

重要事項説明書

記入年月日	令和8年4月1日
記入者名	吉永 透
所属・職名	住宅型有料老人ホームげんき 管理者

※ 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）」の別紙4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4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
	※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 けいじんかい 社会福祉法人 恵仁会	
主たる事務所の所在地	〒893-0024	
連絡先	電話番号	0994-43-2546
	FAX番号	0994-43-2937
	メールアドレス	info@kanoya-choujuen.jp
	ホームページアドレス	https://www.kanoya-choujuen.jp/
代表者	氏名	池田 志保子
	職名	理事長
設立年月日	昭和 44 年 1 月 14 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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ げんき 住宅型有料老人ホーム げんき	
所在地	〒893-0024 鹿児島県鹿屋市下祓川町1800番地1	
主な利用交通手段	最寄り駅	駅
	交通手段と所要時間	①垂水フェリールート 鴨池港から垂水まで約40分。垂水から鹿屋バスセンターまでバスで約30分
連絡先	電話番号	0994-40-7521
	F A X 番号	0994-43-2937
	メールアドレス	y-genki@kanoya-choujuen.jp
	ホームページアドレス	https://www.kanoya-choujuen.jp/
管理者	氏名	吉永透
	職名	管理者
建物の竣工日	平成23年 7月 1日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成25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	
	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	1859.44 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 (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					
建物	延床面積	全体	961.15 m ²			
		うち、有料老人ホーム部分	441.46 m ²			
	耐火構造	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			
		2	鉄骨造			
		3	木造			
		4	その他 (鉄骨亜鉛メッキ鋼板ぶき)			
	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】	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	有 / 無	有 / 無	15.28 m ²	1・1	一般居室個室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	15.19 m ²	1・1	一般居室個室
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	14.37 m ²	1・1	一般居室個室
	タイプ4	有 / 無	有 / 無	14.56 m ²	1・1	一般居室個室
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	14.46 m ²	1・1	一般居室個室
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	14.31 m ²	1・1	一般居室個室
	タイプ7	有 / 無	有 / 無	13.96 m ²	1・1	一般居室個室
	タイプ8	有 / 無	有 / 無	14.02 m ²	1・1	一般居室個室
タイプ9	有 / 無	有 / 無	14.12 m ²	1・1	一般居室個室	
タイプ10	有 / 無	有 / 無	13.95 m ²	1・1	一般居室個室	
※ 「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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1	ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1	ヶ所		
			大浴場	0	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0	ヶ所		
			リフト浴	0	ヶ所		
			ストレッチャー浴	0	ヶ所		
			その他（ 個室 ）	1	ヶ所		
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし		
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
緊急通報 装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 3	なし
	その他（ ）	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居されている方がいつでもここで暮らしたいと思える場所であること ・ご家族が安心して生活でき、いつでも気軽に来園できる場所であること ・げんきで働くスタッフがずっとここで働きたいと思える場所であること 			
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・協力病院が隣接している。 ・行事が充実している。 			
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	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>※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>	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	(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・栄養スグリーニング加算		1	あり	2	なし
		退院・退所時連携加算		1	あり	2	なし
		退去時情報提供加算		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
	(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)	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		<input type="checkbox"/> 1	救急車の手配	<input type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い	
※ 複数選択可		<input type="checkbox"/> 3	通院介助	<input type="checkbox"/> 4	その他 ()	
協力医療機関	1	名称	社会医療法人青仁会 池田病院			
		住所	鹿児島県鹿屋市下祓川町1830番地			
		診療科目	内科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、産科、小児科、眼科、耳鼻科、歯科、皮膚科、泌尿器科、産科、小児科、眼科、耳鼻科、歯科、皮膚科、泌尿器科、産科、小児科、眼科、耳鼻科、歯科			
		協力科目	上記診療科目			
		協力内容	入居者の症状の急変時期において相談を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2
	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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	2	名称				
		住所				
		診療科目				
		協力科目				
		協力内容	入居者の症状の急変時期において相談を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2
	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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	3	名称				
		住所				
		診療科目				
		協力科目				
		協力内容	入居者の症状の急変時期において相談を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2
	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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	4	名称				
		住所				
診療科目						
協力科目						
協力内容		入居者の症状の急変時期において相談を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
5	名称					
	住所					
	診療科目					
	協力科目					
	協力内容	入居者の症状の急変時期において相談を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	社会医療法人青仁会 池田病院
		医療機関の住所	鹿児島県鹿屋市下祓川町1830番地
	2	なし	
協力歯科医療機関	1	名称	社会医療法人青仁会 池田歯科
		住所	鹿児島県鹿屋市下祓川町1830番地
		協力内容	入居者の口腔管理、治療
	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	一時介護居室へ移る場合	
	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
	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	2	なし
	要支援の者	1	あり	2	なし
	要介護の者	1	あり	2	なし
留意事項	入居中に要支援に変更となった場合は、協議により入居継続可否を判断。				
契約の解除の内容	入居契約書第5章第31条から36条に順ずる。				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第31条			
	解約予告期間	1 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: 1泊の体験入居が可能。1泊: 5,500円)			
	2	なし (食費別途: 朝250円・昼600円・夕450円)			
入居定員	10 人				
その他	緊急利用サービス (但し、空室がある時のみ) 1泊: 5,500円 (食費別途: 朝250円・昼600円・夕450円)				

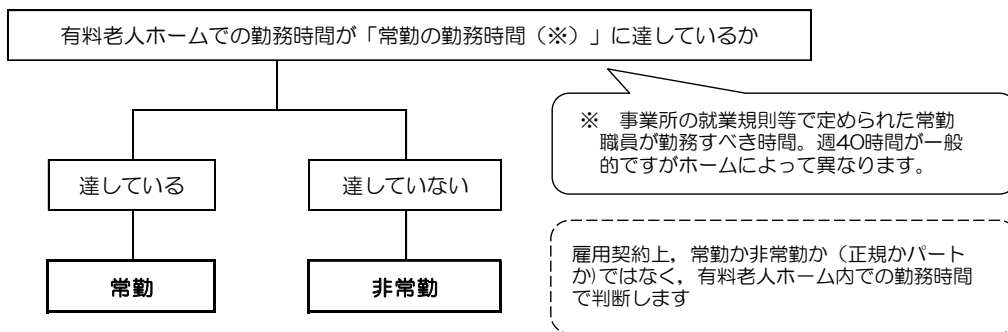
5. 職員体制

※ 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（実人数））

	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	0	1	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	7	0	7	
介護職員	7	0	7	
看護職員	0	0	0	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	0	0	0	
その他職員	0	0	0	
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（住宅型）は、記入不要。				

<参考> 有料老人ホームにおける常勤・非常勤の判断



注1 「有料老人ホームにおける勤務時間」で考えることが基本であることから、原則として、事業所をまたぐ業務の兼任は、常勤ではなく非常勤とし、時間を分けて勤務表を作成します。

注2 有料老人ホーム内で兼務（例：生活相談員と介護職員）している場合は、業務の割合が多い職種で計上してください（双方で計上せず、どちらかで計上します）。

(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	5	0	5
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	2	0	2
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			
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			

(日勤を行う看護・介護職員の人数)

日勤帯の設定時間 (7 時～ 19 時)		
	最少時人数 (休憩者等を除く) ※1 ※2	最大時人数 ※1
看護職員	0 人	0 人
介護職員	1 人	3 人

※1 同じ日勤時間帯でも、勤務シフトや他事業所との兼務等の状況によって人数が変動するため、出勤簿を参考に、職員が少ない時間帯と多い時間帯を考慮して記載する。
 ※2 「最少時人数」は、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17 時 0 分 ～ 9 時 0 分)		
夜勤帯のうち休憩時間 (3 時間 0 分)		
	平均人数 ※1	最少時人数 (休憩者等を除く) ※2
看護職員	0 人	0 人
介護職員	1 人	0 人

※1 常時従事している「平均人数」を整数で記入。宿直者は人数に含まない。
 ※2 「最少時人数」は、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。仮に、夜勤1人の場合、最少時人数は「0人」となる。なお、宿直者は人数に含まない。

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	業務に係る資格等	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり					
	資格等の名称	社会福祉主事 介護福祉士					
		2 なし					
	看護職員	介護職員		生活相談員			
	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	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	
業務に従事した経 験年数に応じた職 員の人数	1年未満	0	0	0	1	0	0
	1年以上3年未満	0	0	0	1	0	0
	3年以上5年未満	0	0	0	2	0	0
	5年以上10年未満	0	0	0	1	0	0
	10年以上	0	0	0	2	0	0
	機能訓練指導員	計画作成担当者					
	常勤	非常勤	常勤	非常勤			
前年度1年間の採用者数	0	0	0	0			
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0			
業務に従事した経 験年数に応じた職 員の人数	1年未満	0	0	0	0		
	1年以上3年未満	0	0	0	0		
	3年以上5年未満	0	0	0	0		
	5年以上10年未満	0	0	0	0		
	10年以上	0	0	0	0		
従業者の健康診断の実施状況	1 <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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式				
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <tr> <td>1 全額前払い方式</td> </tr> <tr> <td>2 一部前払い・一部月払い方式</td> </tr> <tr> <td>3 月払い方式</td> </tr> </table>	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	
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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>条件</td> <td>入居契約第29条の規程に基づき、ホームが所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案。</td> </tr> <tr> <td>手続き</td> <td>運営懇談会の意見を聴いて改定。</td> </tr> </table>	条件	入居契約第29条の規程に基づき、ホームが所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案。	手続き	運営懇談会の意見を聴いて改定。
条件	入居契約第29条の規程に基づき、ホームが所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案。				
手続き	運営懇談会の意見を聴いて改定。				

(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	3	3	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	15.28 m ²	14.12 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" 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		112,000円	106,000円	
家賃		36,000円	30,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1	円	円	
	介護保険外※	食費	39,000円	39,000円
		管理費	19,000円	19,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
		その他	18,000円	18,000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、本欄には記入しない)

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	6人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	1人
	85歳以上	9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	1人
	要介護2	2人
	要介護3	4人
	要介護4	2人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	5人
	5年以上10年未満	0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	88歳
入居者数の合計	10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	1人
	医療機関	2人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の 状況	施設側の申し出	0人
	入居者側の申し出	3人

(解約事由の例)

- ・特別養護老人ホームへの入所
- ・病院での死亡の為

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	住宅型有料老人ホーム げんき	
電話番号	0994-40-7521	
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	鹿児島県大隅地域振興局 (支庁) 保健福祉環境部地域保健福祉課	
電話番号	0994-52-2083	
対応している時間	8:30~17:15	
定休日	土曜, 日曜, 祝日, 12月29日~1月3日	
窓口の名称	鹿児島県保健福祉部高齢者生き生き推進課	
電話番号	099-286-2703	
対応している時間	8:30~17:15	
定休日	土曜, 日曜, 祝日, 12月29日~1月3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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 介護保険・社会福祉事業保険
	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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 介護保険・社会福祉事業保険
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況	1 あり	実施日	2025/10/19
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> あり	(開催頻度) 年	1	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"/> あり	2	なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	担当者の配置配置	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> あり	2	なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 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			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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"/> あり	2	なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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 1 あり 2 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	2 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 1 あり 2 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 checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
不適合事項がある 場合の内容	

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）

※ _____ 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。