

重要事項説明書

記入年月日	2025年1月1日
記入者名	出端 梢
所属・職名	管理者代行

※ 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、「[「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について」](#)の一部改正について（令和4年8月18日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙3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、別紙3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 <input type="checkbox"/>	
	※法人の場合、その種類	社会医療法人
名称	(ふりがな) しゃかいりょうほうじん せいしゅうかい 社会医療法人 青洲会	
主たる事務所の所在地	〒811-2316 福岡県糟屋郡粕屋町長者原西4丁目11番8号	
連絡先	電話番号	092-938-0345
	FAX 番号	092-938-0346
	メールアドレス	info@seisyukia.jp
	ホームページアドレス	http:// www.seisyukai.jp
代表者	氏名	中村 幹夫
	職名	理事長
設立年月日	1987 年 4 月 17 日	
主な実施事業	※別添1（事業主体が市内で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) ゆうりょうろうじんほーむ さくら 有料老人ホーム さくら	
所在地	〒 859-6204 長崎県佐世保市鹿町町下歌ヶ浦 109-1	
主な利用交通手段	最寄駅、バス停	江迎・鹿町駅（最寄駅）、歌ヶ浦停留所（バス停）
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・歌ヶ浦停留所で下車、徒歩2分 ②自動車利用の場合 ・佐々ICから30分
連絡先	電話番号	0956-73-2005
	FAX 番号	0956-73-2022
	メールアドレス	info.sakura@seisyukai.jp
	ホームページアドレス	http:// sf.seisyukai.jp/
管理者	氏名	後藤 尚
	職名	医師
建物の竣工日		2005年 3月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		2015年 10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） <input checked="" type="checkbox"/> 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	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	6,281 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)				
		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) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
契約の自動更新	1 あり	2 なし				
建物	延床面積	全体	3,431.42 m ²			
		うち、老人ホーム部分	460.15 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 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 (普通賃借 ・ 定期賃借)				
		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 (縁故者個室を含む)				
		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 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.54 m ²	7	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.29 m ²	5	一般居室個室
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.16 m ²	2	一般居室個室	
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.06 m ²	1	一般居室個室	

	タイプ5	有/無	有/無	m ²			
	タイプ6	有/無	有/無	m ²			
	タイプ7	有/無	有/無	m ²			
	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	有/無	有/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	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		ヶ所		
	共用浴室	ヶ所	個室		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	<input checked="" type="checkbox"/> 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)				
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	3	なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	3	なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 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. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居される方の心身の特性を踏まえて、その有する機能に応じ自立した日常生活を営むことが出来る様に、また、入居者様の社会的孤立感の解消と心身機能の維持並びにご家族様の身体的及び精神的負担の軽減を図るため専門的支援を提供します。
サービスの提供内容に関する特色	食事の提供や健康相談など対応し、また、入居者様の選択による介護保険でのサービスの提供も可能です。
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

<p>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</p> <p>※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>	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
	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
退居時情報提供加算		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
介護職員等処遇改善加算	(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)	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		<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	青洲会病院	
		住所	長崎県平戸市田平町山内免 612-4	
		診療科目	内・外・整形・泌・胃腸・放射線・リハビリ	
		協力科目	入居者の方の受診、緊急時対応、健康診断	
		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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2	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
	3	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
	4	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
	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	青洲会病院	
		医療機関の住所	長崎県平戸市田平町山内免 612-4	
	2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称	山部歯科医院	
		住所	長崎県佐世保市江迎町長坂 180-9	
		協力内容	入居者の方の受診、往診	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	65 歳以上	
契約解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者から契約解除が行われた場合 ③事業主体から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書
	解約予告期間	2 か月
入居者からの解約予告期間	1 か月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容：1泊2,000円、朝食430円、昼食560円、夕食560円) 2 なし	
入居定員	15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	1		1	0.33
看護職員				
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	1		
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				
※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	1	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			

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 (時 分～ 時 分)			
	平均人数		最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		人	人
介護職員		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		医師				
			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

前年度1年間の採用者数				0						
前年度1年間の退職者数				0						
応業 じ務 たに 職従 員事 のし 人た 数経 験 年 数 に	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				1					
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方法 ※該当する方法を全て選択	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在等における 利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 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	運営懇談会にて説明、同意を得る
	手続き	文書

(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	m ²	m ²	
	便所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
	浴室	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
	台所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	円	
	敷金	0 円	円	
月額費用の合計		99,000 円	円	
家賃		43,500 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用※1		円	
	介護保険外※2	食費	46,500 円	円
		管理費	9,000 円	円
		介護費用	自費 円	円
		光熱水費	※管理費に含む 円	円
	その他	自費 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係る介護費用は、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	近辺の有料老人ホーム及び賃貸住宅の家賃相当額を参照
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。
管理費	リネン費、共用施設の維持管理費、事務費、水光熱費
食費	朝食 430 円 昼食 560 円 夕食 560 円 (1,550 円/日)
光熱水費	管理費に含む
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	おやつ代、理美容代、医療費、レクリエーション等に係る費用

(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	
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）		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	5人
	女性	10人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	4人

	85歳以上	8人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	4人
	要介護1	10人
	要介護2	0人
	要介護3	0人
	要介護4	0人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	9人
	5年以上10年未満	4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	84.2歳
入居者数の合計	15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。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	1人
	死亡	0人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人

況		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	5人
		(解約事由の例) 他施設への入所希望、長期入院

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		有料老人ホーム さくら
電話番号		0956-73-2005
対応している時間	平日	8:00 ~ 17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日

(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) 居宅介護賠償責任保険 (東京海上日動火災)
	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) 居宅介護賠償責任保険 (東京海上日動火災)
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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
管理規定	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし		
		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		
		担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし		
身体的拘束等の適正化のための取組の状況		身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし		
		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
	<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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり（提携ホーム名：介護老人保健施設 つつじの郷）					
	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 checked="" 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 checked="" 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 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	<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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（事業主体が市内で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 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 事業主体が市内で別に実施する介護サービス一覧表

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	つつじの郷訪問リハビリテーション	佐世保市鹿町町下歌ヶ浦 109-1
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	介護老人保健施設つつじの郷	佐世保市鹿町町下歌ヶ浦 109-1
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	介護老人保健施設つつじの郷	佐世保市鹿町町下歌ヶ浦 109-1
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	つつじの郷訪問リハビリテ	佐世保市鹿町町下歌ヶ浦 109-1

				ーション	
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	介護老人保健施設つつじの郷	佐世保市鹿町町下歌ヶ浦 109-1
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	介護老人保健施設つつじの郷	佐世保市鹿町町下歌ヶ浦 109-1
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	介護老人保健施設つつじの郷	佐世保市鹿町町下歌ヶ浦 109-1
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 個別選択による介護サービス一覧表

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		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	
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）		特定施設入居者生活介護費で、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	
介護サービス													
食事介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	500円					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	200円					
おむつ代					なし	あり	○	自費					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	500円					
特浴介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	500円					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	500円					
機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり							
通院介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	500円/30分					協力医療機関、佐世保市内
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり							
生活サービス													
居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	300円					
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	300円					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	300円					
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	なし	あり							特別な場合による短期間
入居者の嗜好に応じた特別な食事					なし	あり	○	自費					
おやつ					なし	あり	○	自費					
理美容師による理美容サービス					なし	あり	○	自費					
買い物代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	500円/30分					江迎、佐々近辺（送迎サービス含む）
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	500円					
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	500円/月					
健康管理サービス													
定期健康診断					なし	あり	○	自費					年1回
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり							要相談
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり							要相談
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり							要相談
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	なし	あり							要相談
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	なし	あり	○	500円/30分					協力医療機関、佐世保市内
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	500円/30分					
入院中の見舞い訪問	なし	あり	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～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、月額サービスの費用に含まれる場合と、サービスの都度払いによる場合に「○」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。