

**重要事項説明書**

記入年月日	
記入者名	西宮 美枝子
所属・職名	施設長

※ 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／法人	
	法人の場合、その種類 営利法人	
名称	(ふりがな)ひゅーまんらいふけあかぶしきがいしゃ ヒューマンライフケア株式会社	
主たる事務所の所在地	〒160-0023 東京都新宿区西新宿七丁目5番25号	
連絡先	電話番号	03-6846-0223
	FAX番号	03-6846-1217
代表者	ホームページアドレス	<a href="http://human-lifecare.jp/">http://human-lifecare.jp/</a>
	職名	代表取締役
	氏名	瀬戸口 信也
	設立年月日	昭和・平成 22年 4月 1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)	
事業の目的	ヒューマンライフケア株式会社が開設する住宅型有料老人ホーム事業所「ヒューマンライフケア宮前ホスピスホーム」が行う介護事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、利用者に対し、適正な介護サービスを提供することを目的とする。	

**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)ひゅーまんらいふけあみやまえほすびすほーむ ヒューマンライフケア宮前ホスピスホーム	
所在地	〒216-0012 神奈川県川崎市宮前区水沢3-13-22	
主な利用交通手段	最寄駅	東急田園都市線「たまプラーザ」「宮前平」・小田急線「新百合ヶ丘」駅
	交通手段と所要時間	小田急バス・川崎市営バス「稲原」下車 徒歩3分

連絡先	電話番号	044-976-5530
	FAX番号	044-976-2953
	ホームページアドレス	<a href="http://kaigo.human-lifecare.jp/facilities/hh001_Miyamae/summary.html">http://kaigo.human-lifecare.jp/facilities/hh001_Miyamae/summary.html</a>
管理者	職名	施設長
	氏名	西宮 美枝子
建物の竣工日		2023年 2月 13日
有料老人ホーム事業の開始日		2023年 4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）
- 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	
	指定の更新日（直近）	

3. 建物概要

土地	敷地面積	995.12 m <sup>2</sup>		
	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		
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2023年2月14日～ 2048年2月13日) <input type="checkbox"/> なし	
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		全体		
		うち、老人ホーム部分		
		991.24 m <sup>2</sup>		
	建物	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 軽量鉄骨造 ）	
		所有関係	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	
			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			契約期間	
			<input checked="" type="checkbox"/> あり (2023年2月14日～ 2048年2月13日) <input type="checkbox"/> なし	
	契約の自動更新			
	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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				一 人部屋			
		最大				一 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※			
		タイプ 1	有／無	有／無	13.9 m <sup>2</sup>	12	介護居室個室		
		タイプ 2	有／無	有／無	14.3 m <sup>2</sup>	1	介護居室個室		
		タイプ 3	有／無	有／無	14.8 m <sup>2</sup>	7	介護居室個室		
		タイプ 4	有／無	有／無	m <sup>2</sup>				
		タイプ 5	有／無	有／無	m <sup>2</sup>				
		タイプ 6	有／無	有／無	m <sup>2</sup>				
		タイプ 7	有／無	有／無	m <sup>2</sup>				
		タイプ 8	有／無	有／無	m <sup>2</sup>				
※「一般居室個室」「一般個室相部屋」「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	8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			7ヶ所			
	共用浴室	3ヶ所	個浴			3ヶ所			
			大浴場			0ヶ所			
	共用浴室における介護浴槽	3ヶ所	チェア一浴			0ヶ所			
			リフト浴			2ヶ所			
			ストレッチャー浴			1ヶ所			
			その他( )			一ヶ所			
	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	消火器	1 あり 2 なし							
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし							
	火災通報装置	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							
その他									

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	末期がんや難病を抱える方に対し、最後までご本人、ご家族の想いや希望を汲み取りながら、その人らしい生活を支えます。身体的・精神的な不自由さや苦痛を和らげる為、介護、看護、医療がチームとなって、24時間365日切れ目なくサービス提供を致します。				
サービスの提供内容に関する特色	弊社が運営する介護事業と、グループで運営する訪問診療・看護、また地域事業者とのシームレスな連携を行い、医療面での安心・安全な暮らしと、その人らしい暮らしの両立を目指します。				
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2	委託	3 なし
食事の提供	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	3 なし
健康管理の供与	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	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

(介護サービスの内容) 特定施設入居者生活介護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 サービス体制の有無	入居継続支援加算 (I)	1 あり	2 なし
	入居継続支援加算 (II)	1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算 (I)	1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算 (II)	1 あり	2 なし
	個別機能訓練加算 (I)	1 あり	2 なし
	個別機能訓練加算 (II)	1 あり	2 なし
	ADL維持等加算 (I)	1 あり	2 なし
	ADL維持等加算 (II)	1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算 (I)	1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算 (II)	1 あり	2 なし
	サービス (I)	1 あり	2 なし
	(II)	1 あり	2 なし
	強化加算 (III)	1 あり	2 なし
	介護職員等待遇改善加算	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 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ( )
協力医療機関	1	名称 医療法人社団為世為人会 川崎ヒューマンクリニック 住所 神奈川県川崎市宮前区小台1-17-3-101 診療科目 神経内科、総合内科 協力内容 健康診断、健康指導、訪問診療、緊急対応等
	2	名称 住所 診療科目 協力内容
	3	名称 住所 診療科目 協力内容
	4	名称 住所 診療科目 協力内容
	5	名称 住所 診療科目 協力内容
協力歯科医療機関	1	名称 医療法人社団為世為人会 川崎ヒューマンデンタルクリニック 住所 神奈川県川崎市宮前区小台1-17-3-101 協力内容 訪問歯科診療、緊急対応等
	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 (介護居室から別の介護居室へ移る場合)
判断基準の内容	身体状況等の変化によりナース・ヘルパーステーションから近い居室の方が良いと判断する場合がございます。その場合、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で判断します。
手続きの内容	適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で居室を変更して頂くことがあります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えて頂きます。

追加的費用の有無	1 あり	2 なし
居室利用権の取り扱い	利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室となります。	
前払い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)

【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	悪性腫瘍及び指定難病(多発性硬化症、重症筋無力症、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病(関連疾患含む)、多系統萎縮症、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋委縮症、球脊髄性筋委縮症、慢性炎症性脱髓性多発神経炎)をお持ちの方。 ・身元引受人はご契約者と連帶し利用料支払いの責任を負います。ご契約者の事業者に対する債務について、月額利用料の12ヶ月分(ガン末期で入居の方: 1,836,000円 指定難病で入居の方: 1,476,000円)を極度額として、ご契約者と連帶して履行の責を負います。 ・身元引受人は契約解除の際にご入居者の身柄を引き取ります ・身元引受人は入居者がなくなられた場合の遺留金品並びにその他残置物を引き取ります。 ・身元引受人は、入居者の治療、入院に関する協力をします。 ・返還金受取人は、利用契約終了時に入居者が生存していない場合の返還金等の返還先銀行口座の指定をします。		
契約の解除の内容	契約者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとする。 2 契約者が前項の解約届を提出しないで、入居者が居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとみなします。 3 次の事由に該当した場合は、契約者又は入居者は文書で通知することにより、直ちにこの契約書を解約することができます。 一 事業者が正当な理由なくサービスを提供しないとき。 二 事業者が守秘義務に違反したとき。 三 事業者がこの契約等に定める事項に著しく違反したとき。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第24条(事業者からの契約解除)	
	解約予告期間	1 カ月	

入居者からの解約 予告期間		1 カ月
体験入居の内容	1 あり ( ) 2 なし	
入居定員		30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 人數 ※1※2
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員				
直接処遇職員	16	12	4	15.4
介護職員	16	12	4	15.4
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	2		2	
事務員	1	1		1
その他職員	1		1	0.4
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40時間

※1 常勤換算人數とは、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數を常勤の従業者の人數に換算した人數をいう。

### (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	11	9	2
実務者研修の修了者	4	3	1
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	1	1	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
看護師または准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
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（午後10時～午前6時）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	2人	2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入居者に対する看護・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 (記入日時点での入居者数：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

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
	業務に係る資格等			<input checked="" type="checkbox"/> あり	資格等の名称			介護福祉士		
	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			5	12						
前年度1年間の退職者数			3	9						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満		1	1						
	1年以上3年未満		1	2						
	3年以上5年未満		1	2						
	5年以上10年未満		4	5						
	10年以上		2							
	従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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"/> 利用権方式
	<input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式
	<input type="checkbox"/> 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"/> 全額前払い方式
	<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式
	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式
4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式
	<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式
	<input type="checkbox"/> 月払い方式

年齢に応じた金額設定	1 あり	2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	2 なし
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い	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	一 土地又は建物に対する租税その他の負担の増減により利用料が不相当となった場合 二 土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により利用料が不相当となった場合 三 近傍同種の建物の利用料に比較して利用料が不相当となった場合
	手続き	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する。

( 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	指定難病	ガン末期
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	14.75m <sup>2</sup>	14.75m <sup>2</sup>
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点での必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		119,700円	119,700円
家賃		53,700円	53,700円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	—	—
※2 介護保険外	食費	33,000円	33,000円
	管理費	23,000円	23,000円
	介護費用		
	光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
	その他	10,000円	10,000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、本欄には記入していない）

( 利用料金の算定根拠 )

費目	算定根拠
家賃	総家賃から駐車場、その他事業の面積按分を行い、有料老人ホーム分家賃を算出①。①／30名にて、入居者一人分の家賃を算出
敷金	0円
介護費用	
管理費	水光熱費：10000円 管理費：13,000円

食費	朝食300円、昼食400円、夕食400円（30日計算で33,000円）
光熱水費	管理費に含む
入居者の個別的な選択によるサービス料	別添2
その他のサービス利用料	基本サービス費として 指定難病の方：10,000円 ガン末期の方：10,000円

**(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。	

**(前払い金の受領) ※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）		
償却の開始日		
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）		
償却率		
返還金の算定方法		
前払い金の保全先	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 ( )	— — — )

**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	人
	女性	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	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人

	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※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	人
	医療機関	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)	

8. 苦情・事故等に関する体制

(入居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	ヒューマンライフケア宮前ホスピスホーム 施設長 西宮 美枝子	
電話番号	044-976-5530	
対応している時間	平日	9:00 ~ 18:00
	土曜	9:00 ~ 18:00
	日曜・祝日	9:00 ~ 18:00
定休日	なし	
窓口の名称	川崎市 健康福祉局 長寿社会部 高齢者事業推進課 事業者指導係	
電話番号	044-200-2910	
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日	土・日・祝日・年末年始	

窓口の名称	神奈川県 国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課	
電話番号	045-329-3447	
対応している時間	平日	8：30～17：15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土・日・祝日・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)三井住友海上火災保険株式会社 賠償責任保険ヒューマンライフケア株式会社(以下、会社という)は、サービス提供にあたって会社の故意又は過失により万一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、会社がサービスを提供する際、事故防止に十分注意したにもかかわらず生じた入居者の生命・身体・財産に関する損害については、その賠償責任を負わないものとします。
	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時の対応	1	あり	(その内容) ヒューマンライフケアの責めに帰すべき事由によりご入居者様の生命、身体、財産又は名誉に損害を発生させた場合には、直ちに必要な措置を講ずるとともに、速やかに相当因果関係の範囲内の損害を賠償するものとします。但し、ご入居者様にも責めに帰すべき事由が存するときは、賠償額が減額されるものとします。
	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

(入居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)

入居者アンケート調査、意見箱等入居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		

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
	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	<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 type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<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 type="checkbox"/> 3 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 1 回	
	2 なし	
	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 2 代替措置なし</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容)
<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容)		
<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし		
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	指針の整備 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	研修の定期的な実施 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	担当者の配置 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
身体的拘束等廃止のための取組の状況	身体拘束適正化委員会の開催 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	指針の整備 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	研修の実施 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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）	1 ありの場合	
	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 type="checkbox"/> 1 あり	
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（BCP） <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	災害に関する業務継続計画（BCP） <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	従業者に対する周知の実施 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	定期的な研修の実施 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	定期的な訓練の実施 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	定期的な見直し <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名： ) <input type="checkbox"/> 2 なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input 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	
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		

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 type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし
合致しない事項がある場合	
「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	—

※ \_\_\_\_\_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。