

## 重要事項説明書

記入年月日	2025/01/31
記入者名	杉江 小百合
所属・職名	施設長

## 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) いたうくんかぶしきがいしゃ いたうくん株式会社	
主たる事務所の所在地	〒600-8071 京都市下京区柳馬場通四条下る相之町 138 番地	
連絡先	電話番号	075-341-1108
	FAX番号	075-351-2539
	メールアドレス	care@ito-ya.biz
	ホームページアドレス	http://www.ito-kun.org
代表者	氏名	山田 幸裕
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成18年8月28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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくとうふうえん サービス付き高齢者向け住宅とうふう苑	
所在地	〒612-8487 京都市伏見区羽束師菱川町 532-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 長岡京駅
	交通手段と所要時間	京都市交通局バス「市営南2」系統 竹田駅西口行き乗車 15分 菱川停留所下車徒歩 6分 (500m程)
連絡先	電話番号	075-933-1108
	FAX番号	075-933-1118

	メールアドレス	skt.itoya@gmail.com
	ホームページアドレス	http://www.ito-kun.org
管理者	氏名	杉江 小百合
	職名	施設長
建物の竣工日		平成30年5月21日
有料老人ホーム事業の開始日		平成30年5月21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）		
3 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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	1643.16 m <sup>2</sup>	
	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（普通賃借・ <input checked="" type="checkbox"/> 定期賃借）	
		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 (平成30年4月1日～30年間) 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	2095.84 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	884.04 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（ ）	
4 その他（ ）			
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	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（普通賃借・ <input checked="" type="checkbox"/> 定期賃借）		

		抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>			
		契約期間	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> (平成 30 年 4 月 1 日～30 年間) 2 なし <input type="checkbox"/>			
		契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>			
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			
		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 checked="" type="checkbox"/> 無	18.06 m <sup>2</sup>	36	一般居室個室
	タイプ 2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.82 m <sup>2</sup>	3	一般居室個室
	タイプ 3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	31.12 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ 4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	34.24 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ 5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	49.74 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ 6	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	50.01 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ 7	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ 8	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ 9	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ 10	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 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		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		4ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室		4ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		ヶ所	
			その他 ( )		ヶ所	
食堂	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>					
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>					
エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>					

消防用設備等	消火器	1 あり	2 なし	
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし	
	火災通報設備	1 あり	2 なし	
	スプリンクラー	1 あり	2 なし	
	防火管理者	1 あり	2 なし	
	防災計画	1 あり	2 なし	
緊急通報装置等	居室	1 あり	2 一部あり	3 なし
	便所	1 あり	2 一部あり	3 なし
	浴室	1 あり	2 一部あり	3 なし
	その他 ( )	1 あり	2 一部あり	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	ご契約者が、自らの意思に基づいて、生き生きとした生活を送っていただけるよう、お手伝いいたします
サービスの提供内容に関する特色	1. 安心できる生活環境を提供します 2. 自由度の高い生活環境を提供します
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	入居継続支援加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし

※1 「協力医療機関連携加算 (I)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当す

<p>る場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p>	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	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
	協力医療機関連携加算（※1）	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算（※2）			1	あり	2	なし
	口腔・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
	退去時情報提供加算			1	あり	2	なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	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	
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし	
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし	
	新興感染症等施設療養費			1	あり	2	なし
	生産性向上推進体制加算	(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)	1	あり	2	なし		
	(Ⅱ)	1	あり	2	なし		

		(Ⅲ)	1 あり	2 なし
		(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)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (2)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (3)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (4)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (5)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (6)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (7)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (8)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (9)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (10)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (11)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (12)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (13)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (14)	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	医療法人真樹会 山根記念診療所	
		住所	京都市上京区元誓願寺通大宮東入寺今町 522	
		診療科目	内科・整形外科	
		協力科目	内科・整形外科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
			診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
	2	名称	五条室町大塚みみクリニック	
		住所	京都市下京区室町通五条上る坂東屋町 266-101	
		診療科目	内科	
		協力科目	内科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
			診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
	3	名称	桂川ひむかクリニック	
		住所	京都府向日市物集女町五ノ坪 14-4	
		診療科目	内科・泌尿器科	
		協力科目	内科・泌尿器科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
			診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし
	4	名称	ホームケアクリニック京南	
		住所	京都市伏見区竹田中川原町 50-1 池田ビル 3 階	
診療科目		内科		
協力科目		内科		
協力内容		入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし	

			診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
	5	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし			
新興感染症発 生時に連携す る医療機関	1 あり			
	医療機関の名称			
	医療機関の住所			
	2 なし			
協力歯科医療 機関	1	名称	松繁歯科医院	
		住所	京都市下京区中堂寺櫛笥町 6	
		協力内容	歯科	
	2	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	(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	当施設は住宅であり、体制・性質等につき十分理解いただくことを前提とします		
契約解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 賃料等の費用負担義務を履行しないとき</li> <li>・ 遵守事項違反により今後の契約継続が困難なとき</li> <li>・ 年齢詐称等による不正入居が判明したとき</li> <li>・ 申し出なく1ヶ月以上所在不明となったとき</li> <li>・ 禁固以上の刑に処せられる犯罪行為を行ったとき</li> <li>・ 破壊、暴力行為を行う組織等への加入等が判明したとき</li> <li>・ 粗暴行為等により他者に迷惑、不快感、不安感を与えたとき</li> <li>・ 当住宅において、契約継続しがたい背信行為を行ったとき</li> </ul>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第11条	
	解約予告期間	(内容により) 即時～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	47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				
直接処遇職員				
介護職員				

看護職員	1		1	
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※ <sup>2</sup>				
※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	1	1	
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	1		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時00分～翌7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	2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										
前年度1年間の退職者数										
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	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】	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	租税、物件価格、近隣住宅の賃料相場、維持管理費増、消費者物価指数、雇用情勢その他経済事情の変動等により、利用料金が不相当になった場合
	手続き	料金改定を行う1ヶ月前までに、書面により説明・同意を得た上で行うものとします

### (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		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	18.06 m <sup>2</sup>	21.82 m <sup>2</sup>
	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（家賃保証）	10,000 円	10,000 円
	敷金	150,000 円	210,000 円
月額費用の合計		171,390 円	191,390 円
家賃		50,000 円	70,000 円
サ	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円

介護保険外※ <sub>2</sub>	食費	54,390 円	54,390 円
	管理費（共益費）	23,000 円	23,000 円
	サービス支援費	33,000 円	33,000 円
	安心安全サービス費	11,000 円	11,000 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）

（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る。

**（利用料金の算定根拠）**

費目	算定根拠
家賃	土地・建物賃借料等（面積按分）
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。
管理費（共益費）	建物・住戸及び共用部分における管理、水光熱費等
食費	厨房維持費、調理員人件費及び食材料費等
生活支援サービス費	状況把握、生活相談サービスを提供する人員の人件費等
安心・安全サービス費	介護士による介護保険外の介護サービス費
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	円



入居者数の合計	43 人
入居率*	91.5%
※ 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	人
	社会福祉施設	4 人
	医療機関	3 人
	死亡	2 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	5 人
		(解約事由の例) 他施設への入居、医療機関からの退院の目処がたたない

**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	介護複合施設とうふう苑	
電話番号	075-933-1108	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日	12月30日~1月3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) 事業者総合保険
	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) 事業者総合保険
	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
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	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

### 10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 2回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	1 あり 2 なし
	指針の整備	1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし
	担当者の配置	1 あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のため	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	1 あり 2 なし

の取組の状況	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと			
	1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	1 あり	2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 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

上記内容について、事業者より確かに説明を受け、同意し交付を受けました。

\* 入居者名署名 印

\* 代筆者署名 印

※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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	・ヘルパー ステーションとうふう 苑 ・ヘルパー ステーションライフア ーチ	京都市伏見区 羽東師菱川町 532-1  京都府向日市 寺戸町西野辺 26-10
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	・デーサー ビスセンターとうふう 苑 ・とうふう 苑ハートフル デイサービス	京都市伏見区 羽東師菱川町 532-1  京都市伏見区 羽東師菱川町 536
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		
<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	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	・ケアプラ ンセンター ライフア ーチ ・ケアプラ ンセンター ハピネス	京都府向日市 寺戸町西野辺 26-10  京都市伏見区 羽東師菱川町 532-4
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
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		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		料金※3
		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			1,500円/15分	または在宅サービスを利用	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			1,500円/15分	または在宅サービスを利用	
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			1,500円/15分	または在宅サービスを利用	
特浴介助	なし	あり	なし	あり			1,500円/15分	または在宅サービスを利用	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			1,500円/15分	または在宅サービスを利用	
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり			1,500円/15分	医療機関受付まで	
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり			1,500円/15分	または在宅サービスを利用	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり			1,500円/15分	または在宅サービスを利用	
リネン交換	なし	あり	なし	あり			1,500円/15分	または在宅サービスを利用	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			1,500円/15分	または在宅サービスを利用	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			1,500円/15分	または在宅サービスを利用	
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり				美容室への取次
買い物代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			1,500 円/15 分	※利用できる範囲を明確化すること または在宅サービスを利用
役所手続き代行	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			1,500 円/15 分	医療機関への取次
生活指導・栄養指導	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			1,500 円/15 分	または在宅サービスを利用
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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～3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。