

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	2020年7月1日
記入者名	齊藤 和美
所属・職名	医心館 名張・管理者

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人の種類	あり 営利法人	なし
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ あんびす 株式会社 アンビス	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒104-0031	東京都中央区京橋一丁目1番1号	
事業主体の連絡先	電話番号	03-6262-5105	
	FAX番号	03-6262-5106	
	メールアドレス		
	ホームページ アドレス	https://amvis.co.jp/	
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	柴原 慶一	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成 25 年 9 月 11 日		

事業主体が県内で実施する他の介護サービス (有料老人ホーム内に併設、同一敷地内含む)

介護サービスの種類	事業所の名称	所在地	入居者の利用数
<居宅サービス>			
訪問介護	あり なし	訪問介護ステーションアンビス 三重県名張市東町 1901-1	40名
		訪問介護ステーションアンビス四日市 三重県四日市市赤堀南町 2-25	15名
訪問入浴介護	あり なし		名
訪問看護	あり なし	訪問看護ステーションアンビス 三重県名張市東町 1901-1	40名
		訪問看護ステーションアンビス四日市 三重県四日市市赤堀南町 2-25	15名
訪問リハビリテーション	あり なし		名
居宅療養管理指導	あり なし		名
通所介護	あり なし		名
通所リハビリテーション	あり なし		名
短期入所生活介護	あり なし		名
短期入所療養介護	あり なし		名
特定施設入居者生活介護	あり なし		名
福祉用具貸与	あり なし		名
特定福祉用具販売	あり なし		名
<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		名
夜間対応型訪問介護	あり なし		名
認知症対応型通所介護	あり なし		名
小規模多機能型居宅介護	あり なし		名
認知症対応型共同生活介護	あり なし		名
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり なし		名
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり なし		名
看護小規模多機能型居宅介護	あり なし		名
居宅介護支援	あり なし		名
	あり なし		名

<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション アンビス	三重県名張市 東町 1901-1	0名
			訪問看護ステーション アンビス四日市	三重県四日市市 赤堀南町 2-25	0名
介護予防訪問入浴介護	あり	なし			名
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし			名
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし			名
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし			名
介護予防短期入所生活介護	あり	なし			名
介護予防短期入所療養介護	あり	なし			名
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
介護予防福祉用具貸与	あり	なし			名
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし			名
<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			名
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし			名
介護予防支援	あり	なし			名
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし			名
介護老人保健施設	あり	なし			名
介護療養型医療施設	あり	なし			名

2. 有料老人ホーム事業の概要
(住まいの概要)

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先	
施設の名称	(ふりがな) いしんかん なばり 医心館 名張 (※I号館及びII号館 (以下同じ。))
施設の所在地	〒518-0711 三重県名張市東町 1901-1
施設の連絡先	電話番号 0595-64-2146
	FAX番号 0595-64-2143
	メールアドレス
	ホームページアドレス https://www.amvis.co.jp/hospices/nabari/
施設までの主な利用交通手段	
近鉄大阪線名張駅より徒歩 15分 三重交通バス東口町バス停より徒歩 1分	
施設の管理者の氏名及び職名	氏名 齊藤 和美
	職名 管理者
建物の竣工日	I号館：昭和55年 8月31日 II号館：平成27年 3月31日
有料老人ホーム事業の開始日	I号館：平成29年 3月 1日 II号館：平成29年 1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)	
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	上記1又は2に該当しないため省略
事業の開始(予定)年月日	
事業所の指定日	
指定の更新日(直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積	1, 371. 86 m ² (I号館 : 387. 97 m ² 、 II号館 : 983. 89 m ²)						
	所有関係	運営する法人が所有		あり	一部あり	なし		
		事業者が賃借する土地						
		抵当権の設定		あり		なし		
		契約期間		I号館	平成27年12月15日～平成29年12月14日			
		II号館	平成27年9月30日～平成45年9月30日					
契約の自動更新		あり		なし				
建物	延床面積	全体		1, 128. 74 m ² (I号館 : 373. 42 m ² 、 II号館 : 755. 32 m ²)				
		うち、老人ホーム部分		1, 128. 74 m ² (I号館 : 373. 42 m ² 、 II号館 : 755. 32 m ²)				
	耐火構造	1 耐火建築物						
		② 準耐火建築物 ※ I、II号館とも						
		3 その他 ()						
構造	1 鉄筋コンクリート造							
	② 鉄骨造 ※ I、II号館とも							
	3 木造							
	4 その他 ()							
所有関係	運営する法人が所有		あり	一部あり	なし			
	事業者が賃借する建物							
	抵当権の設定		あり		なし			
	契約期間		I号館	平成27年12月15日～平成29年12月14日				
			II号館	平成27年9月30日～平成45年9月30日				
契約の自動更新		あり		なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	① II号館については全室個室						
		② I号館については全室相部屋						
		最少		2人部屋				
	最大		4人部屋					
	居室の状況	区分		室数	人数	トイレ	浴室	面積
I号館 一般居室 個室		あり	なし	/		有/無	有/無	m ²
						有/無	有/無	m ²
						有/無	有/無	m ²
I号館 一般居室 相部屋		あり	なし	3	2	有/無	有/無	11. 70 m ²
				2	2	有/無	有/無	11. 60 m ²
				1	2	有/無	有/無	19. 31 m ²
				1	2	有/無	有/無	11. 54 m ²
				1	4	有/無	有/無	21. 12 m ²
				1	4	有/無	有/無	21. 06 m ²
II号館 一般居室 個室		あり	なし	/		有/無	有/無	14. 10 m ²
						有/無	有/無	14. 26 m ²
	有/無					有/無	m ²	
II号館 一般居室 相部屋	あり	なし			有/無	有/無	m ²	
					有/無	有/無	m ²	
					有/無	有/無	m ²	

	介護居室 個室	あり	なし		有/無	有/無	m ²
	介護居室 相部屋	あり	なし		有/無	有/無	m ²
	一時 介護室	あり	なし		有/無	有/無	m ²

				I号館	II号館
共用施設	共用便所の 設置数	うち男女別の対応が可能な数		0	0
		うち車椅子等の対応が可能な数		0	5
	共用浴室の 設置数	個室		0	1
		大浴場		0	0
	共用浴室に おける介護 浴槽の設置 数	チェアー浴		0	0
		リフト浴		0	1
		ストレッチャー浴		0	0
		その他 ()			
	食堂	あり	なし		
	入居者や家族が利用できる調理設備		あり	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				
バリアフリー の対応状況	(内容) II号館については、出入口にスロープを設けるとともに、施設内の床は段差がないように配慮。I号館についてはエレベーターを設置。				
その他の 共用施設の 設備状況	あり	なし			
		(内容)			
緊急通報装置の設置状況	全居室内にあり		一部あり	なし	
外線電話回線の設置状況	全居室内にあり		一部あり	なし	
テレビ回線の設置状況	全居室内にあり		一部あり	なし	
消防用設備等	消火器		あり	なし	
	自動火災報知設備		あり	なし	
	火災通報設備		あり	なし	
	スプリンクラー		あり	なし	
	防火管理者		あり	なし	
	防災計画		あり	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	当施設は、医師が経営する会社の医療特化型施設として、要介護・要支援、その他自立（非該当）であっても医療依存度が高い方のニーズにお応えするとともに、安心して生活していただける生活環境を創っていきます。		
サービスの提供内容に関する特色	医療的ケアが必要な方にも安心して生活していただけるよう、施設に併設した訪問看護ステーションが 24 時間 365 日対応しているの、安心してご利用いただけます。		
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施	委託	なし
食事の提供	自ら実施	委託	なし
洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施	委託	なし
健康管理の供与	自ら実施	委託	なし
安否確認又は状況把握サービス	自ら実施	委託	なし
生活相談サービス	自ら実施	委託	なし
利用者の個別的な選択によるサービスの実施状況	別添 2 をご覧ください。		

(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	個別機能訓練加算	あり	なし
	夜間看護体制加算	あり	なし
	医療機関連携加算	あり	なし
	看取り介護加算	あり	なし
	認知症専門 (I)	あり	なし
	特定施設入居者生活介護等の提供を行っていないため省略		なし
	体制強化加算	(I) 口	あり
	(II)	あり	なし
	(III)	あり	なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり (介護・看護職員の配置率)	1	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	名称	医療法人 福慈会 夢眠クリニック名張
	所在地	三重県名張市東町 1901-1
	診療科目	内科・外科・眼科
	協力内容	健康管理全般、緊急時対応

協力歯科医療機関	名称	
	所在地	
	協力内容	

(要介護時における居室の住み替えに関する事項)

要介護時に介護を行う場所	全室が対象		
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(同一館内での居室移動、I号館(全室相部屋)とII号館(全室個室)の間での居室移動)		
判断基準の内容	・入居者やそのご家族からの要望 ・入居者の容態の変化 ・入居者に対する介護・看護サービス等処遇内容の変化 ・他の入居者に対する特別な配慮		
手続きの内容	・サービス担当者会議の開催(協働的合意形成) ・入居者やそのご家族に対する説明・同意		
追加的費用の有無	あり	なし	
居室利用権の取扱い	住み替え前の居室に係る利用権は消滅し、住み替え後の居室に係る利用権が発生します。家賃については、当該利用権の対象となる居室に係る家賃が適用されます。		
前払金償却の調整の有無	あり	なし	
従前の居室との仕様変更	面積の増減	あり	なし
	便所の変更	あり	なし
	浴室の変更	あり	なし
	洗面所の変更	あり	なし
	台所の変更	あり	なし
	その他の変更	あり	(変更内容) I号館内の居室移動の場合、2人部屋から4人部屋への変更(あるいは、4人部屋から2人部屋への変更)となる場合があります。また、II号館内の居室移動の場合、1階から2階への変更(あるいは、2階から1階への変更)となる場合があります。
	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	あり	なし
	要支援の者	あり	なし
	要介護の者	あり	なし
留意事項	介護保険給付の対象とならない方であっても、末期の悪性腫瘍(がん)その他厚生労働大臣が定める疾病や障害総合支援法の対象となる難病の方は入居可能です。		

契約の解除の内容	<p>入居者が次の各号のいずれかに該当する場合、契約を解除することができることとします。</p> <p>一 入居申込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</p> <p>二 利用料その他金銭の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>三 入居契約書第 19 条の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき</p> <p>五 入居者が病院又は診療所等へ 14 日以上入院すると見込まれるとき</p> <p>六 その他本契約を将来にわたって維持することが著しく困難と認められるとき</p>	
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
	解約予告期間	おおむね 7 日以内をめぐとした適切な期間
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居	あり	(内容) ご希望により、入居者と同様の介護サービスを受けることができます。
	なし	
入居定員	46 人 (I 号館 : 22 人、II 号館 : 24 人)	
その他 月中で退居した場合	後掲する利用料金のうち、家賃及び管理費については、月額に 12 を乗じて 365 で除して得られた金額を日額 (円未満四捨五入) とし、日割りにてご請求させていただきます。	

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)

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数※
	専従	非専従	専従	非専従		
管理者		1			1	
生活相談員						
直接処遇職員	看護職員		16		16	
	介護職員		18		18	
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員	1		3		4	
その他職員			4		4	

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数			40時間	
※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。				
介護職員が有している資格				
延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士			10	
実務者研修の修了者			2	
初任者研修の修了者			6	
介護支援専門員				
機能訓練指導員が有している資格				
延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
看護師及び准看護師				
理学療法士	機能訓練指導員を配置していないため省略			
作業療法士	機能訓練指導員を配置していないため省略			
言語聴覚士				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数		
	夜勤帯平均人数(午後8時～翌午前7時)	最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員	常勤換算で0人～0.5人	常勤換算で0人～0.5人
介護職員	常勤換算で0.5人～1人	常勤換算で0人～0.5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
	一般型特定施設以外の場合であるため省略	
	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	ホームの職員数	人
有料老人ホームの介護サ体制(外部サービス利用型 外の場合、本欄は省略可能)	外部サービス利用型特定施設以外の場合であるため省略	
	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		あり		なし					
	業務に係る資格等		あり							
			資格等の名称							
		なし								
職員	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			5		3					
前年度1年間の退職者数			7		4					
応じた職員の数 業務に従事した経験年数に	1年未満		3		2					
	1年以上		6		7					
	3年未満		3		2					
	3年以上		4		7					
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
10年以上										
職員の健康診断の実施状況			あり			なし				

6. 利用料金

(利用料金の支払方法)

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	1 全額前払い方式
	※該当する方式をすべて選択	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	あり	なし
要介護状態に応じた金額設定	あり	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	入居契約書第 27 条の規定に基づき、オーナーへ支払う賃料、近隣有料老人ホームの家賃相場、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案の上、必要に応じて改定します。
	手続き	事前に改定内容及びその理由についてお伝えするほか、運営懇談会等で意見を聴く機会を設けます。

(利用料金のプラン)

		I 号館	I 号館(生活保護)	II 号館	II 号館(生活保護)	
入居者の状況	要介護度	要介護 4		同左		
	年齢	80 歳		同左		
居室の状況	床面積	11.60~21.12 m ² (2 人/4 人部屋)		14.10/14.26 m ² (全居室)		
	便所	なし		同左		
	浴室	なし		同左		
	台所	なし		同左		
入居時点で必要な費用	前払金	なし		同左		
	敷金	なし		同左		
月額費用の合計		68,000 円	66,500 円	84,000 円	82,500 円	
家賃		24,000 円	同左	40,000 円	33,400 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	0 円	同左	0 円	同左	
	介護保険外※2	食費	34,500 円	同左	34,500 円	同左
		管理費	9,500 円	8,000 円	9,500 円	14,600 円
		介護費用	0 円	同左	0 円	同左
		光熱水費	0 円	同左	0 円	同左
		その他	別添一覧表記載の金額			

※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、本欄には記入しない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	オーナーに支払う賃料、近隣有料老人ホームの家賃相場、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案の上決定しています。
敷金	なし
介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は除きます。
管理費	光熱水費及び生活支援費を含みます。
食費	1 日 1,150 円×30 日で計算 (1 ヶ月=30 日として想定) (朝食: 280 円、昼食 410 円、間食 50 円、夕食 410 円)
光熱水費	管理費に含まれています。

利用者の個別的な選択によるサービス利用料	—
その他のサービス利用料	洗濯代、ヘアカット代等
その他留意事項	

(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	特定施設入居者生活介護の提供を行っていないため省略
特定施設入居者生活介護※に対する	
手厚い場合の介護サービス（レスパイトサービス）	
※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）	か月
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月以内の前払金を受領していないため省略 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

入居者の人数（冒頭に記した記入日現在）							
I 号 館		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
		65歳未満	0	0	0	0	0
	65歳以上75歳未満	0	0	0	1	1	2人
	75歳以上85歳未満	0	0	1	3	4	8人
	85歳以上	0	0	0	2	6	8人
		自立	要支援1	要支援2			計
	65歳未満	0	0	0			0人
	65歳以上75歳未満	0	0	0			0人
	75歳以上85歳未満	0	0	0			0人
	85歳以上	0	0	0			0人
		合計					18人
	入居者の平均年齢						83.9歳

入居者の男女別人数		男性	7人	女性	11人			
入居率（一時的に不在となっている者を含む）					81.8%			
認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上の者）					1人			
医療機関（認知症に限らず）へ受診中の者					0人			
Ⅱ 号 館		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
	65歳未満	0	0	0	0	1	1人	
	65歳以上75歳未満	0	1	1	3	0	5人	
	75歳以上85歳未満	0	1	1	3	0	5人	
	85歳以上	1	0	0	9	3	13人	
		自立	要支援1	要支援2				
	65歳未満	0	0	0			0人	
	65歳以上75歳未満	0	0	0			0人	
	75歳以上85歳未満	0	0	0			0人	
	85歳以上	0	0	0			0人	
		合計					24人	
	入居者の平均年齢					82.3歳		
	入居者の男女別人数		男性	8人	女性	16人		
	入居率（一時的に不在となっている者を含む）					91.3%		
認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上の者）					3人			
医療機関（認知症に限らず）へ受診中の者					0人			
前年度に退去した者の状況								
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計		
自宅等	0	0	1	0	0	1人		
社会福祉施設	0	1	1	1	1	4人		
医療機関	0	0	0	5	4	9人		
死亡者	1	3	5	29	33	71人		
その他	0	0	0	0	0	0人		
	自立	要支援1	要支援2			計 85人		
自宅等	0	0	0			0人		
社会福祉施設	0	0	0			0人		
医療機関	0	0	0			0人		
死亡者	0	0	0			0人		
その他	0	0	0			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						14人	
		(解約事由の例) リハビリ希望のため老健へ転居						
入居者の入居期間								
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年 以上	合計	
入居者数	17	4	17	4	0	0	42人	

8. 苦情・事故等に関する体制

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	医心館 名張		
電話番号	0595-64-2146		
対応している時間	平日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分	
	土曜	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分	
	日曜・祝日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分	
定休日等	なし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	三重県 医療保健部 長寿介護課		
電話番号	059-224-2235		
対応している時間	平日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分	
	土曜	なし	
	日曜・祝日	なし	
定休日等	土日・祝日・年末年始を除く		

(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	あり	(その内容) 開設時に損害賠償保険に加入しています。	
	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	あり	(その内容) 入居者に対しての損害賠償を速やかに行います。	
	なし		
事故対応及びその予防のための指針	あり	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	あり	実施日		
		結果の開示	あり	なし
	なし			
第三者による評価の実施状況	あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	あり	なし
	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	あり	(開催頻度) 年1回
	なし	
	代替措置あり	(内容)
	代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	あり	(提携ホーム名:)
	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 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 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 2 なし	

合致しない事項がある場合の内容	1号館については、昭和55年に建築された診療所の2階部分を転用したものであることから、居室のある区域の中廊下の幅が、現行有料老人ホーム設置運営指導指針に定める基準を満たしていない。また、I号館については、全室相部屋となっている。
「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（ただし、建物の構造について、本書により入居者又は入居希望者に説明を行っています。）
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	

添付書類：「入居者の個別選択によるサービス一覧表」

※ _____ 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。

契約者署名 _____

代筆者署名 _____

(続柄・関係： _____)



入居者の個別選択によるサービス一覧表

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	月額の利用料等で、実施するサービス	別途利用料を徴収した上で、実施するサービス	※別途利用料を徴収する場合は、単価等を記載のこと。	
介護サービス				
食事介助	あり	(なし)	あり	
排泄介助・おむつ交換	あり	(なし)	あり	
おむつ代	—	なし	(なし)	実費
入浴(一般浴)介助・清拭	あり	(なし)	あり	
特浴介助	指定な	(なし)	あり	
身辺介助(移動・着替え等)	なし	(なし)	あり	
機能訓練	なし	(なし)	あり	
通院介助(協力医療機関)	なし	(なし)	あり	
通院介助(協力医療機関以外)	なし	(なし)	あり	
生活サービス				
居室清掃	あり	(なし)	あり	
リネン交換	あり	(なし)	あり	
日常の洗濯	あり	(なし)	あり	
居室配膳・下膳	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	指定な	(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(通常の利用区域)	あり	(なし)	あり	
買い物代行(上記以外の区域)	あり	(なし)	あり	
役所手続き代行	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	
健康相談	あり	(なし)	あり	
生活指導・栄養指導	あり	(なし)	あり	
服薬支援	指定な	(なし)	あり	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	あり	(なし)	あり	
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	あり	(なし)	あり	
入退院時の同行(協力医療機関)	あり	(なし)	あり	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	指定な	(なし)	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	(なし)	あり	
入院中の見舞い訪問	あり	(なし)	あり	

