

ご入居者

〇〇〇〇 様

## 重要事項説明書

医療法人社団 千鍛会

サービス付き高齢者向け住宅

農園ひあり

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第 17 条関係）

登録事項等についての説明

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 17 条に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) のうえんひあり			
	農園ひあり			
所在地	(住居表示)	〒298-0002 千葉県いすみ市日在 1 9 4 7 番地 2		
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 ( J R 外房線線三門駅 / または徒歩で 10 分 ) <input type="checkbox"/> 2. その他 ( )			
住宅に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 期間	<input type="checkbox"/> 2. 賃借権 年 月	<input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 日から 年 月 日まで	
施設に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 期間	<input type="checkbox"/> 2. 賃借権 年 月	<input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 日から 年 月 日まで	
敷地に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 期間	<input type="checkbox"/> 2. 賃借権 年 月	<input type="checkbox"/> 3. 賃借権 日から	<input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 年 月 日まで

(注) 住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

## 2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんせんたんかい 医療法人社団 千鍛会	
住 所 (主たる事務所)	(郵便番号 298-0002 ) 千葉県いすみ市日在1947番地10 電話番号 0470-60-1266	
法人の役員	別添1のとおり	
法定代理人 (未成年の個人である場合)	(ふりがな)	
	商号、名称、又は氏名	
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)  電話番号
	法人の役員	別添 2 のとおり

## 3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) のうえんひあり
	農園ひあり
事務所の所在地	(郵便番号 298-0002 ) 千葉県いすみ市日在1947番地2 電話番号 0470-60-1268

## 4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	20	戸
居住部分の規模	(最小)	20.52	m <sup>2</sup>
	(最大)	29.16	m <sup>2</sup>
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	構 造	鉄骨	造    階 数    地上 2    階建
竣工の年月	2013 年 12 月 1 日		
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している		
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている		

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期  
(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第 52 条の認可を受けている
入居者の資格	<input checked="" type="checkbox"/> 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60 歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている。60 歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60 歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている 60 歳未満の者をいう。）
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	年      月      日から
--------	-------------------

注) 入居開始年は、西暦で記入すること。

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

	サービスの種類	提供形態	提供の対価（概算・月額）	
高齢者生活支援サービス	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 21,000 円	詳細については、別添 4 のとおり
	食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 49,800 円	
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約      円	
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約      円	
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約      円	
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約      円	
家賃の概算額	(最低)	約    50,000    円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高)	約    70,000    円		
共益費の	(最低)	約    12,000    円		

概算額	(最高) 約 16,000 円	
敷金の概算額	(最低) 約 100,000 円	家賃の 2.0 月分
	(最高) 約 140,000 円	
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 円 (最高) 約 円	
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	
	サービス提供の対価	
返還額の算定方法		
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで	
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)	
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証	<input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託
	<input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険	<input type="checkbox"/> その他 ( )
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている ( )	介護保険事業所番号
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない	

地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている ( )	介護保険事業所番号
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない	
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている ( )	介護保険事業所番号
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない	
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)	

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して

受領する場合をいう。

### 7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理	<input type="checkbox"/> 管理業務を委託
修繕計画		
計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし

### 8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設

(該当する場合のみ)

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
ひあり内科医院	通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
訪問介護ステーション 人力	訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

### 10. 登録の申請が基本方針（及び高齢者居住安定確保計画）に照らして適切なものである旨

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って、適切に運営します。

## 重要事項説明書

(令和7年7月1日現在)

### 1. 事業主体概要

種類	個人 <input type="checkbox"/> 法人 <input checked="" type="checkbox"/>
----	--

	※法人の場合、その種類	医療法人社団
名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん せんたんかい 医療法人社団 千鍛会	
主たる事務所の所在地	〒298-0002 千葉県いすみ市日在 1947番地の10	
連絡先	電話番号	0470-60-1266
	FAX番号	0470-62-1313
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	長谷川 政二
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成15年1月6日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) きーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく のうえんひあり サービス付き高齢者向け住宅 農園ひあり	
所在地	〒298-0002 千葉県いすみ市日在 1947番地の2	
主な利用交通手段	最寄駅	J R外房線 三門駅
	交通手段と所要時間	駅から約600m (徒歩10分)
連絡先	電話番号	0470-60-1268
	FAX番号	0470-60-5006
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	中村敏美
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成25年12月1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成25年12月16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	令和 年 月 日
	指定の更新日（直近）	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,043.99 m <sup>2</sup>	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		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 ) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	1,253.88 m <sup>2</sup> (地上2階建)
		うち、老人ホーム部分	868.18 m <sup>2</sup>
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 人部屋		
			最大	2 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	29.16 m <sup>2</sup>	1	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	24.30 m <sup>2</sup>	2	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	22.68 m <sup>2</sup>	8	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	20.52 m <sup>2</sup>	9	一般居室個室
	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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1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	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） <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
その他	共用リビング	

#### 4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	介護・福祉の専門性を持ったスタッフが館内を見回り、毎日、安否確認やお声かけするほか、緊急時にも素早く対応し、プライバシーを保ちながら、人とのふれあいを楽しめる心なごむ生活を支援する。
サービスの提供内容に関する特色	介護や医療が必要になっても、安心して生活できるサービス提供体制
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 自ら実施 2 委託 3 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
		2 入退院の付き添い
		3 通院介助
		<input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 ( 訪問診療のサポート )
協力医療機関	1	名称 医療法人社団 千鍛会 ひあり内科医院

		住所	千葉県いすみ市日在 1947 番地の 10
		診療科目	内科
		協力内容	緊急時対応、医師の訪問による予防接種の実施。 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

(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	60 歳以上の方、但し 60 歳以下でも要支援・要介護認定を受けていれば入居可能	
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 (2 人入居の場合はどちらとも逝去した場合) ②入居者から契約解除が行われた場合 ③事業者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	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合など。
	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	40 人	

その他	
-----	--

## 5. 職員体制

### (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		0.5
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	6	6		
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3	2	1	
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※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	3	3	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	3	3	
介護支援専門員			

## 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし <input checked="" 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	施設が所在する自治体の消費者物価指数や職員の人権費等を勘案、改定することがある。
	手続き	懇談会を開催して意見を聴く。

### (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	要支援1	要介護4
	年齢	92歳	95歳
居室の状況	床面積	24.3㎡	20.52㎡
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	120,000円	100,000円

月額費用の合計		円	円	
家賃		60,000 円	50,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費	49,800 円	49,800 円
		管理費	0 円	0 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	14,000 円	12,000 円
その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有		
※ <sup>1</sup> 介護予防・地域密着型の場合を含む。				
※ <sup>2</sup> 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)**

費目	算定根拠
家賃	建設費、借入利息等を基礎として、1室当たりの家賃を算出。
敷金	家賃の 2 ヶ月分
介護費用	無
管理費	無
食費	厨房維持費、食材費に基づく費用。(実喫食数による請求)
光熱水費	お部屋タイプにより設定契約。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事提供サービス (1食あたり 朝：400円 昼：550円 夕：710円 税抜)</li> <li>・ 洗濯サービス 1ヶ月あたり 3,000円 (税別)</li> <li>・ 付添いサービス 30分あたり 800円 (完全予約制)</li> <li>・ お買い物サービス 購入金額の 20% (税別：高額商品を除く)</li> </ul>
その他のサービス利用料	

**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	4 人
	女性	14 人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上 85 歳未満	2 人
	85 歳以上	16 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	2 人
	要介護 2	7 人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	4 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	2 人
	1 年以上 5 年未満	10 人
	5 年以上 10 年未満	1 人
	10 年以上 15 年未満	1 人
	15 年以上	人

**(入居者の属性)**

平均年齢	88.1 歳
入居者数の合計	18 人
入居率※	90 %
※ 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	自宅等	1 人
--------	-----	-----

数	社会福祉施設	2 人
	医療機関	2 人
	死亡者	3 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	人
		(解約事由の例) 病院入院：3・老人保健施設： 自宅帰宅：1・サービス付き高齢者向け住宅：

## 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		当施設の苦情受付窓口
電話番号		0470-60-1268
対応している時間	平日	8：00 ～ 17：00
	土曜	8：00 ～ 17：00
	日曜・祝日	8：00 ～ 17：00
定休日		なし

窓口の名称		千葉県健康福祉部高齢者福祉課
電話番号		043-227-3020
対応している時間	平日	9：00 ～ 17：00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日・祝祭日・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	1 あり	(その内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべ	1 あり	(その内容)

き事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
事故対応及びその予防のための指針	1 あり <input checked="" 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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<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	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
管理規程	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
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2回
	2 なし	

	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> 2 代替措置なし </td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 代替措置なし					
1 代替措置あり	(内容)								
<input checked="" type="checkbox"/> 2 代替措置なし									
携帯ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (携帯ホーム名： ) <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 (平成 年 月 日届出) 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 (平成 25 年 6 月 6 日登録) 2 なし								
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「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 (平成 年 月 日施行の設置運営指導指針を適用)								
合致しない事項がある場合の内容									
「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								
千葉県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									
高齢者虐待防止のための取組の状況	<table border="1"> <tr> <td>高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし </td> </tr> <tr> <td>指針の整備</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし </td> </tr> <tr> <td>定期的な研修の実施</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし </td> </tr> <tr> <td>担当者の配置</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし </td> </tr> </table>	高齢者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
高齢者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								
身体的拘束等廃止のための取組状況	<table border="1"> <tr> <td>身体的拘束等適正化検討委員会の開催</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし </td> </tr> <tr> <td>指針の整備</td> <td> 1 あり 2 なし </td> </tr> <tr> <td>定期的な研修の実施</td> <td> 1 あり 2 なし </td> </tr> </table>	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	1 あり 2 なし	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし		
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	1 あり 2 なし								
定期的な研修の実施	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
		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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
	従事者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： ） 2 なし	

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）

令和 年 月 日

事業者 住所 千葉県いすみ市日在 1947 番地 2  
氏名 医療法人社団 千鍛会  
理事長 長谷川 政二 印

説明者 サービス付高齢者向け住宅  
農園ひあり  
氏名 施設長 中村 敏美 印

私は本書面により、事業者から **高齢者の居住安定確保に関する法律 17 条・重要事項**の説明を受け、同意いたしました。

氏名： \_\_\_\_\_ 印

(代理人) 氏名： \_\_\_\_\_ 印

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		事業所の名称		所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーション人力	千葉県いすみ市日在 1947番地の2
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし	ひあり内科医院	千葉県いすみ市日在 1947番地の10
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<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		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		

護				
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーション人力	千葉県いすみ市日在 1947番地の2
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	ひあり内科医院	千葉県いすみ市日在 1947番地の10
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜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		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

## 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※ <sup>1</sup> ）		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※ <sup>2</sup>	都度※ <sup>2</sup>	料金※ <sup>3</sup>	
介護サービス								
食事介助	なし	あり		あり		○	800 円/ 回	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり		あり				
おむつ代	/		なし					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり						
通院介助	なし	あり		あり			800 円/ 回	※原則としてひあり内科医院に限る。
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり						
機能訓練	なし	あり						
特浴介助	なし	あり	なし					
生活サービス								
居室清掃	なし	あり		あり		○	800 円/ 回	
リネン交換	なし	あり						
日常の洗濯	なし	あり		あり		○	800 円/ 回	※突発的な場合
	なし	あり					3000 円/ 月	※介護保険利用限度額を超えている場合
買い物代行	なし	あり					20%	※日用用品で高額商品を除く。購入金額 20%
	なし	あり		あり			800 円/ 回	※突発的な場合
入居者の嗜好に応じた特別な食事	/							
理美容師による理美容サービス	/		なし					

おやつ	なし	あり					
役所手続き代行	なし	あり					
金銭・貯金管理							
健康管理サービス							
定期健康診断			なし				
健康相談	なし	あり		あり			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし				
服薬支援	なし	あり		あり			
生活の記録（バイタル測定）	なし	あり		あり			※基本朝のみ、必要に応じてその他実施。
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり					
入退院時の同行	なし	あり	なし				
入院中の洗濯物交換・買い物	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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。