

重要事項説明書

記入年月日	2024年12月1日
記入者名	古川 有美子
所属・職名	サービス付高齢者住宅花笑み 相談員

1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
※法人の場合、その種類		
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんかとりっくきょうとしきょうくかりたすかい 社会福祉法人 カトリック京都司教区カリタス会	
主たる事務所の所在地	〒604-8006 京都市中京区河原町通り三条上る下丸屋町423番地	
連絡先	電話番号	075-211-3025
	FAX番号	075-211-3041
	ホームページアドレス	http://kami-home.jp/
代表者	氏名	井上 新二
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成35年 2月 10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) さーびすつきこうれいしゃじゅうたく はなえみ サービス付高齢者住宅 花笑み	
所在地	〒619-0237 京都府相楽郡精華町光台七丁目 11番3	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄「新祝園」駅 又は JR「祝園」駅
	交通手段と所要時間	近鉄京都線「新祝園」駅又はJR学研都市線「祝園」駅下車 西口出口駅前バスターミナルから36・56系統 「学研奈良登美ヶ丘」行乗車、「光台七丁目又は四丁目」下車（所要時間：約10分） 近鉄けいはんな線「学研奈良登美ヶ丘駅」下車 奈良交通「祝園駅」行 光台6丁目下車 10分
連絡先	電話番号	0774-66-3517（代表）
	FAX番号	0774-66-2949
	ホームページアドレス	http://kami-home.jp/
管理者	氏名	齊藤 裕三
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和・平成 30年 6月 28日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 30年 7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）
 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	平成 年 月 日			
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日			

3. 建物概要

土地	敷地面積	1470.95 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が貸借する土地				
		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	1821.78 m ²			
		うち、老人ホーム部分	616.36 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
	構造	3 その他 ()				
		1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
		3 木造				
	所有関係	4 その他 ()				
		1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が貸借する建物				
		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】	1 全室個室（縁故者居室を含む）				
		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 A1	有／無	有／無	25.03 m ²	2	一般居室個室
タイプ A2	有／無	有／無	25.07 m ²	4	一般居室個室
タイプ A3	有／無	有／無	25.21 m ²	4	一般居室個室
タイプ B	有／無	有／無	33.60 m ²	1	一般居室個室
タイプ C	有／無	有／無	27.05 m ²	2	一般居室個室
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	0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	0ヶ所	個室	ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェア一浴	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	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 [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)	
		4	なし	
消防用設備等	消火器	[1]	あり 2 なし	
	自動火災報知設備	[1]	あり 2 なし	
	火災通報設備	[1]	あり 2 なし	
	スプリンクラー	[1]	あり 2 なし	
	防火管理者	[1]	あり 2 なし	
	防災計画	[1]	あり 2 なし	

緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他 (キッチン)
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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
その他	談話室、コインランドリー			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	高齢社会が進む中で地域に根差し、地域貢献に取り組みながら入居者が快適で心身ともに安心安定、快適な生活ができる環境を提供できることを目的とします。		
サービスの提供内容に関する特色	日常生活において介護が必要となった時、併設の小規模多機能型居宅介護や近隣の介護サービスの利用が可能です。「どんな時も、あなたの苦しみ、悲しみ、喜びを共に感じ、共に歩んでいきます。」の理念に基づき、入居者おひとりおひとりの暮らしや思いに寄り添っていきます。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	<input type="checkbox"/> なし
食事の提供	1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	<input type="checkbox"/> なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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

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 ※ 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	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	(I)	1 あり	2 なし

<p>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>	加算（※1）	（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
<p>サービス提供体制強化加算</p> <p>介護職員等処遇改善加算</p>	<p>(Ⅰ)</p> <p>(Ⅱ)</p> <p>(Ⅲ)</p> <p>(Ⅳ)</p> <p>(V) (1)</p> <p>(V) (2)</p> <p>(V) (3)</p> <p>(V) (4)</p> <p>(V) (5)</p> <p>(V) (6)</p> <p>(V) (7)</p> <p>(V) (8)</p> <p>(V) (9)</p> <p>(V) (10)</p> <p>(V) (11)</p> <p>(V) (12)</p> <p>(V) (13)</p> <p>(V) (14)</p>	1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
<p>人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無</p>	1 あり	<p>（介護・看護職員の配置率） : 1</p>	
	2 なし		

(医療連携の内容)

<p>医療支援 ※複数選択可</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 救急車の手配</p> <p>2 入退院の付き添い</p> <p>3 通院介助</p> <p>4 その他 ()</p>
------------------------	---

協力医療機関	1	名称	平田内科医院	
		住所	京都府相楽郡精華町光台 7 丁目 14-3	
	2	診療科目	内科、消化器科、循環器科	
		協力科目		
	3	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"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		協力内容	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"/> あり <input type="checkbox"/> なし
新興感染症	4	名称		
		住所		
	5	診療科目		
		協力科目		
	6	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"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		協力内容	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"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	7	名称		
	8	住所		
	9	診療科目		
	10	協力科目		
	11	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"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	12	協力内容	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"/> あり <input type="checkbox"/> なし

新興感染症 1 あり

発生時に連携する医療機関	医療機関の名称	
	医療機関の住所	
2 なし		
協力歯科医療機関	1 名称	やまむらデンタルクリニック
	住所	京都府相楽郡精華町光台4丁目28-5
	協力内容	歯科
	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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	・ 60歳以上の方 (要介護認定の有無は問わない) ・ 結核や疥癬など、伝染する疾患のない方 ・ 自傷や他害の恐れのない方 以上すべてに該当する方	
契約の解除の内容	入居者又は事業主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 第16条
	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 :) 2 なし	
入居定員	16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	
管理者	1	1	
生活相談員	1	1	
直接処遇職員			
介護職員			
看護職員			
機能訓練指導員			
計画作成担当者			
栄養士			
調理員	6	6	委託
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			
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			

(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	最少時人数(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	社会福祉士
	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
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						

応じた職員の人数	1年未満								
	1年以上								
	3年未満								
	3年以上				1				
	5年未満								
	5年以上								
従業者の健康診断の実施状況		<input 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 type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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
		3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	1 あり	<input type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input type="checkbox"/> 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	物価変動、人件費上昇等により改定する場合がある。	
	手続き	入居者等の意見を聞き決定する。	

(利用料金のプラン)【代表的なプランを2例】

入居者の状況	要介護度	プラン 1	プラン 2
		要支援 1	要介護 2
居室の状況	年齢	92 歳	84 歳
	床面積	25.03 m ²	25.07 m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 有 2 無	<input type="checkbox"/> 有 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 有 2 無	<input type="checkbox"/> 有 2 無
入居時点で必要な費用	台所	<input type="checkbox"/> 有 2 無	<input type="checkbox"/> 有 2 無
	前払金	円	円
	敷金	249,000 円	246,000 円

月額費用の合計		円	円
家賃		83,000 円	82,000 円
サービス費 ※ 2 外 介 護 保 金	特定施設入居者生活介護※1 の費用	円	円
	食費	60,840 円	60,840 円
	管理費	10,000 円	10,000 円
	介護費用	円	円
	光熱水費	円	円
その他		状況把握・生活相談サービス 33,000 円	状況把握・生活相談サービス 33,000 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する介護費用は、同一法人によって提供される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	土地、建物の費用、設備備品費、借入利息、等を基礎として居室面積等に応じて家賃を算出
敷金	家賃の 3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	共用施設の維持管理費等
食費	60,840 円（朝食 378 円、昼食 825 円、夕食 825 円） ※別途特別食費用あり
光熱水費	各戸別メーターにより徴収 NHK 受信料については、個々で契約してご負担ください。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
他のサービス利用料	状況把握、生活相談サービス費

(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 (上乗せサービス)	
※ 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）	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ヶ月以内の契約終了	
	入居後3ヶ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	4人
	女性	11人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	10人
要介護度	自立	2人
	要支援1	3人
	要支援2	1人
	要介護1	3人
	要介護2	3人
	要介護3	2人
	要介護4	0人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	3人
	5年以上10年未満	7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	87.5歳
入居者数の合計	15人
入居率※	93.75%
※ 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	3人
	医療機関	0人
	死亡	1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) 他の認知症共同生活介護、介護老人保健施設への入居希望

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況) ※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	苦情受付窓口	施設職員
電話番号	0774-66-3517	
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	9時～17時
	日曜・祝日	
定休日	なし	

窓口の名称	苦情受付窓口	第三者委員
電話番号	090-8219-4576	
担当者	清水 誠	
	白畠 丈子	
対応している時間	平日	10時～16時
	すぐに電話に出られないことがあります。 折り返しご連絡をいたしますので着信を残してください。	

(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 type="checkbox"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保に加入
	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input 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、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	令和2年10月1日
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり 2 なし

況	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 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 1回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
高齢者虐待防止のための取組の状況	2 代替措置なし	
	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
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	身体的拘束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 定期的な研修の実施 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 2なし
	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 1あり 2なし
	災害に関する業務継続計画 1あり 2なし
	職員に対する周知の実施 1あり 2なし
	定期的な研修の実施 1あり 2なし
	定期的な訓練の実施 1あり 2なし
	定期的な業務継続計画の見直し 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
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、高齢者の居住の安全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基準指針「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	

「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
有料老人ホーム設置運営基準指針の不適合事項	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（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 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。

別添1 事業主体が京都府内（京都市内を除く。）で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	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	ホームヘルプ神の園
訪問入浴介護	あり なし	併設・隣接	訪問入浴神の園
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	
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	デイサービス神の園
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	短期入居生活介護センター神の園
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	
<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	下駄ふれあいの家
小規模多機能型居宅介護	あり なし	併設・隣接	花笑み
認知症対応型共同生活介護	あり なし	併設・隣接	グループホーム花笑み
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	在宅介護支援センター神の園
<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	訪問入浴神の園
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	
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	短期入居生活介護センター神の園
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	
<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	下駄ふれあいの家
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり なし	併設・隣接	花笑み
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり なし	併設・隣接	グループホーム花笑み
介護予防支援	あり なし	併設・隣接	北部地域包括支援センター あんしんサポート北部
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	あり なし	併設・隣接	特別養護老人ホーム神の園
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・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

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（利用者が全部負担）			包含※2	都度※2	料金※3	備考
介護サービス								
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				
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				※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス								
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				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
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				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				※利用できる範囲を明確化すること
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				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				※回数（年〇回など）を明記すること
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				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
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～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、月額のサービス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。