

重要事項説明書

| | |
|-------|--------------------|
| 記入年月日 | 令和5年12月1日 |
| 記入者名 | 山川 諭 |
| 所属・職名 | シニアコート東朝日町 ホーム長 |

※ 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、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。

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | やすらぎの空間で喜びや楽しさを分かち合える環境を目指し、ご入居者様の個々の気持ちを大切にし、これまでのライフスタイルと同様に安心・安全に快適な生活をしていただけるように日々のお手伝いをさせていただきます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 見守り、安否確認、生活相談をさせていただきます。ご入居者様が介護や医療を必要とする場合は、円滑に介護サービスや医療サービスを受けられるよう、介護事業所や医療機関と連携を図ります。なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外のサービス事業者のサービス(介護保険サービス、医療サービス等)を自由に選択することができます。 |
| 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 | 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 | |
| | 医療機関連携加算 | 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 | |
| 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 | |
| | 2 なし | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|------|---|----------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | | ① 救急車の手配 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 | たなか内科クリニック |
| | | 住所 | 松江市上乃木9丁目1-10 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 状態報告・把握により、連携をとっている。 |
| | 2 | 名称 | 津田小学校前よしの医院 |
| | | 住所 | 松江市東津田町1195-3 |
| | | 診療科目 | 内科 消化器内科 胃腸内科 |
| | | 協力内容 | 状態報告・把握により、連携をとっている。 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 吉川歯科クリニック | |
| | 住所 | 松江市古志原2-22-32 | |
| | 協力内容 | 口腔衛生管理 | |

(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 (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 | 60 歳以上 (60 歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている 60 歳未満の者をいう。) | |
| 契約の解除の内容 | 1. 入居者様から契約解除が行われた場合 2. 事業主体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 | 入居契約書第 13 条に定めるとおり |
| | 解約予告期間 | 6 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 ① 料金：1 泊当たり 5,620 円 (税込) 食事込最長 2 泊 3 日 ② 対象者：要介護度が自立、要支援 1.2、要介護 1.2 の方 介護費用として別途 (要支援：1,000 円、要介護 1：3,000 円 要介護 2：4,000 円) 徴収させていただきます。 | |

| | |
|------|--|
| | ③ 体験入居費用については入居体験終了時に事務所へ現金でお支払い下さい。 2 なし |
| 入居定員 | 52人 ※1つの居室を2人で使用した場合、定員以上となる。 |
| 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 | | |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 8 | | 8 | |
| 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 | 1 | 1 | | |
| その他職員 | 1 | | 1 | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40 |
| ※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 | 6 | | 6 |

| | | | |
|-----------|---|--|---|
| 実務者研修の修了者 | 1 | | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 1 | | 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 | | |
| 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 | | |
|----------|------|-----------------|
| | 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 | 人 | 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 | 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 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | | 3 | 3 | 1 | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | 11 | 2 | 1 | | | | |
| 応じた業務に従事した経年数に 業務に従事した経年数に 業務に従事した経年数に | 1年未満 | | | | 2 | | | | | | |
| | 1年以上 | | | | 4 | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | 2 | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | |

7. 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 一部日割り計算で減額 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 | 条件 | 物価変動及び人件費等を勘案し、必要と考えられる場合。 |
| の改定 | 手続き | 協議の上、改定できるものとする。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | Aタイプ | Bタイプ | |
|------------|-------------------------------|------------------------|----------|---------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護4 | 要支援2 | |
| | 年齢 | 84歳 | 91歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.30㎡ | 19.06㎡ | |
| | 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 | 306,000円 | 306,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 132,720円 | 132,720円 | |
| 家賃 | | 51,000円 | 51,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 円 | 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 42,120円 | 42,120円 |
| | | 共益費 | 19,800円 | 19,800円 |
| | | 夏季・冬季加算 (7~8・12~2月) | 3,300円 | 3,300円 |
| | | 高齢者生活支援サービス料 | 19,800円 | 19,800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 | 土地建物の貸借料、設備備品等を基礎として、1室当たりの家賃を算出。 |
| 敷金 | 家賃の6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。 |
| 食費 | 朝食324円、昼食540円、夕食540円の計(1,404円)税込。 |
| 共益費 | 共有部分の水道光熱費(夏季7~8月、冬季12月~2月加算あり)・維持管理費、事務費 |
| 高齢者生活支援サービス料 | 安否確認、生活相談 |

8. 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 | 26人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 2人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 8人 |
| | 85歳以上 | 28人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 2人 |
| | 要支援2 | 4人 |
| | 要介護1 | 11人 |
| | 要介護2 | 8人 |
| | 要介護3 | 2人 |
| | 要介護4 | 7人 |
| | 要介護5 | 4人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 2人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 3人 |
| | 1年以上 5年未満 | 22人 |
| | 5年以上 10年未満 | 9人 |
| | 10年以上 15年未満 | 2人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|-------|
| 平均年齢 | 89歳 |
| 入居者数の合計 | 38人 |
| 入居率※ | 73.1% |

※ 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 | 2人 |
| | 死亡者 | 14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 | 2人 |
| | | (解約事由の例) 入院長期になるため |

9. 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 | シニアコート東朝日町 |
| 電話番号 | (0852) 67-1566 |
| 対応している時間 | 月～日曜日 8:30～17:30 |
| 定休日 | なし |
| 窓口の名称 | 松江市役所 健康福祉総務課 |
| 電話番号 | 0852-55-5303 |
| 対応している時間 | 月～金曜日 8:30～17:00 |
| 定休日 | 土曜日、日曜日、祝日 |
| 窓口の名称 | 島根県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | 0852-21-2811 |
| 対応している時間 | 月～金曜日 8:30～17:00 |
| 定休日 | 土曜日、日曜日、祝日 |

(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 | ① あり | (その内容) 賠償責任保険 加入 |
| | 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) |
| | 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 | 年1回 |
| | | 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 | | |

10. 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 |

11. その他

| | | |
|---------------------|-------------------------|--------------|
| 運営懇談会 | ① あり | (開催頻度) 年 1 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】 | 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 |
| 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 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 | 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 （別に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

事業者が運営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 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | こころねヘルパー ステーション | 松江市東朝日町37-1 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | こころね訪問看護 ステーション | 松江市東朝日町37-1 |
| 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 | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | シニアコート上乃木 | 松江市上乃木3-11-10 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| ＜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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 居宅介護支援 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | こころね居宅介護 支援事業所 | 松江市東朝日町158-8 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | |
| 総合事業訪問型サービス | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | こころねヘルパー ステーション | 松江市東朝日町37-1 |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | こころね訪問看護 ステーション | 松江市東朝日町37-1 |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | シニアコート上乃木 | 松江市上乃木3-11-10 |
| 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 | | |
| ＜地域密着型総合事業サービス＞ | | | | |
| 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 | | |
| 介護予防支援 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | こころね居宅介護 支援事業所 | 松江市東朝日町158-8 |
| ＜介護保険施設＞ | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

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（入居者の個別選択によるサービス一覧表）

| 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） | | | 備考 | |
| | | | 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 |
| 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 | | ○ | 右記 外出の付き添い 最初 30分 2,200円、以降 30分毎に 3,300円。日、祝、夜間(17時～翌8時30分は最初 2,420円以降 30分毎に 3,630円(いずれも税込) |
| 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 | | ○ | 実費 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 右記 日常用品等の買い物や、薬受け取りの代行。 1回 1,100円(税込) |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 右記 1回 1,100円(税込) |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 右記 外出の付き添い 最初 30分 2,200円、以降 30分毎に 3,300円。日、祝、夜間(17時～翌8時30分は最初 2,420円以降 30分毎に 3,630円(いずれも税込) |
| 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、月額サービス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。

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

年 月 日

登録事項等についての説明

貸主（甲） 住所 松江市上乃木9丁目1番10号
 氏名 医療法人 峻和会
 代理人 住所
 氏名

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

| | |
|----------|---|
| 住宅の名称 | (ふりがな) しにあこーとひがしあさひまち シニアコート東朝日町 |
| 所在地 | (住居表示) 〒690-0001 島根県松江市東朝日町37番地1 |
| 利用交通手段 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（山陰本線 松江駅からバスで5分 降車後、徒歩1分 / または徒歩で15分） <input type="checkbox"/> 2. その他（ ） |
| 住宅に関する権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 2011年 6月 1日から 2041年 5月 31日まで |
| 施設に関する権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 2011年 6月 1日から 2041年 5月 31日まで |
| 敷地に関する権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 2011年 6月 1日から 2041年 5月 31日まで |

(注) 住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

| | | |
|--------------------------------|--|-----------------|
| 法人・個人の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人 | |
| 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) いりょうほうじんしゅんわかい 医療法人 峻和会 | |
| 住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地) | (郵便番号 690-0015) 島根県松江市上乃木9丁目1番10号 電話番号 0852-60-5877 | |
| 法人の役員 | 別添 1 のとおり | |
| 法定代理人 (未成年の個人 である場合) | (ふりがな) | |
| | 商号、名称、又は氏名 | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) 電話番号 |
| | 法人の役員 | 別添 2 のとおり |

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

| | | |
|---------|--|--|
| 事務所の名称 | (ふりがな) しにあこーとひがしあさひまち シニアコート東朝日町 | |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 690-0001) 島根県松江市東朝日町37番地1 電話番号 0852-67-1566 | |

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

| | | | | |
|---------|--|--|----------------|-------------------|
| 住宅戸数 | 登録申請対象戸数 | 52 | 戸 | |
| 居住部分の規模 | (最小) | 18.21 | m ² | 詳細については、別添 3 のとおり |
| | (最大) | 19.06 | m ² | |
| 構造及び設備 | 共同利用設備 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | 構造 | 鉄骨 | 造 | 階数 地上 4 階建 |
| 竣工の年月 | 2011 年 5 月 28 日 | | | |
| 加齢対応構造等 | <input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている | | | |

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期
(居住の用に供する前である場合)

| | |
|-----------------------|---|
| 入居契約の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他 |
| 入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨 | |
| 終身賃貸事業者の事業の認可 | <input checked="" type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている |
| 入居者の資格 | <input checked="" type="checkbox"/> 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族） （「高齢者」とは、60歳以上の者をいう。） |
| 入居契約の内容 | 別添入居契約書のとおり |

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

| | |
|--------|---------|
| 入居開始時期 | 年 月 日から |
|--------|---------|

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

| | サービスの種類 | 提供形態 | 提供の対価 (概算・月額) | |
|------------------------|--|---|-------------------|-------------------|
| 高齢者生活支援サービス | 状況把握 生活相談 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 | 約 19,800 円 | 詳細については、別添 4 のとおり |
| | 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 42,120 円 | |
| | 入浴等の介護 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない | 約 円 | |
| | 調理等の家事 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない | 約 円 | |
| | 健康の維持増進 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない | 約 円 | |
| | その他 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない | 約 円 | |
| 家賃の概算額 | (最低) | 約 51,000 円 | 住戸ごとの内容は別添 3 のとおり | |
| | (最高) | 約 51,000 円 | | |
| 共益費の概算額 | (最低) | 約 19,800 円 | | |
| | (最高) | 約 23,100 円 | | |
| 敷金の概算額 | (最低) | 約 306,000 円 | 家賃の 6.0 月分 | |
| | (最高) | 約 306,000 円 | | |
| 前払金※の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | |
| 家賃等の前払金の概算額 | (最低) | 約 円 | (最高) | 約 円 |
| 家賃等の前払金の算定の基礎 | 家賃 | | | |
| | サービス提供の対価 | | | |
| 返還額の算定方法 | | | | |
| 家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間 | 年 月 日まで | | | |
| 家賃等の前払金の返還額の推移 | (※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。) | | | |
| 前払金の保全措置の内容 | <input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他) | | | |

| | |
|---------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護事業所 | <input type="checkbox"/> 指定を受けている |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 | <input type="checkbox"/> 指定を受けている |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない |
| 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 | <input type="checkbox"/> 指定を受けている |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない |
| 介護サービス情報 | (特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。) |

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

| | |
|-------------------------------|---|
| 管理の方式 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託 |
| 委託する業務の内容 (契約事項) | |
| 管理業務の委託先 | |
| 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) |
| 住所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地) | (郵便番号) 電話番号 |
| 修繕計画 | |
| 計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 大規模修繕の実施予定 | 頃実施予定 |
| その他計画的な修繕予定 | |

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

| 施設の名称 | 提供されるサービスの概要 | 事業所の場所 |
|----------------|----------------------|---|
| こころね訪問看護ステーション | 訪問看護、介護予防訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| こころねヘルパーステーション | 訪問介護、介護予防・日常生活支援総合事業 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| | | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| | | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

| 連携又は協力の相手方 | |
|------------|--|
| 事業所の名称 | (ふりがな) こころねほうもんかんどすてーしょん こころね訪問看護ステーション |
| 事業所の所在地 | (郵便番号 690-0001) 島根県松江市東朝日町37番地1 電話番号 0852-67-2632 |
| 連携又は協力の内容 | 居宅訪問看護、居宅予防訪問看護 |

| 連携又は協力の相手方 | |
|------------|--|
| 事業所の名称 | (ふりがな) こころねへるぱーすてーしょん こころねヘルパーステーション |
| 事業所の所在地 | (郵便番号 690-0001) 島根県松江市東朝日町37番地1 電話番号 0852-67-1566 |
| 連携又は協力の内容 | 居宅訪問介護、居宅予防訪問介護 |

10. 登録の申請が基本方針（及び高齢者居住安定確保計画）に照らして適切なものである旨

高齢者の居住安定の確保に関する基本的な方針及び島根県高齢者居住安定確保計画に照らして適切である。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日

借主（乙） 住所
氏名

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

| 設備等 | 整備箇所数 | 合計床面積 (m ²) | 整備箇所 | 想定利用戸数 (戸) | 備考 |
|-------|-------|----------------------------|---------------|---------------|----|
| 浴室 | 3 | 33.60 | 2F機械浴室、3,4階個浴 | 52 | |
| 台所 | 2 | 12.80 | 1、2階 | 52 | |
| 食堂 | 2 | 153.69 | 1、2階 | 52 | |
| 台所・居間 | 2 | 48.74 | 3、4階 | 20 | |
| 収納設備 | 4 | 37.98 | 1~4階 | 52 | |
| | | | | | |

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

別添 4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

| | | | | | |
|----------------------|--|---|---|---|--------|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | | |
| サービスを提供する法人等の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 | | <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等 | | |
| サービスを提供する者の人数 | <input type="checkbox"/> 医師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | 人員 人 |
| | <input type="checkbox"/> 看護師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | 人員 人 |
| | <input type="checkbox"/> 准看護師 | 人員 | 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者 | 人員 3 人 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 | 人員 | 7 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員 1 人 |
| 常駐する場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地：) | | | | |
| 常駐する日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く () | | | | |
| 常駐する時間 | 日中 | 8 時 30 分 | ～ | 17 時 30 分 | 人員 1 人 |
| | 上記以外の時間 | 時 | 分 | ～ 時 分 | 人員 人 |
| 毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法 | 声かけ | | | | 毎日 1 回 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問（近接する土地に常駐する場合のみ） | | | | |

| | | | | | |
|----------------|------|---------------------|-------------------------------|--|--|
| 緊急通報サービスの内容 | 提供時間 | 常駐する日 | 0 時 0 分 ~ 24 時 0 分 | | |
| | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24時間 | | |
| | 通報方法 | 緊急通報装置にて通報 | | | |
| | 通報先 | シニアコート東朝日町内ケアステーション | 通報先から住宅までの到着予定時間 3 分 | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 19,800 円 | 前払金の算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | |
| 備考 | | | | | |

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容（該当する場合のみ）

| | | | |
|----------------|--|--|----------------------------------|
| 提供形態 | | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input checked="" type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) かぶしきがいしゃでいあぷらすわん ----- 株式会社Dear Plus One | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号 272-0013) 千葉県市川市高谷2-13-2ガレージメイプルD-4 電話番号 047-704-8297 | |
| | 住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号 690-0001) 島根県松江市東朝日町37番地1 電話番号 0852-60-0092 | |
| 食事提供を行う場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない () | |
| | 調理等 | <input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| サービス提供の対価（概算額） | 月額※ | 約 42,120 円 | 内訳 朝食 324 円 昼食 540 円 夕食 540 円 |
| | 前払金 | 約 0 円 | 前払金の算定方法 |
| 備考 | | | |

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容（該当する場合のみ）

| | | | | | |
|----------------|------------------------------|--|---|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| サービス提供の対価（概算額） | 月額 | 約 | 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 備考 | | | | | |

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容（該当する場合のみ）

| | | | | | |
|----------------|------------------------------|---|---|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 | 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 備考 | | | | | |

5. 健康の維持増進サービスの内容（該当する場合のみ）

| | | | | | |
|----------------|------------------------------|---|---|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| サービス提供の対価（概算額） | 月額 | 約 | 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 備考 | | | | | |

6. その他のサービスの内容（該当する場合のみ）

| | | | | | |
|----------------|------------------------------|--|---|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 内容 | | | | |
| サービス提供の対価（概算額） | 月額 | 約 | 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 備考 | | | | | |