委託)	(委託)	(委託)	
調理員	(委託)	(委託)	(委託)	
事務員	2	2		1.5
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	3	3	
実務者研修の修了者	4	4	
初任者研修の修了者	6	5	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	1	1	
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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時 ~ 10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	1人	1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)	2.9 : 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	

は省略可能)	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		介護福祉士						
		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		5	1						
前年度1年間の退職者数	1		6						1	
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1		3	3					
	1年以上	1		5						
	3年未満									
	3年以上	1		5		1		1		1
	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	施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘定し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する。
	手続き	あらかじめ入居者及び身元引受人等に通知します。

(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4	
	年齢	90歳	85歳	
居室の状況	床面積	17.36㎡	16.47㎡	
	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		108,150円	108,150円	
家賃		43,000円	43,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{*1} の費用	介護保険の自己負担割合分	介護保険の自己負担割合分	
	介護保険外 ^{*2}	食費	46,350円	46,350円
		管理費	18,800円	18,800円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	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	近隣家賃相場による 月額43,000円
敷金	なし
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	光熱水費、人件費、消耗品等による 月額18,800円
食費	業務委託料による。 1日3食、おやつ付き30日の場合46,350円 (内訳) 朝食309円、昼食・おやつ669円、夕食567円
光熱水費	管理費に含む

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	介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額
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）	算定なし
※ 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	12人
	女性	35人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	8人
	75歳以上85歳未満	39人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援1	4人

	要支援 2	4 人
	要介護 1	12 人
	要介護 2	6 人
	要介護 3	9 人
	要介護 4	11 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	4 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	10 人
	1 年以上 5 年未満	33 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	90.6 歳
入居者数の合計	47 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	1 人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	19 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	22 人
		(解約事由の例) 在宅復帰、他施設入所、医療機関入院

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	志木ナーシングホーム
電話番号	048-487-9970

対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	9:00～17:00
	日曜・祝日	9:00～17:00
定休日		なし

窓口の名称		埼玉県福祉部高齢者福祉課
電話番号		048-830-3254
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、日曜日、祝日、12/29～1/3

(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 type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 介護保険・社会福祉事業総合保険
	<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) 緊急時には、救急車を呼ぶなど救急対応した後、速やかに県及び入居者家族に対して連絡をする等必要な措置を講ずる。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input 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 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 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 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

	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 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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input 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 type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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	あり
不適合事項がある場合の内 容	土地に社会福祉法人明雄福社会を債務者とする抵当権が設定されて いる。

添付書類：別添 1（別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			併設・隣接の 状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	別紙による	別紙による
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	別紙による	別紙による
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	別紙による	別紙による
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	別紙による	別紙による
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		
<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	併設・隣接	別紙による	別紙による
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	別紙による	別紙による
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接	別紙による	別紙による
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	別紙による	別紙による
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	別紙による	別紙による
<居宅介護予防サービス>					
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	別紙による	別紙による
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	別紙による	別紙による
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	別紙による	別紙による
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		
<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	併設・隣接	別紙による	別紙による
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		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接	別紙による	別紙による
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護型医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	別紙による	別紙による
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	別紙による	別紙による
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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	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
	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} ）							
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	料金は別紙参照
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	○			協力医療機関は付添可
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				
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1回希望者に実施、料金は検査項目による
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			管理費に含む
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	○			協力医療機関は付添可
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。