

## 重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	大山 涼太
所属・職名	施設運営管理部 主幹

※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、「栃木県サービス付き高齢者向け住宅事業登録制度実施要綱」の別記様式第15号の内容と重複している以下の1から3まで及び6については、同様の内容を記載するか、別記様式第15号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	株式会社
名称	(ふりがな) (かぶしきかいしゃ) わーどすてい 株式会社 ワールドステイ	
主たる事務所の所在地	〒326-0831 栃木県足利市堀込町 2462-1	
連絡先	電話番号	0284-70-6200
	FAX 番号	0284-70-6201
	ホームページアドレス	<a href="http://www.worldstay.jp/">http://www.worldstay.jp/</a>
代表者	氏名	岡田 隆
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 13年 12月 4日	
主な実施事業	※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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむわーどすていさのしもだ 住宅型有料老人ホーム ワールドステイ佐野下田	
所在地	〒327-0843 栃木県佐野市堀米町 2627	
主な利用交通手段	最寄駅	堀米駅
	交通手段と所要時間	佐野駅より2km 徒歩24分 バス:伊賀町～堀米橋西 17分 堀米駅より2km 徒歩24分 バス:
連絡先	電話番号	0283-86-9990
	FAX 番号	0283-86-9993
	ホームページアドレス	
管理者	氏名	山口 裕介
	職名	管理者
建物の竣工日		令和2年 3月 25日
有料老人ホーム事業の開始日		令和2年 4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	県 (市)
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

## 3. 建物概要

土地	敷地面積	1, 230.46㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (令和2年4月1日～令和32年3月31日) 2 なし
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	856.86㎡

		うち、老人ホーム部分	856.86 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (令和2年4月1日～令和32年3月31日) 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		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 <input checked="" type="checkbox"/>	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	15.12 m <sup>2</sup>	6室	一般居室個室
	タイプ2	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	15.29 m <sup>2</sup>	2室	一般居室個室
	タイプ3	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	15.14 m <sup>2</sup>	1室	一般居室個室
	タイプ4	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	13.05 m <sup>2</sup>	14室	一般居室個室
	タイプ5	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	13.17 m <sup>2</sup>	2室	一般居室個室
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>	室	一般居室個室
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>	室	一般居室個室	
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>	室	一般居室個室	
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>	室	一般居室個室	
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	4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		4ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
共用浴室における	0ヶ所	チェア一浴		0ヶ所		

	介護浴槽		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 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 type="checkbox"/> 2 なし		
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
	防災計画	<input 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	居宅介護サービス計画に基づき、訪問介護事業所により入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、療養上の世話を行うことにより、要介護状態になった場合でも、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう援助を行う。
サービスの提供内容に関する特色	明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、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、密接なサービスの提供に努めるものとする。

提供するサービスの種類	提供状況及び入居者への提供実績（記入年月日現在）				
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	人
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	人
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	人
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	人
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	人
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし	人

**(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	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	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
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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" 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	往診・緊急の対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	栃木県足利市
		協力内容	往診

(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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ( 一般居室 )
判断基準の内容	より適切な介護等を提供する為に必要と判断した場合
手続きの内容	指定する医師の意見等
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	住み替え後の居室に移行

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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
	<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	<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	共同生活にご理解いただける方。	
契約の解除の内容	<p>入居後の契約解除</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入居者が逝去した場合</li> <li>2. 入居者から契約解除が行われた場合</li> <li>3. 事業者は、利用者が以下の事項に該当する場合には、30日以上予告期間をもって、本契約を解除することができる。 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 事業所の承認なくして、承認が必要な行為を行ったとき。</li> <li>(2) 事業所に対して通知をせずに、1ヵ月以上にわたり、居室を利用しないとき。</li> <li>(3) 長期（1ヵ月以上）の不在により、この契約を継続する意志がないと事業者が認めたとき。</li> <li>(4) 入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居をしようとし、又は入居したとき。</li> <li>(5) 入居日までに、敷金の全額を払わなかったとき。</li> <li>(6) 管理費その他入居者が事業所に支払うべき費用を3ヵ月以上滞納したとき。</li> <li>(7) 管理費、その他入居者が事業所に支払うべき金銭等の支払いをしばしば遅延する等の事情により、事業所、入居者間の信頼関係が著しく害されたと事業者が認めるとき。</li> <li>(8) 建物、付帯設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損又は滅失したとき。</li> <li>(9) 共同生活の秩序を乱す行為があったとき。</li> <li>(10) 入居者の行動が、他の入居者の生命・健康又は生活に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常のサービス提供方法ではこれを防止することができないとき。</li> <li>(11) 入居者及びその関係者が当法人の運営を著しく妨害する行為がみられたとき。</li> </ol> </li> </ol>	

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条第2項(事業者からの契約解除)
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり(内容: 3,300円(食事付) / 日) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	25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		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	4	4		
介護職員	4	4		
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	2		2	
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				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	2	2	
実務者研修の修了者			
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00分～9時00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	1人	0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)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	

サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	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							
			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										
応じた職員の数 業務に従事した経験年数に	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式			
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式			
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 月払い方式</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式	<input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式
<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式				
<input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式				
<input type="checkbox"/> 3 月払い方式				
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	1年に1回、ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある。		

### (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	区分	一般利用者	保護受給者	
	年齢	78歳	85歳	
居室の状況	床面積	13.05、13.17㎡	15.12、15.14、15.29㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	200,000円	188,000円	
月額費用の合計		112,900円	109,900円	
家賃		50,000円	47,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費	48,600円	48,600円
		生活支援サービス費	5,500円	5,500円
		介護費用	円	円
	光熱水費	8,800円	8,800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	居室の広さ地域近隣の家賃相場を考慮して算定。
敷金	家賃の 4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。
生活支援サービス費	生活支援サービスにかかる人件費
食費	食材費に基づく費用。
光熱水費	居室、食堂、共同使用における光熱水費
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	1 連帯保証を行う銀行等の名称	

保全先	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	10人
	女性	8人
年齢別	65歳未満	3人
	65歳以上 75歳未満	5人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	4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	3人
	要介護2	5人
	要介護3	2人
	要介護4	6人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	18人
	6ヶ月以上 1年未満	0人
	1年以上 5年未満	0人
	5年以上 10年未満	0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	75.6歳
入居者数の合計	18人
入居率※	72%
※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	0人
	死亡者	2人
	その他	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) ご逝去による解約

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	株式会社ワールドステイ	
電話番号	0284-70-6200	
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜	8:30～17:30
	日曜・祝日	8:30～17:30 (ホームにて対応 TEL0284-64-8270)
定休日	なし	

(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) 入居契約書、施設管理規定、重要事項説明書に基づくサービスの提供にあたって、万一事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が生じた場合には、不可抗力による場合を除き、損害を賠償します。
	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) 介護サービス契約書、管理規定、重要事項説明書に基づくサービスの提供にあたって、万一事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が生じた場合には、不可抗力による場合を除き、損害を賠償します。
	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	
		結果の開示	1 あり 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		

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 <input 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 1年 1回 <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容) <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし
	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	<input 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
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 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

住宅の登録	
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） <input checked="" 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	
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 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			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	訪問介護ホームヘルプ春日和	足利市堀込町 2462-1
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション春日和	足利市福居町 511-1
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	デイサービスセンター春日和 デイサービスセンター春日和堀込 デイサービスセンター春日和いかるぎ デイサービスセンター春日和佐野	足利市堀込町 2462-1 足利市堀込町 2582-1 足利市船木町 229-1 佐野市浅沼町 289
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	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<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		
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	あり	なし		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護ホームヘルプ春日和	足利市堀込町 2462-1
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション春日和	足利市福居町 511-1
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		
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービスセンター春日和 デイサービスセンター春日和堀込 デイサービスセンター春日和いかるぎ デイサービスセンター春日和佐野	足利市堀込町 2462-1 足利市堀込町 2582-1 足利市船木町 229-1 佐野市浅沼町 289
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	あり	なし		
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		
<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		
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	あり	なし		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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

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	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）			なし		あり		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						介護サービスについては、原則として入居者が介護保険の在宅サービス事業者と個別に契約し、自己負担額をサービス事業者に支払います。
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		○	1,100円	1回		
特浴介助	なし	あり	なし	あり						
経管管理	なし	あり	なし	あり		○	330円	1回		
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		○	1,100円	30分。但し、看護師対応の場合は、2,200円		
生活サービス										
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1,100円	1回		
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		○	4,400円	1ヶ月		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	5,500円		生活支援サービス費を含む	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費			
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		○	1,100円	1回		
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	5,500円		生活支援サービス費を含む	
金銭・貯金管理			なし	あり			5,500円		生活支援サービス費を含む	
健康管理サービス										
定期健康診断			なし	あり		○	実費			
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		5,400円		生活支援サービス費を含む	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		5,400円		生活支援サービス費を含む	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		5,400円		生活支援サービス費を含む	
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		○	1,100円	30分。但し、看護師対応の場合は、2,200円		
入院時の医師との話し合い	なし	あり	なし	あり		○	2,200円	30分		
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	1,650円	1回		
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。