

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ 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／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	合同会社
名称	(ふりがな) ごうどうがいしゃ えすえるしー 合同会社 S L C)	
主たる事務所の所在地	〒500-8323 岐阜県岐阜市光樹町 46-4	
連絡先	電話番号	058-276-1102
	FAX番号	058-276-1103
	メールアドレス	smile.life.station@gmail.com
	ホームページアドレス	http://smilelife.hp.gogo.jp/pc
代表者	氏名	門脇 浩一
	職名	代表社員
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 29年 12月	
主な実施事業	サービス付き高齢者住宅事業、介護保険事業 ※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) こすもすあかなべ コスモス茜部	
所在地	〒500-8263 岐阜県岐阜市茜部新所一丁目5番地	
主な利用交通手段	最寄駅	岐阜駅
	交通手段と所要時間	電車： JR 岐阜 駅から岐阜バス茜部三田洞線 下佐波行、城南病院前バス停より徒歩3分 その他：厚見・茜部ぐるりふれあいバス、 整形外科城南病院前バス停より徒歩3分
連絡先	電話番号	058-268-5080
	FAX番号	058-268-5081
	メールアドレス	cosmosakanabe@gmail.com
	ホームページアドレス	http://www.slcl.co.jp/index.html
管理者	氏名	門脇浩一
	職名	管理人
建物の竣工日		昭和・平成 17年11月8日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 25年3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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	(市)
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	321 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)													
		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の有無</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和1年12月 1日～ 令和20年11月30日) 2 なし </td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし </td> </tr> </table>	抵当権の有無	1 あり 2 なし	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (令和1年12月 1日～ 令和20年11月30日) 2 なし	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし							
抵当権の有無	1 あり 2 なし														
契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (令和1年12月 1日～ 令和20年11月30日) 2 なし														
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし														
建物	延床面積	全体	1065.45 m ²												
		うち、老人ホーム部分	167.87 m ²												
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()													
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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													
		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和1年12月 1日～ 令和20年11月30日) 2 なし </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 あり 2 なし</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	抵当権の設定				契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (令和1年12月 1日～ 令和20年11月30日) 2 なし			契約の自動更新	1 あり 2 なし			
抵当権の設定															
契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (令和1年12月 1日～ 令和20年11月30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													
	タイプ1	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*									
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	23.37 m ²	101 201 301 401 501	一般居室個室										

タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	27.72 m ²	102、202、 302、402、 502	一般居室個室
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	31.85 m ²	103、203、 303、403、 503	一般居室個室
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	22.53 m ²	104、204、 304、404、 504	一般居室個室
タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.26 m ²	105、205、 305、405、 505	一般居室個室
タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	27.82 m ²	106、206、 306、406、 506	一般居室個室
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	3ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	ヶ所
			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	1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	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	2 なし	
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	

	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり
		2	一部あり	3	なし
	便所	1	あり	2	一部あり
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし		
	浴室	1	あり	2	一部あり
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし		
	その他()	1	あり	2	一部あり
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし		
その他	食堂				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	業所の介護士は、食事等の日常生活上の見守りサービスを行うことにより、入居者が自立した日常生活を営むことができるよう援助を行う。また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関との連携により、自立支援のサポートを行う。
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	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 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省略可能

特定施設入居者生活介護の加算	入居継続支援加算	1	あり	2	なし
の対象となるサービスの体制の	生活機能向上連携加算	1	あり	2	なし

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
	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
	栄養スクリーニング加算		1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算		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
		(III)	1	あり	2	なし
	介護職員処 遇改善加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
		(III)	1	あり	2	なし
		(IV)	1	あり	2	なし
		(V)	1	あり	2	なし
	介護職員等 特定処遇改 善加算	(I)	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) 2 : 1			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 (訪問診療)			
協力医療機関	1	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力科目			
		協力内容			

	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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 ()	
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 2 なし
	(変更内容)	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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	入居時満60歳以上。療養管理については要相談。	
契約解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	下記の場合は90日間の予告において契約を解除することができる。但

		し契約の解除においては、利用者の事情を斟酌し、身元保証人を含めた協議の上で決定することとする。 ① 入居者申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ② 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。 ③ 入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき。
	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	1 あり（内容：空室がある場合。1泊食事付(5,000円+税) 2 なし	
入居定員		30人
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談	

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
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員			2	1
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				8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			
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			

(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			
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～ 9 時)		
	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	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 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
※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	4人
	訪問介護事業所の名称	ヘルパーステーション スマイルライフ
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称									
			<input checked="" type="checkbox"/> 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										
応じた職員の人 業務に従事した経験年数に	1年未満									
	1年以上			1	2					
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上				1					
	10年未満									
10年以上										

従業者の健康診断の実施状況	1 あり <input checked="" 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】	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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	ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案の上、運営懇談会の意見を聞いて改定します。
	手続き	改めて書面にて報告

(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	要支援2
	年齢	75歳	80歳
居室の状況	床面積	31.85 m ²	21.26 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円
	敷金	117,000円	99,000円
月額費用の合計		39,000円	33,000円
家賃		円	円
サービス	特定施設入居者生活介護 ^{*1} の費用	円	円
	介食費	40,500円	40,500円

	サービス費	30,000 円	30,000 円
	介護費用	円	円
	共益費	10,000 円	10,000 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	本有料老人ホームは、土地・建築等の借入金が、約187,000千円、金利が56,100千円（20年、金利1.5%）で合計243,100千円の費用がかかっており、これを18年償却で想定し、30人の満室時の人数での分担を考えると、1月当たりの分担額は、243,100千円÷216ヶ月（18年）÷30人=37,515円 ≒33,000円～39,000円となります。
敷金	家賃の 3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。
サービス費	運営に係るソフト（人件費）に係る費用。年間想定人件費を1ヶ月ごとに割戻し、30名の入居者で割った金額を根拠とする。 年人件費 10,700,000円÷12ヶ月÷30人=29,722円。従って、サービス費は 30,000円と設定する。
食費	朝食 1回 350円、 昼食 1回 500円 、夕食 1回 500円 (1) 食材の調達及び在庫管理 ア 品質、鮮度、及び衛生面において、客観的な安全基準に適合するよう必要な注意を払い、かつ合理的な範囲で適正な品質のものを調達し、保管するよう努めること イ 災害等非常時に備え、入所者等に提供するための非常食を保管すること。 (2) 調理、盛り付け、及び配膳・下膳 ア 必要且つ適切な衛生管理を行い、適時・適温での食事の提供に努めること。 イ 入所者の身体的状態に合わせ、仕込みの切り方、大きさや柔らかさ等について配慮し、作り方を変えること。 ウ 医師の食事箋に基づいた特別食の提供が必要な場合は個別に対応すること。 エ 食事は、喫食者ごとの盛り付けを厨房で行い、冷温配膳車を用い指定された場所に運搬すること。 オ 食事時間及び配膳・下膳時間は概ね下記のとおりとする。 (3) 配膳時間 下膳時間 朝食 7:00から 8:00頃 昼食 11:30から 12:30頃

	<p style="text-align: center;">夕食 16:30から 17:30頃</p> <p>※ 配膳等にあたっては、以下の事項に注意すること。</p> <p>① 料理の味や温度を損なわないよう短時間で配膳するよう勤める。</p> <p>② 配膳は指定された場所に運搬し確実に引き渡す。</p> <p>③ 下膳は食器等の数量を確認の上、指定された場所から行う。</p> <p>(4) 食器洗浄・消毒作業 下膳した食器類は残食を取り除いた後、洗浄、消毒を施し、整理整頓して次の使用時まで清潔に保管すること。</p> <p>(5) 残食処理 ア 受託者は、残食調査をした後の残飯等を衛生的に処理し、指定場所に廃棄すること。 イ 残食等の置き場及び容器類を常に清潔に保つこと。</p> <p>(6) 検食及び保存食 ア 検食は、施設の指示に従い提供すること。 イ 保存食は、毎食確保するものとし、原材料（購入した状態のもの）及び調理済み食品を、摂氏零下20度以下で2週間保存すること。</p> <p>(7) 施設・設備の衛生管理 受託者は、食事サービス提供業務の用に供する施設、及び設備等の清掃、衛生保持を行うこと。</p>
光熱水費	水道料金 及び共用部分の維持管理費
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	

(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（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		
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	16人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	6人
	75歳以上 85歳未満	13人
	85歳以上	9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	2人
	要介護2	12人
	要介護3	8人
	要介護4	4人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	20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	79歳
入居者数の合計	28人
入居率※	93%
※ 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		合同会社 SLC
電話番号		058-268-5080
対応している時間	平日	対応している時間
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		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"/> あり	(その内容) あいおい日生同和損害保険株式会社【介護保険・社会福祉事業
---------------	--	-------------------------------------

		者総合保険】の保証の範囲
	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) 施設の緊急対策マニュアルに沿い、医療機関と連絡をとり適切に処理する。家族及び、身元保証人へ速やかに連絡し、対処方法を相談する。
	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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	
	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 :)	
	<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	
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 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 事業主体が岐阜県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	ヘルパーステーション スマイルライフ	〒500-8254 岐阜県岐阜市光樹町46-4 3B
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		
<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		
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			
<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		
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		
<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		
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		
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		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
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								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		30分	750円				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		30分	750円				
おむつ代			なし	あり			*	*種類別で 別途設定			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		1回	1,500円				
特浴介助	なし	あり	なし	あり		1回	1,500円				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		30分	750円				
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	750円				
生活サービス											
居室清掃	なし	あり	なし	あり		30分	750円				
リネン交換	なし	あり	なし	あり		30分	750円				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		30分	750円				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			*管理費			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				*別途相当分費用を徴収			
おやつ			なし	あり				*別途相当分費用を徴収			
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		30分	750円				
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		30分	750円				
金銭・貯金管理			なし	あり				*必要時は応相談			
健康管理サービス											
定期健康診断			なし	あり							
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			*管理費			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			*管理費			
服薬支援	なし	あり	なし	あり		30分	750円				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			*管理費			
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	750円				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		30分	750円				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		30分	750円				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		30分	750円				

※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。

