

重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 7 月 1 日
記入者名	宮崎 省吾
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	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんふるさとしぜんむら 社会福祉法人ふるさと自然村	
主たる事務所の所在地	〒783-0047 高知県南国市岡豊町常通寺島 335 番地 3	
連絡先	電話番号	088-866-0888
	FAX 番号	088-866-0205
	ホームページアドレス	http://chisio-group.or.jp/
代表者	氏名	山本 康世
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成・令和 8 年 4 月 9 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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ ゆうやけこやけ 介護付有料老人ホームタやけ小やけ		
所在地	〒780-8040 高知県高知市神田 1002 番 1		
主な利用交通手段	最寄駅	駅	
	交通手段と所要時間	高知県交通バス 吉野行き (松の本西) バス停下車 3 分	
連絡先	電話番号	088-837-7113	
	FAX 番号	088-834-3911	
	ホームページアドレス	http://www.chisio-group.or.jp/	
管理者	氏名	市川 真吾	
	職名	管理者	
建物の竣工日		昭和・平成・令和	23 年 10 月 31 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和	23 年 11 月 30 日

(類型) 【表示事項】

1	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 住宅型	
4	<input type="checkbox"/> 健康型	
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	3990100442
	指定した自治体名	高知市
	事業所の指定日	平成 23 年 11 月 30 日
	指定の更新日 (直近)	平成 29 年 11 月 30 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1951.99 m ²	
	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 (平成 22 年 2 月 15 日～平成 72 年 2 月末日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	2132.02 m ²
		うち、老人ホーム部分	1407.90 m ²
	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	<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】	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.30 m ²	22	介護居室個室
タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.60 m ²	1	介護居室個室
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	14.10 m ²	6	介護居室個室
タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	12.51 m ²	1	一時介護室
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」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

共有施設	共有便所における便房	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	3ヶ所	個室	3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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2なし	(一部あり)	
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				
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	居室	便所	浴室	その他 ()
	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部なし
	3 なし	3 なし	3 <input checked="" type="checkbox"/> なし	3 <input checked="" type="checkbox"/> なし
その他	なし			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>1.身体機能の低下などで、自宅で生活するには不安が認められる利用者に、日常生活に必要な便宜を供与し、心身共に健康で明るい生活を送れるよう支援に努める。</p> <p>2.入居者の生活状況や身体機能の特性を考慮したバリアフリーな住宅機能の充実を図る。</p> <p>3.安定的かつ継続的な事業運営に努める。</p> <p>4.地域住民、またはその自発的な活動等との連携及び協力を行う等、地域との交流に努める。</p> <p>5.レクリエーション、クラブ活動の充実を図ることにより、入居者、職員間の円滑化を目指す。</p> <p>6.利用者の行動を十分に把握し、安全に配慮した運営を行う。</p>		
サービスの提供内容に関する特色	高齢者が快適な日常生活を送る為、食事介助や入浴、排泄介助等の介護サービスや居室清掃、洗濯等の生活サービスを提供する。		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり	<input checked="" 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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
		(III)	1 あり	2 なし	
	介護職員処 遇改善加算	(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 あり	2 なし	
	介護職員等 特定処遇改 善加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	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		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 ※複数選択可 1 入退院の付き添い 2 通院介助 3 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	南国中央病院
		住所	南国市後免町3丁目1-27
		診療科目	内科 呼吸器内科 循環器内科 消化器内科 腎臓内科 外科 整形外科 脳神経外科 婦人科 リハビリテーション科 糖尿病内分泌代謝内科
		協力科目	内科 呼吸器内科 循環器内科 消化器内科 腎臓内科 外科 整形外科 脳神経外科 婦人科 リハビリテーション科 糖尿病内分泌代謝内科
		協力内容	往診 緊急・救急時対応 健康相談
	2	名称	川村病院
		住所	高知市上町5丁目6-20
		診療科目	内科 消化器科(経鼻内視鏡大腸内視鏡) 生活習慣病(糖尿病循環器内科)
		協力科目	内科 消化器科(経鼻内視鏡大腸内視鏡) 生活習慣病(糖尿病循環器内科)
	3	名称	田中整形外科病院

	住所	高知市上町3丁目2-6
	診療科目	整形外科 リハビリテーション科 麻酔科 ペインクリニック リウマチ科 内科（病棟専従）
	協力科目	整形外科 リハビリテーション科 麻酔科 ペインクリニック リウマチ科 内科（病棟専従）
	協力内容	緊急・救急時対応 健康相談
協力歯科医療機関	名称	神田歯科クリニック
	住所	高知県高知市神田 818-1
	協力内容	当ホームと歯科医院とで密接な連絡を取りながら、入居者の口腔内での医学的な援助を行います。

(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 type="checkbox"/> 3 その他（ ）	
判断基準の内容	入院の必要はないが、医療面での管理が必要な場合、常に見守りを行わなければ本人及び他の入居者に危険が加わる可能性が高い場合	
手続きの内容	特になし	
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	特になし	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) <input 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	要介護 1～5	
契約の解除の内容	1.入居者が死亡したとき 2.事業者が契約解除を通告し、予告期間が満了したとき	

	3.入居者が契約解除を行ったとき 4.有料老人ホームの借地契約が終了したとき 5.要介護認定で自立及び要支援と認定された場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	1.申込み書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 2.月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき 3（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき。 4 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。 5 金銭の管理、各種サービスの利用について自分で判断ができなくなったとき。 6.重度の疾病に罹り、有料老人ホームでの生活が困難になったとき 7.その他共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかけたとき
	解約予告期間	約3ヶ月（90日）
入居者からの解約予告期間	約1ヶ月（30日）	
体験入居の内容	1 あり（内容： ） <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	29 人	
その他	特になし	

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人	1人	人	0.5人
生活相談員	1人	1人	人	0.5人
直接処遇職員	12人	12人	人	10.5人
介護職員	11人	11人	人	10人
看護職員	1人	1人	人	0.5人
機能訓練指導員	1人	1人	人	0.5人
計画作成担当者	1人	1人	人	1人
栄養士	人	人	人	人
調理員	2人	2人	人	2人
事務員	人	人	人	人
その他職員	人	人	人	人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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	人	人	人
介護福祉士	9人	9人	人
実務者研修の修了者	人	人	人
初任者研修の修了者	2人	2人	人
介護支援専門員	1人	1人	人

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

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（午後5時～午前9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）	3 : 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		人	人	1人	人	人	人	人	人	人
前年度1年間の退職者数		人	人	3人	人	人	人	人	1人	人
応じた業務に従事した職員の人数	1年未満	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	1年以上3年未満	1人	人	1人	人	1人	人	1人	人	人
	3年以上5年未満	人	人	1人	人	人	人	人	人	人
	5年以上10年未満	人	人	5人	人	人	人	人	人	人
	10年以上	人	人	4人	人	人	人	人	人	1人
	10年以上	人	人	4人	人	人	人	人	人	1人
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	物価変動により検討。
	手続き	書面にて通知します。運営懇話会にて説明致します。

(利用料金のプラン 30 日利用の場合【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 3	
	年齢	78 歳	96 歳	
居室の状況	床面積	13.30 m ²	14.10 m ²	
	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	0 円	0 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計 (税別)		95,330 円	105,380 円	
家賃		32,000 円	38,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	16,050 円	20,100 円	
	介護保険外※ ²	食費 (税別)	33,000 円	33,000 円
		管理費 (税別)	0 円	0 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費 (税別)	14,280 円	14,280 円
	その他	0 円	0 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) * 食費・光熱費には別途消費税を負担いただきます。

費目	算定根拠
家賃	部屋の位置・広さ
敷金	家賃の 0 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。介護用品は実費。
管理費	なし
* 食費 (税別) 軽減税率適用	朝食 210 円・昼食 420 円・夕食 470 円
* 光熱水費 (税別)	月額一律 14,280 円
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	なし

(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	要介護度に応じて定められた負担割合の額を徴収する。

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）	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	9人
	女性	20人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	5人
	85歳以上	23人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	9人
	要介護2	9人
	要介護3	7人
	要介護4	4人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	8人

	1年以上5年未満	11人
	5年以上10年未満	7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	88.6歳
入居者数の合計	29人
入居率※	100%

※ 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。

(前年度における退居者の状況)

退居先別の 人数	自宅等	人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	3人
	死亡者	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) 入院加療		

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		介護付有料老人ホーム夕やけ小やけ相談窓口
電話番号		088-837-7113
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
定休日		なし
窓口の名称		ふるさと自然村 法人本部
電話番号		088-866-0888
対応している 時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~12:30
	日曜・祝日	なし
定休日		日曜、祝日

窓口の名称	高知市介護保険課	
電話番号	088-823-9927	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日	土曜、日曜、祝日、年末年始	

(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) 施設賠償責任保険加入済み。
	<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) 速やかに事故状況を把握し加入している損害保険の填補範囲で賠償を行う。
	<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	毎月末日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input 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 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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 6 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり (提携ホーム名：有料老人ホームあつとホーム) 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	居室面積	
「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	なし	
不適合事項がある場合の内容	居室面積が不適合であるが、高知市有料老人ホーム設置運営指導指針施行以前の基準には適合しています。	

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			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	グループホーム 夕やけ小やけ	高知市神田 1002-1
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	/	/	/	* 協力医療機関については緊急時の状況に応じる。
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	/	/	/	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	/	/	/	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	/	/	/	
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	/	/	/	* 希望者に対しては、年2回の定期健康診断(有料)を受ける機会を設けます。
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	/	/	/	
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。