

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	片山 雄介
所属・職名	桂寿の郷・施設長

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	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんきょうとしょういかい 医療法人京都翔医会	
主たる事務所の所在地	〒615-8004 京都市西京区桂畑ケ田町 175 番地	
連絡先	電話番号	075-381-5166
	FAX番号	075-391-6166
	<u>メールアドレス</u>	
	ホームページアドレス	http://www.hospynkh.jp
代表者	氏名	飯田 洋也
	職名	理事長
設立年月日	平成3年10月1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) にしきょうとびょういん さ-びすつきこうれいしゃむけ じゅうたく けいじゅのさと 西京都病院 サービス付き高齢者向け住宅 桂寿の郷	
所在地	〒615-8195 京都市西京区川島権田町 36 番地の 1	
主な利用交通手段	最寄駅	阪急京都線 桂駅
	交通手段と所要時間	電車利用の場合 阪急京都線 桂駅から徒歩 5 分 (500m)
連絡先	電話番号	075-391-4730

	FAX番号	075-391-4731
	<u>メールアドレス</u>	katayama@hospykh.jp
	ホームページアドレス	http://www.hospykh.jp/keiju/
管理者	氏名	片山 雄介
	職名	施設長
建物の竣工日		平成30年10月31日
有料老人ホーム事業の開始日		平成30年11月15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	2 6 9 4 0 0 0 2 8 8
	指定した自治体名	京都市（市）
	事業所の指定日	平成30年11月15日
	指定の更新日（直近）	2024年11月14日（予定）

3. 建物概要

土地	敷地面積	1 6 3 7 . 0 5 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（ <u>普通賃借</u> ・ <u>定期賃借</u> ）	
		抵当権の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (2015年1月1日～2064年12月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	1 2 9 2 . 1 2 m ²
		うち、老人ホーム部分	1 2 3 7 . 1 2 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
		3 その他（ ）	
4 その他（ ）			
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	<input type="checkbox"/> 2 鉄骨造		
	3 木造		
	4 その他（ ）		
所有関係	<input 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 <u>(普通賃借・定期賃借)</u>				
		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 <u>(縁故者居室を含む)</u>				
		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	18.6 m ²	29	一般居室個室
	タイプ2	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ3	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ8	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	有 / <input type="checkbox"/> 無	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	2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		2ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		2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		1ヶ所	
			リフト浴		0ヶ所	
			ストレッチャー浴		0ヶ所	
その他 ()			ヶ所			
食堂	1 あり 2 なし					
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり 2 なし					
エレベーター	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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	<u>居室</u>	<u>便所</u>	<u>浴室</u>	<u>その他 ()</u>
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり
	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり
	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 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	地域に根ざし、医療と介護の連携した安全・安心なサービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	自立支援を目的に、できる事はご自身で、できるだけしていただくよう働きかけます。
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

	栄養スクリーニング加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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)イ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(I)ロ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	(III)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
<u>介護職員処 遇改善加算</u>	<u>(I)</u>	<u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>
	<u>(II)</u>	<u><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</u>
	<u>(III)</u>	<u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>
	<u>(IV)</u>	<u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>
	<u>(V)</u>	<u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>
<u>介護職員等 特定処遇改 善加算</u>	<u>(I)</u>	<u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>
	<u>(II)</u>	<u>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</u>
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 checked="" type="checkbox"/> 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	医療法人京都翔医会 西京都病院
		住所	京都市西京区桂畑ケ田町 175 番地
		診療科目	内科、整形外科、外科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、泌尿器科、心療内科、人工透析内科、肛門外科など
		<u>協力科目</u>	外来診療全般・訪問診療
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		<u>協力科目</u>	

		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	にった歯科	
	住所	京都市下京区花畑町 90	
	協力内容	訪問歯科診療	

(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 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	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	京都市内に住民票があること	
契約解除の内容	賃料及び共益費支払義務違反、費用負担義務違反、使用目的遵守義務違反、反社会的勢力に該当、自立及び要支援認定に該当	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 1 2 条
	解約予告期間	1 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 :) 2 なし	
入居定員	29 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	0.5
生活相談員	1	1	0	0.2
直接処遇職員				
介護職員	10	10	1	10.0
看護職員	4	1	3	2.7
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	1	1	0	0.5
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	1	0.4
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37.5
※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	1	0	
介護福祉士	7	1	
実務者研修の修了者	0	0	
初任者研修の修了者	0	0	
介護支援専門員	1	0	

（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	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	1	1	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20時 ~ 7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 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)	2.1 : 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
	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	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	1	2	2	1	0	0	1	0	0	
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	0	4	0	1	0	0	0	1	
	10年以上	0	1	2	0	0	0	0	0	0	
	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	<ul style="list-style-type: none"> ・土地又は建物に対する租税その他の負担増減により賃料が不相当となった場合。 ・土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により賃料が不相当となった場合。 ・近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合。 	

手続き	利用料金の改定にかかる覚書の締結
-----	------------------

(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	1	5	
	年齢	93歳	94歳	
居室の状況	床面積	18.6㎡	18.6㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	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	100,000円	100,000円	
月額費用の合計		225,461円	241,967円	
家賃		90,000円	90,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	19,839円	29,477円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	56,100円	56,100円
		共益費	55,000円	55,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
	その他	5,750円	13,250円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p> <p><u>(注) 入居者がテレビを設置する場合は、入居者がNHKと個別に契約し、放送受信料を負担する必要があります。</u></p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	部屋の面積、周辺地域の家賃状況を勘案
敷金	家賃の 1.1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	居室の水光熱費含む、共用部の維持管理に充当
食費	朝 410円、昼 730円、夕 730円 * 1日3食で 1,870円
光熱水費	共益費に含む
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	CSセット タオルプラン 税込 320円/日

	おむつプラン① 税込 420 円/日 おむつプラン② 税込 320 円/日
--	--

(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	・介護保険制度で定められた要介護認定に応じた金額及び、介護保険負担割合証の記載が1割負担の場合 ・算定している加算分を含む
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）	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	6人
	女性	22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	18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	9人
	要介護3	5人
	要介護4	10人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	11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	88歳
入居者数の合計	28人
入居率※	96.5%
※ 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	1人
	医療機関	0人
	死亡	10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	1人
		(解約事由の例) 特養入所決定のため

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		西京都病院 サービス付き高齢者向け住宅 桂寿の郷
電話番号		075-391-4730
対応している時間	平日	9:00～17:30
	土曜	9:00～17:30
	日曜・祝日	9:00～17:30
定休日		

(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"/> 1 あり	(その内容) 損害保険ジャパン日本興亜株式会社/個人用火災総合保険/建物に対する損害保険 (火災・地震・水害等)
	<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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> 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	<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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	介護居室、一時介護室、医務室又は健康管理室の設置なし
「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	7(1)職員配置
不適合事項がある場合の内容	栄養士、調理員の配置なし (厨房設備がなく、食事はクックチル方式のため)

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 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等

介護サービス等の種類			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		
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	併設・隣接		
<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				
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				
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		○	2000円	60分、院外・院内
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		○	500円	入浴時の洗濯以外
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		○	150円	お菓子 100円、飲み物 50円
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	2000円	カットの場合
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1500円	60分
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	500円	
金銭・貯金管理			なし	あり	○			上限 2万円
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								
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	2000円	60分、院外・院内
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。