

**サービス付き高齢者向け住宅兼（介護予防）特定施設入居者生活介護
重要事項説明書**

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	角 静香
所属・職名	すかいの郷こもれび 事業所長

※ 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、「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17号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、別記様式第17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	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんすかい 社会福祉法人すかい	
主たる事務所の所在地	〒321-1511 栃木県日光市足尾町 2084	
連絡先	電話番号	0288-93-2003
	FAX 番号	0288-93-2236
	ホームページアドレス	http://www.sukai.jp/
代表者	氏名	神内 昭一
	職名	理事長
設立年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和・平成 59年12月12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) すかいのさともれび すかいの郷こもれび
----	-------------------------------

所在地	〒321-2525 栃木県日光市小佐越 8-25	
主な利用交通手段	最寄駅	東武鬼怒川線 新高徳駅
	交通手段と所要時間	例：①徒歩 20分 ②自動車利用の場合 ・乗車 5分
連絡先	電話番号	0288-25-5271
	FAX 番号	0288-25-5272
	ホームページアドレス	http://www.sukai.jp/
管理者	氏名	角 静香
	職名	事業所長
建物の竣工日		昭和・平成 28年3月20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 28年5月1日

【類型】【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	0970600730
	指定した自治体名	栃木県（市）
	事業所の指定日	平成 28年 5月 1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	2942.23 m ²	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地			
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	949.83 m ²

		うち、老人ホーム部分	949.83 m ²				
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（サービス付き高齢者向け住宅の基準による）					
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他（）					
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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） 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					
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり					
		最少	1 人部屋				
		最大	2 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	2	一般居室個室
		タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.08 m ²	4	一般居室個室
		タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	19.32 m ²	6	一般居室個室
		タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	25.39 m ²	6	一般居室個室
		タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
		タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
	タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
	タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
	タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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		0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室		1ヶ所		
			大浴場		0ヶ所		
共用浴室における	ヶ所	チェア浴		0ヶ所			

	介護浴槽		リフト浴	1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 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 checked="" 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	機能訓練室は居間兼談話スペースと兼用				

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"> ・ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 ・ 利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう適切な技術を持って介護を行い、漫然かつ画一的なものとならないように配慮して行います。 ・ 利用者の心身の状況を踏まえ、入浴、排泄の自立について必要な援助のほか食事、離床、着替え、整容その他の日常生活上の世話など、日常生活が営むことが出来るよう必要な援助を適切に行います。 ・ 事業の実施に当たっては、事業所の所在する市町村、協力医療機関に加え、保健医療サービス及び福祉サービスを提供するものとの連携に努めるとともに、利用者の家族との連携を図り、利用者とその家族との交流などの機会を確保するように努めます。 ・ 事業所は利用者の人権の擁護・虐待の発生または再発を防止するための措置を講じています。 虐待防止の担当者（事業所長）
----------	---

サービスの提供内容に関する特色	木造平屋建ての建物の効果を最大限生かして住まいを実感できる暮らしを提供する。また、高齢者が元気で生き生きとした生活できる居場所づくりとして、隣接敷地に整備して交流ホームや庭園を活用することで地域の人たちとの交流にも努めていく。
-----------------	---

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	1	自ら実施	2	委託	3	なし	20人
食事の提供	1	自ら実施	2	委託	3	なし	20人
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	2	委託	3	なし	20人
健康管理の供与	1	自ら実施	2	委託	3	なし	20人
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	20人
生活相談サービス	1	自ら実施	2	委託	3	なし	20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	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(I)ロ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(IV)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(V)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	介護職員 特定処遇 改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1				
	<input checked="" 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	川村医院
		住所	栃木県日光市鬼怒川温泉大原 1396-20
		診療科目	内科、皮膚科
		協力内容	診療、健康診断
	2	名称	
		住所	
		診療科目	

	協力内容	
協力歯科医療機関	名称	鈴木歯科医院
	住所	栃木県鬼怒川温泉大原 36-8
	協力内容	歯科診療、口腔ケア、治療

(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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項	概ね65歳以上、要支援・要介護認定を受けている方 ・家族と同居及び援助を受けることが困難な方 ・伝染病疾患がなく、暴力行為など共同生活に支障をきたすような行為を伴わない方で生活できる方 ・常時医療機関で治療をする必要のない方 ・連帯保証人及び身元引受人が得られる方。ただし、真にやむおえない特別の事情があると認められる場合はこの限りではない。	

契約の解除の内容	サービス付き高齢者向け住宅すかいの郷こもれび入居契約書第13条及び第14条に定める解除事由に該当したとき。及び特定施設入居者生活介護（予防）入居契約書第12条、13条、14条に該当したとき。	
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（サ高住） 入居契約書第14条（特定施設）
	解約予告期間	2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：日帰りから一週間程度 食費・光熱費・介護サービス費の自己負担） 2 なし	
入居定員	20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		0.1
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員				
介護職員	10	8	2	7.1
看護職員	2	2		1.0
機能訓練指導員	1	1		0.1
計画作成担当者	1	1		0.3
栄養士				
調理員	3	3		3
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	4	
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者		1
介護支援専門員	1	

(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	
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 (22:00時~6:00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	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		資格等の名称 看護師、社会福祉士、精神保健福祉士						
		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	1		2	1						
前年度1年間の退職者数	1		0							

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年以上									
	3年未満									
	3年以上	1							1	
	5年未満									
	5年以上			1	1					
10年未満										
10年以上			5							
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
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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input 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 介護給付費体系の変更、経済状況の著しい変化、その他やむ負えない事由があった時
	手続き 事業者は契約者に事前に説明した上で改定します。

(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1	
	年齢	65歳	65歳	
居室の状況	床面積	25.39㎡	18.08㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	128,000円	90,000円	
月額費用の合計		200,629円	181,629円	
家賃		64,000円	45,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	17,543円	17,543円	
	介護保険外※ ²	食費	47,698円	47,698円
		管理費	63,000円	63,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	5,000円	5,000円
		その他	5,000円	5,000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	居室及び共用部の利用に係る費用。算定根拠は工事費の原価償却費		
	居室の種類	面積(㎡)	月額(円)
	タイプ1	18.00	45,000
	タイプ2	18.08	
	タイプ3	19.32	48,000
	タイプ4	25.39	64,000
敷金	家賃の 2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。		

管理費	事務管理部門の人件費・事務費・共用施設等の光熱水費及び維持管理費 月額 63,000 円
食費	月額 47,698 円 朝食 489 円、昼食 540 円、夕食 540 円、一日あたり 1,569 円× 30.4 日で計算
光熱水費	居室分上下水道代は月額 1,000 円、電気料金は個別メーターにより自己負担
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	おむつ代、理美容代、医療費、レクリエーション費等個人的な資質費用

(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	要介護度に応じて介護費用の 1～3 割を徴収する。
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）	該当なし
※ 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	2人
	女性	16人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	1人
	85歳以上	17人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	2人
	要支援 2	2人
	要介護 1	5人
	要介護 2	4人
	要介護 3	4人
	要介護 4	1人
	要介護 5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	12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	91歳
入居者数の合計	18人
入居率※	90%
※ 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	3人
	医療機関	2人
	死亡者	1人
	その他	0人
	施設側の申し出	0人

生前解約の状況		(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		すかいの郷こもれび
電話番号		0288-25-5271
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		特に定めなし

(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) 社会福祉法人東京都社会福祉協議会 事業者賠償責任保険に加入。 サービスの提供上で事故が発生した場合、 不可抗力による場合を除き賠償する。
	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) 利用者の家族、栃木県、当該保険と連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
	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	開設当初より随時実施
		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			

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 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 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) 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
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 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住宅の登録	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし

有料老人ホーム設置運営指導指針「6. 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	
「7. 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（別を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 _____

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
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
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	すかいの郷	日光市倉ヶ崎新田143-1
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		
<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		
地域密着型通所介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	すかいの郷	日光市倉ヶ崎新田143-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
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		
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		
<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		
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		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし	すかいの郷	日光市倉ヶ崎新田143-1
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		
介護医療院	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	なし				あり		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）	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	
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			実費負担
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			協力医療機関のみ
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			1回/週
リネン交換	なし	あり	なし	あり			1回/週
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			実費負担
おやつ			なし	あり			実費負担
理美容師による理美容サービス			なし	あり			実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		1000円	/1時間以内 1時間以上は時間毎に1000円ずつ追加
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		1000円	/1時間以内 1時間以上は時間毎に1000円ずつ追加
金銭・貯金管理			なし	あり		1500円	/月
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			市の健診を活用。実費負担
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			必要に応じて随時（看護師による）
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		1000円	/1時間以内 1時間以上は時間毎に1000円ずつ追加
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		1000円	/1時間以内 1時間以上は時間毎に1000円ずつ追加
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		1000円	/1時間以内 1時間以上は時間毎に1000円ずつ追加
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		1000円	/1時間以内 1時間以上は時間毎に1000円ずつ追加

※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、月額の利用料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。