

## 重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	立テ 俊典
所属・職名	代表取締役

## 1. 設置者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしや らいふぷらす 有限会社 ライフプラス	
主たる事務所の所在地	〒750-0018 山口県下関市豊前田町3丁目2番7号	
連絡先	電話番号	083-228-0336
	FAX番号	083-228-0337
	メールアドレス	heartcare-shiohama@apricot.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http://heartcaregroup.net
代表者	氏名	立テ 俊典
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 14年 10月 3日	
主な実施事業	※別添1	

## 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 はーとけあしおはま 有料老人ホーム ハートケアしおはま	
所在地	〒750-0086 山口県下関市彦島塩浜町3丁目14-52	
主な利用交通手段	最寄駅	下関駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・下関駅より、中部学院彦島営業所行き乗車、塩浜バス停下車徒歩2分(174m) ②自動車利用の場合 ・下関駅より約15分
連絡先	電話番号	083-227-4165
	FAX番号	083-261-1170
	メールアドレス	heartcare-shiohama@apricot.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http://heartcare-shiohama@apricot.ocn.ne.jp
管理者	氏名	藤井 梓

	職名	ハートケアしおはま 施設長
	建物の竣工日	昭和・平成 24年10月12日
	有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 25年 4月30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	土地面積 997.88 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）	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	契約期間	1 あり ( H25年 5月 1日～H50年 4月 30日 ) 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	1.357.09 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1.124.31 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（ ）	
	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	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）		
	抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり ( 平成25年5月1日～平成50年4月30日 ) 2 なし	
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
居室の状況	居室区分	1 全室個室（縁故者居室を含む）	

	【表示事項】	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	13.14 m <sup>2</sup>	38	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	14.15 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.14 m <sup>2</sup>	1	縁故者室
	タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	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	3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	3ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	0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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし					
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（ ）		
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	1 あり		
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり		
	3 なし	3 なし	3 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし		

土砂災害警戒区域	該当 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	1の場合 <input type="checkbox"/> 土石流 <input type="checkbox"/> 急傾斜地 <input type="checkbox"/> 地すべり
浸水想定区域 (洪水・津波・高潮)	該当 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	1の場合 <input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 津波 <input checked="" type="checkbox"/> 高潮 想定浸水深 0.5m～ 3m

#### 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（有料老人ホームハートケアしおはま）では、御入居者様に安心して日常生活を送る事が出来る生活環境創りをスタッフ一同心掛けてサービスを提供致します。更に、アットホームな雰囲気でご入居者様に安らぎを感じていただけるような施設の運営を目指します。
サービスの提供内容に関する特色	御入居者様の個々に合わせたきめ細かいサービスを心を込めて提供致します。
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

##### (介護保険サービスの内容) ※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 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	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	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	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	
	看取り介護加算	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
	サービス提供体制強化 加算	(I)イ	1 あり 2 なし
		(I)ロ	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	(I)	1 あり 2 なし	

	遇改善加算	(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)
		(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	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

**(医療連携の内容)**

医療支援		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い (原則ご家族様であるが、やむを得ない事情がある場合) <input type="checkbox"/> 通院介助 (原則ご家族様であるが、やむを得ない事情がある場合) 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人 正祥会 にしはらクリニック
		住所	下関市生野町 2-33-10
		診療科目	外科 消化器科 乳腺外科 神経内科 整形外科
		協力科目	外科 消化器科 乳腺外科 神経内科 整形外科
		協力内容	入居者の医療受診 定期往診 緊急時対応 健康相談
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	あやらぎスマイル歯科小児歯科医院
		住所	下関市梶栗町 4 丁目 5-21
		協力内容	入居者の医療受診 訪問診療 健康相談

**(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 面積の増減	1 あり	2 なし

仕様の変更	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	<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						
契約の解除の内容	契約書第5章第24条25条26条27条に準ずる					
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第5章第25条に準ずる				
	解約予告期間	3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: ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					
入居定員	41人					
その他	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	1	0	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	13	0	18	
介護職員	12	0	12	
看護職員	1	0	1	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	1	0	1	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	1	1	0	
その他職員	4	0	4	

1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ <sup>2</sup>	
<p>※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。</p> <p>※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。</p>	

**(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	0	0	0
介護福祉士	1	0	1
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	9	0	9
介護支援専門員	0	0	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	1	1	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	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 ( 17 時 ~ 9 時 30 分)		
	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	2 人	2 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)	契約上の職員配置比率※ <b>【表示事項】</b>	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
--	------------------------------	--

合、本欄は省略可能)	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保険サービス提供体制 (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	0	3	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した経験年数に 業務に従事した経年数に 職員の人数	1年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	3年未満									
	3年以上	0	1	0	2	0	0	0	0	1
	5年未満									
	5年以上	0	0	0	7	0	0	0	0	0
10年未満										
10年以上	0	0	0	0	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	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式
	※該当する方式を全て選択	



		3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	
	手続き	

**(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	5	2	
	年齢	88 歳	90 歳	
居室の状況	床面積	13.14 m <sup>2</sup>	14.15 m <sup>2</sup>	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 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	0 円	0 円	
月額費用の合計		163,510 円	141,005 円	
家賃		44,000 円	44,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	0 円	0 円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	42,900 円	42,900 円
		共益費	22,000 円	22,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	7,500 円	7,500 円
		その他	13,000 円	5,085 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)**

1. 一般個室

費目	算定根拠
家賃	44,000 円/月 (13.14 m <sup>2</sup> 14.15 m <sup>2</sup> )
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	22,000 円/月 (13.14 m <sup>2</sup> 14.15 m <sup>2</sup> )
食費	42,900 円/月 (一日3食で1,430 円×30 日で計算)

	(13.14㎡ 14.15㎡)
光熱水費	7500円/月 (13.14㎡ 14.15㎡)
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	生活支援費 3,300円/月 (13.14㎡ 14.15㎡) リネン交換料 2,750円/月 (13.14㎡ 14.15㎡) クリーニング代 2,750円/月 (13.14㎡ 14.15㎡)

## 2. 縁故者室

費目	算定根拠
家賃	44,000円/月 2名分 (13.14㎡ 14.15㎡)
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	22,000円/月 2名分 (13.14㎡ 14.15㎡)
食費	42,900円/月 (一日3食で1,430円×30日で計算) 1名分 (13.14㎡ 14.15㎡)
光熱水費	7,500円/月 2名分 (13.14㎡ 14.15㎡)
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	生活支援費 3,300円/月 1名分 (13.14㎡ 14.15㎡) リネン交換料 2,750円/月 1名分 (13.14㎡ 14.15㎡) クリーニング代 2,750円/月 1名分 (13.14㎡ 14.15㎡)
備考	どちらか一方が退居された場合は1個室の料金に移行となります。 家賃、共益費、光熱費は2名分の金額となります。他の費用については1名分の料金となります。

## 生活保護

費目	算定根拠
家賃	29,000円/月 (13.14㎡ 14.15㎡)
敷金	87,000円 (家賃3か月分)
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	20,000円/月 (13.14㎡ 14.15㎡)
食費	42,900円/月 (一日3食で1,430円×30日で計算) (13.14㎡ 14.15㎡)
光熱水費	5,000円/月 (13.14㎡ 14.15㎡)
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	リネン交換料 2,500円/月 (13.14㎡ 14.15㎡) クリーニング代 2,750円/月 (13.14㎡ 14.15㎡)

(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	なし
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	なし	
想定居住期間（償却年月数）	0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	なし
	入居後3月を超えた契約終了	なし
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	なし
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	なし
	3 保証保険を行う保険会社の名称	なし
	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	13人
	女性	27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	10人
	85歳以上	28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	10人
	要介護2	13人
	要介護3	8人
	要介護4	7人

	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	20人
	5年以上10年未満	6人
	10年以上15年未満	2人
	15年以上	0人

**(入居者の属性)**

平均年齢	86.8歳
入居者数の合計	40人
入居率*	97.6%

※ 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	2人
	医療機関	1人
	死亡者	9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	3人
		(解約事由の例)

**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	有料老人ハートケアしおはま	
電話番号	☎ 083-227-4165      ☎ 083-227-4865	
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	

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※設置者や施設以外の窓口を記入すること。

窓口の名称	下関市福祉部長寿支援課	
電話番号	☎ 083-231-1168      ☎ 083-231-1948	
対応している時間	平日	8:30~17:30

間	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土、日、祝日、年末年始
窓口の名称		
電話番号		
対応している時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
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) 共栄火災海上保険会社
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
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) 補償内容に準ずる
	<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	10月
		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 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
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 checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容) 面会時の家族への面談、書面にて通知、意見の聴取をおこなう。
	2 代替措置なし	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「7. 規模及び構造設備」に合致しない事項	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	1 室の縁故者室あり。 1 人当たりの面積が 13 m <sup>2</sup> 未満の居室がある。(縁故者室)	
「8. 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	1 室の縁故者部屋あり。 1 人当たりの面積が 13 m <sup>2</sup> 未満の居室がある。(縁故者室)	

添付書類

- 別添 1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表
- 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  
(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

氏名 \_\_\_\_\_

代筆者 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

説明者氏名及び役職

\_\_\_\_\_ (役職: \_\_\_\_\_)

※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。

※ 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（平成 23 年 10 月 7 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「登録事項等についての説明（高齢者住まい法第 17 条関係）」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、本重要事項説明書の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、「登録事項等についての説明（高齢者住まい法第 17 条関係）」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。

別添 1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表

介護保険サービスの種類			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・ <del>隣接</del>	ハートケアセンター下関	下関市豊前田町3-2-7
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・ <del>隣接</del>	ハートケア訪問看護ステーション	下関市川中豊町3丁目3-5
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・ <del>隣接</del>  併設・ <del>隣接</del>  併設・隣接	ハートケアきららDS ハートケア一の宮DS ハートケアしおほまDS	下関市大字福江1425-1 下関市一の宮町3-3-15 下関市彦島塩浜町3-14-52
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・ <del>隣接</del>	ハートケアDS 早稲田イーライフ	下関市武久町1-47-20 下関市彦島角倉町1-11-30
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・ <del>隣接</del>	ハートケアきらら居宅介護支援事業所	下関市大字福江1425-1
<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・ <del>隣接</del>	ハートケア訪問看護ステーション	下関市川中豊町3丁目3-5
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>					
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・ <del>隣接</del>	ハートケア下関	下関市豊前田町3-2-7
通所型サービス	あり	なし	併設・ <del>隣接</del>	ハートケアきららDS ハートケア一の宮DS ハートケアしおはまDS	下関市大字福江1425-1 下関市一の宮町3-3-15 下関市彦島塩浜町3-14-52
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）			備考
			包含※2	都度※2	料金※3	
<b>介護サービス</b>						
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		別紙添付
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		旧下関市（但し離島や東部圏域は除く）
<b>生活サービス</b>						
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		別紙添付
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		別紙添付
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		1回/月に訪問理容にくる。
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		
<b>健康管理サービス</b>						
定期健康診断			なし	あり		毎月①（第1・3）②（第2・4）木曜二回の往診あり。別紙添付
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		
<b>入退院時・入院中のサービス</b>						
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。