

サービス付き高齢者向け住宅
入居(賃貸借)・生活支援重要事項説明書

株式会社 **アイケア**

入居・生活支援重要事項説明書

記入年月日	令和 7年 7月 1日
記入者名	竹下 功洋
所属・職名	おおりり上島 管理者

1. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	提供するサービス付き高齢者向け住宅に入居する高齢者に対し、本事業所は、高齢者の居住の安定確保に関する法律並びに関係省令、公示の趣旨及び内容に沿ったものとする。また、入居される高齢者及びそのご家族に対し、入居から生活支援サービス等の提供方法について、分かりやすく説明を行います。			
サービスの提供内容に関する特色	管理規定に定める。			
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 4 施設で実施	2 委託	3 なし	
食事の提供	1 自ら実施 4 施設で実施	2 委託	3 なし	
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 4 施設で実施	2 委託	3 なし	
健康管理の供与	1 自ら実施 4 施設で実施	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 4 施設で実施	2 委託	3 なし	
生活相談サービス	1 自ら実施 4 施設で実施	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	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
	医療機関連携加算	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
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		☒ 1 救急車の手配 (施設で実施) ☐ 2 入退院の付き添い (外部委託契約※1) ☐ 3 通院介助 (外部委託契約※1) ☒ 4 その他 (ご相談下さい。) ※1外部委託の場合は、委託先との個別契約が必要です。	
協力医療機関	1	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
	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	(変更内容)	
		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	ご入居者は、高齢者であって日常生活を営む上で自立、若しくは、介護保険サービスを受けることで支障なく日常生活を営むことができる者としてします。	
契約の解除の内容	入居契約書第11条12条のとおり	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第12条
	解約予告期間	相当の期間又は即時
入居者からの解約予告期間	30日間	
体験入居の内容	☐ 1 あり (内容 :) ☒ 2 なし	

入居定員	27人
その他	

2. 職員体制

※サービス付き高齢者向け住宅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人	1人		
生活相談員				
直接処遇職員				
8人	3人	5人		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	5人	1人	4人	
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	6人	3人	3人
実務者研修の修了者	1人		1人
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (時～時)		
	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	1人	1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							
				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				1人							
前年度1年間の退職者数				2人							
年数に業務に従事した経験	1年未満										
	1年以上3年未満			1人	1人						
	3年以上5年未満				2人						
	5年以上10年未満			1人							
	10年以上			1人	2人						
	従業者の健康診断の実施状況					1 あり	2 なし				

3. 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	8人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	9人
	85歳以上	15人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	3人
	要支援2	0人
	要介護1	12人

	要介護 2	8 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	4 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	3 人
	1 年以上 5 年未満	12 人
	5 年以上 10 年未満	5 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	85 歳
入居者数の合計	26 人
入居率※	96 %
※ 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	人
	社会福祉施設	4 人
	医療機関	2 人
	死亡者	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)

4. 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。

事業者の相談窓口		
窓口の名称		株式会社アイケア
電話番号		053-420-2226
対応している時間	平日	8時30分から17時30分
	土曜	無し
	日曜・祝日	無し
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始
外部相談窓口		
窓口の名称		社団法人日本有料法人ホーム協会
電話番号		03-3548-1077
対応している時間	平日	8時00分から17時00分
定休日		土曜日・日曜日・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	① あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険(株) 代理店 (株) トップ
	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 あり	不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害を賠償します。但し、入居者に過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、または賠償額を減免されることがあります。
	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		

5. 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 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 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 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 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 ③ 公開していない

6. その他

運営懇談会	① あり 2 なし	(開催頻度) 年 1 回
	1 代替措置あり	(内容)
	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:) 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 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 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指導指針の不適合事項	なし
不適合事項がある場合の内容	

7. 肖像権について

弊社のホームページ・パンフレット・施設内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真等を使用させて頂きたい場合がございます。使用につきましては以下のどちらかに○をご記入ください。

同意する

同意しない

重要事項説明書の内容に同意したこと及び肖像権に関して、確認する為に署名と捺印をし、2通作成し、甲乙各1通ずつ保持します。

令和 年 月 日

甲 住所 _____

氏名 _____ (印)

電話 _____

甲の家族（本人との続柄： ）

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話 _____

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）

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

事業主体が当該都道府県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		事業所一覧表のとおり
訪問入浴介護	あり	なし		事業所一覧表のとおり
訪問看護	あり	なし		事業所一覧表のとおり
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		事業所一覧表のとおり
通所リハビリテーション	あり	なし		
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＞				
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		事業所一覧表のとおり
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		事業所一覧表のとおり
複合型サービス	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		事業所一覧表のとおり
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		
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		事業所一覧表のとおり
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		事業所一覧表のとおり
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		事業所一覧表のとおり
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
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		
介護医療院	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						
特定施設入居者生活介護 （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）	包含※2		料 金 ※3	(なし)	あり
		都 度 ※2	包 含 ※2			
介護サービス						
食事介助	あり	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり			
おむつ代						
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり			
特浴介助	あり	なし	あり			
身辺介助	あり	なし	あり			
機能訓練	あり	なし	あり			
通院介助	あり	なし	あり			円/H 自費サービスにて対応。付き添い、移動 介助、医師の説明を聞く、見守り
生活サービス						
居室清掃	あり	なし	あり			
リネン交換	あり	なし	あり			
日常の洗濯	あり	なし	あり			
居室配膳・下膳	あり	なし	あり		○	50 円
入居者の嗜好に応じた特別な食事						
おやつ						
理美容師による理美容サービス						
買い物代行	あり	なし	あり			
役所手続き代行	あり	なし	あり			
金銭・貯金管理						
健康管理サービス						
定期健康診断	あり	なし	あり			※回数（年○回など）を明記すること
健康相談	あり	なし	あり	○		無料
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	○		無料
服薬支援	あり	なし	あり			居宅療養管理指導にて対応
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし	あり			
入退院時の同行	あり	なし	あり			円/H 自費サービスにて対応 救急車に同乗、入院までの手続き代行、 荷物の運搬等全般
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり			円/H 自費サービスにて対応
入院中の見舞い訪問	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、各サービス利用の費用が、月額の利用料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区分して記入する。

※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。

