

宮城県有料老人ホーム設置運営指導要綱の一部を改正する要綱

宮城県有料老人ホーム設置運営指導要綱（平成13年4月1日施行）の一部を次のように改正する。

改 正 後	改 正 前
<p>第1章から第2章まで(略)</p> <p>第3章 届出等 第6から第9まで (略)</p> <p>第10 設置者は、法第29条第3項の規定により休止をした有料老人ホームの運営を再開するときは、再開をしようとする日の1月前までに有料老人ホーム再開届(様式第11号)を知事に提出するものとする。</p> <p>第4章 設置後の報告等 第11 設置者は、毎年7月1日現在の有料老人ホーム重要事項説明書を作成し、翌月末日までに知事に報告するものとする。 第12 (略)</p> <p>第5章から第6章まで (略)</p> <p>第7章 雑則</p>	<p>第1章から第2章まで(略)</p> <p>第3章 届出等 第6から第9まで (略)</p> <p>第10 設置者は、法第29条第3項の規定により休止をした有料老人ホームの運営を再開するときは、再開をしようとする日の1月前までに有料老人ホーム再開届(様式第11号)に知事に提出するものとする。</p> <p>第4章 設置後の報告等 第11 設置者は、毎年7月1日現在の有料老人ホーム重要事項説明書を作成し、同月末日までに知事に報告するものとする。 第12 (略)</p> <p>第5章から第6章まで (略)</p> <p>第8章 雑則</p>

様式第1号

有料老人ホーム設置事前協議書

____年 月 日

宮城県知事 ○○○○ 殿

設置予定者

所在地（住所）

名 称

代表者職氏名

印

下記のとおり有料老人ホームの設置を計画したので、宮城県有料老人ホーム設置運営指導要綱（平成13年4月1日施行）第4の規定により、関係書類を添えて協議します。

記

- 1 設置予定有料老人ホームの名称
- 2 設置予定有料老人ホームの類型
- 3 有料老人ホームの設置予定場所

様式第1号

有料老人ホーム設置事前協議書

平成 年 月 日

宮城県知事 ○○○○ 殿

設置予定者

所在地（住所）

名 称

代表者職氏名

印

下記のとおり有料老人ホームの設置を計画したので、宮城県有料老人ホーム設置運営指導要綱（平成13年4月1日施行）第4の規定により、関係書類を添えて協議します。

記

- 1 設置予定有料老人ホームの名称
- 2 設置予定有料老人ホームの類型
- 3 有料老人ホームの設置予定場所

4 設置主体及び経営主体										4 設置主体及び経営主体									
5 入居定員			人							5 入居定員				人					
(内訳)	一般居室	室	人							(内訳)	一般居室	室	人						
	介護居室	室	人								介護居室	室	人						
	一時介護室	室	人								一時介護室	室	人						
	うち特定入居者生活介護の利用者数		人								うち特定入居者生活介護の利用者数		人						
6 施設の規模及び構造										6 施設の規模及び構造									
(1)	敷地面積及び地目		m ²							(1)	敷地面積及び地目		m ²						
(2)	建設面積		m ²							(2)	建設面積		m ²						
(3)	延床面積		m ²							(3)	延床面積		m ²						
(4)	敷地の所有者氏名									(4)	敷地の所有者氏名								
	・ 買収の場合	時期		年	月						・ 買収の場合	時期	平成	年	月				
	・ 買収(予定)価格					千円					・ 買収(予定)価格					千円			
	・ 借地の場合	年間借地料				千円					・ 借地の場合	年間借地料				千円			
(5)	市街化区域等の区分									(5)	市街化区域等の区分								
(6)	建物の構造	造		階建て						(6)	建物の構造	造		階建て					
(7)	施設設備の概要									(7)	施設設備の概要								
(8)	工事種別	(新築・増築・改築)								(8)	工事種別	(新築・増築・改築)							
7 施工計画										7 施工計画									
(1)	着工予定年月日			年	月	日				(1)	着工予定年月日	平成		年	月	日			
(2)	しゅん工予定年月日			年	月	日				(2)	しゅん工予定年月日	平成		年	月	日			
(3)	事業開始予定年月日			年	月	日				(3)	事業開始予定年月日	平成		年	月	日			
8 職員配置(職種別人員等)										8 職員配置(職種別人員等)									

<p>9 施設の管理（管理規程、夜勤体制、嘱託医、協力（提携）病院、防災計画、研修計画等）</p> <p>10 入居者に対するサービスの内容</p> <p>11 利用者、前払金等（家賃相当額、介護費用、食費、管理費等の額及びその算定方法並びに前払金返還の内容及びその方法等）</p> <p>12 入居者対象者及び入居者募集方法</p> <p>13 その他知事が必要と認める事項</p> <p>14 添付書類</p> <p>(1) 設立趣意書</p> <p>(2) 登記事項証明書、役員名簿、役員履歴書及び直近3年間の決算書（他事業を営んでいる場合、又は親会社がある場合については、それらに関する同様の決算書）</p> <p>(3) 定員の相当数の入居者が見込まれていることを証する書類又は入居者返還債務についての銀行保証（終身にわたって受領すべき家賃相当額の全部又は一部を前払金として一括して受領する場合）</p> <p>(4) 資金計画書（敷地購入資金計画、建物資金計画、資金調達計画、返済計画、入居率の設定、資金収支計画及び損益収支計画等）</p> <p>(5) 職員配置計画（職種別）</p> <p>(6) 入居者契約書、有料老人ホームの概要、重要事項説明書、介護サービス基準(一覧表)、管理規程等</p> <p>(7) 家賃相当額、介護費用、食費、管理費等の算定方法</p> <p>(8) 図面（設置予定地の公図の写し、位置図、配置図、平面図、立面図及び各室面積表）</p> <p>(9) 土地の全部事項証明書（登記簿謄本）</p> <p>(10) 設置予定市町村長の設置同意書（様式第2号）</p> <p>(11) その他知事が必要と認める書類</p>	<p>9 施設の管理（管理規程、夜勤体制、嘱託医、協力（提携）病院、防災計画、研修計画等）</p> <p>10 入居者に対するサービスの内容</p> <p>11 利用者、前払金等（家賃相当額、介護費用、食費、管理費等の額及びその算定方法並びに前払金返還の内容及びその方法等）</p> <p>12 入居者対象者及び入居者募集方法</p> <p>13 その他知事が必要と認める事項</p> <p>14 添付書類</p> <p>(1) 設立趣意書</p> <p>(2) 法人の定款、登記事項証明書、役員名簿、役員履歴書及び直近3年間の決算書（他事業を営んでいる場合、又は親会社がある場合については、それらに関する同様の決算書）</p> <p>(3) 市場調査結果</p> <p>(4) 定員の相当数の入居者が見込まれていることを証する書類又は入居者返還債務についての銀行保証（終身にわたって受領すべき家賃相当額の全部又は一部を前払金として一括して受領する場合）</p> <p>(5) 資金計画書（敷地購入資金計画、建物資金計画、資金調達計画、返済計画、入居率の設定、資金収支計画及び損益収支計画等）</p> <p>(6) 医療機関との提携協力を表す証</p> <p>(7) 職員配置計画（職種別）</p> <p>(8) 入居者契約書、有料老人ホームの概要、重要事項説明書、介護サービス基準(一覧表)、管理規程等</p> <p>(9) 家賃相当額、介護費用、食費、管理費等の算定方法</p> <p>(10) 図面（設置予定地の公図の写し、位置図、配置図、平面図、立面図及び各室面積表）</p> <p>(11) 土地の全部事項証明書（登記簿謄本）</p> <p>(12) 設置予定市町村長の設置同意書（様式第2号）</p> <p>(13) その他知事が必要と認める書類</p>
---	--

様式第2号

有料老人ホーム設置同意書

第 号

年 月 日

宮城県知事 ○○○○ 殿

市町村長 ○○○○ 印

当市（町・村）における有料老人ホーム設置計画については、下記4の条件を付けて同意します。

記

- 1 有料老人ホームの名称
- 2 設置主体及び運営主体
- 3 有料老人ホームの設置場所
- 4 設置に同意する条件等

(事務担当)

様式第2号

有料老人ホーム設置同意書

第 号

平成 年 月 日

宮城県知事 ○○○○ 殿

市町村長 ○○○○ 印

当市（町・村）における有料老人ホーム設置計画については、下記4の条件を付けて同意します。

記

- 1 有料老人ホームの名称
- 2 設置主体及び運営主体
- 3 有料老人ホームの設置場所
- 4 設置に同意する条件等

(事務担当)

様式第3号

有料老人ホーム設置計画事前協議済書

第 _____ 号
年 月 日

(有料老人ホーム設置希望者 (法人代表者)) 殿

宮城県知事〇〇〇〇 印

下記の有料老人ホーム設置計画については、宮城県有料老人ホーム設置運営指導要綱（平成13年4月1日施行）第4に基づく事前協議済みであることを認めます。

記

- 1 設置予定有料老人ホームの名称
- 2 有料老人ホームの設置予定地
- 3 設置主体及び運営主体
- 4 代表者氏名

(事務担当)

様式第3号

有料老人ホーム設置計画事前協議済書

第 _____ 号
平成 年 月 日

(有料老人ホーム設置希望者 (法人代表者)) 殿

宮城県知事 〇〇〇〇 印

下記の有料老人ホーム設置計画については、宮城県有料老人ホーム設置運営指導要綱（平成13年4月1日施行）第4に基づく事前協議済みであることを認めます。

記

- 1 設置予定有料老人ホームの名称
- 2 有料老人ホームの設置予定地
- 3 設置主体及び運営主体
- 4 代表者氏名

(事務担当)

様式第4号

有料老人ホーム設置届受理書

第 号

年 月 日

(有料老人ホーム設置希望者 (法人代表者)) 殿

宮城県知事 ○○○○ 印

年 月 日付け 第 号で提出されたこのことについては、下記のとおり受理したので通知
します。

記

- 1 設置有料老人ホームの名称
- 2 有料老人ホームの設置予定地
- 3 設置者の名称及び所在地
- 4 入居定員及び居室数
- 5 事業開始予定年月日

(事務担当)

様式第4号

有料老人ホーム設置届受理書

第 号

平成 年 月 日

(有料老人ホーム設置希望者 (法人代表者)) 殿

宮城県知事 ○○○○ 印

平成 年 月 日付け 第 号で提出されたこのことについては、下記のとおり受理したので通知
します。

記

- 1 設置有料老人ホームの名称
- 2 有料老人ホームの設置予定地
- 3 設置者の名称及び所在地
- 4 入居定員及び居室数
- 5 事業開始予定年月日

(事務担当)

様式第5号

有料老人ホーム建設工事着工届

____年 月 日

宮城県知事 ○○○○ 殿

設 置 者

所在地（住所）

名 称

代表者職氏名

印

下記のとおり有料老人ホームの建設工事を着工するので、宮城県有料老人ホーム設置運営指導要綱（平成13年4月1日施行）第7の規定により、関係書類を添えて届出ます。

記

- 1 設置有料老人ホームの名称
- 2 設置地
- 3 着工年月日
- 4 しゅん工予定年月日
- 5 事業開始予定年月日

様式第5号

有料老人ホーム建設工事着工届

平成 年 月 日

宮城県知事 ○○○○ 殿

設 置 者

所在地（住所）

名 称

代表者職氏名

印

下記のとおり有料老人ホームの建設工事を着工するので、宮城県有料老人ホーム設置運営指導要綱（平成13年4月1日施行）第7の規定により、関係書類を添えて届出ます。

記

- 1 設置有料老人ホームの名称
- 2 設置地
- 3 着工年月日
- 4 しゅん工予定年月日
- 5 事業開始予定年月日

様式第6号

有料老人ホーム事業開始届

____年 月 日

宮城県知事 ○○○○ 殿

設置者

所在地（住所）

名称

代表者職氏名 印

下記のとおり有料老人ホーム事業を開始しましたので、宮城県有料老人ホーム設置運営指導要綱（平成13年4月1日施行）第8の規定により、関係書類を添えて届出ます。

記

- 1 設置有料老人ホームの名称
- 2 施設しゅん工予定年月日
- 3 事業開始年月日
- 4 事業開始時入居者数

様式第6号

有料老人ホーム事業開始届

平成 年 月 日

宮城県知事 ○○○○ 殿

設置者

所在地（住所）

名称

代表者職氏名 印

下記のとおり有料老人ホーム事業を開始しましたので、宮城県有料老人ホーム設置運営指導要綱（平成13年4月1日施行）第8の規定により、関係書類を添えて届出ます。

記

- 1 設置有料老人ホームの名称
- 2 施設しゅん工予定年月日
- 3 事業開始年月日
- 4 事業開始時入居者数

様式第7号

有料老人ホーム重要事項説明書
(指定居宅サービス事業者重要事項説明書)

作成日 年 月 日

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ 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5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5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	
名称	(ふりがな)	
主たる事務所の所在地	〒	
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	
	職名	
設立年月日	年 月 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)	

様式第7号

有料老人ホーム重要事項説明書
(指定居宅サービス事業者重要事項説明書)

作成日 年 月 日

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ 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5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5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	
名称	(ふりがな)	
主たる事務所の所在地	〒	
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	
	職名	
設立年月日	年 月 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)	
所在地	〒	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	例:①バス利用の場合 ・〇〇バスで乗車〇分,△△停留所で下車,徒歩〇分 ②自動車利用の場合 ・乗車〇分
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	
	職名	
建物の竣工日		年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		年 月 日

(類型)

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	県(市)
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日(直近)	年 月 日

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)	
所在地	〒	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	例:①バス利用の場合 ・〇〇バスで乗車〇分,△△停留所で下車,徒歩〇分 ②自動車利用の場合 ・乗車〇分
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	
	職名	
建物の竣工日		年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		年 月 日

(類型)

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	県(市)
	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	㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃貸する土地 (普通貸借・定期貸借)	
		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			
建物	延床面積	全体	㎡
		うち、老人ホーム部分	㎡
	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()			
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物 (普通貸借・定期貸借)		
	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】	1 全室個室	
		2 相部屋あり	
		最少	人部屋
	最大	人部屋	

3 建物概要

土地	敷地面積	㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃貸する土地	
		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			
建物	延床面積	全体	㎡
		うち、老人ホーム部分	㎡
	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()			
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	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	

	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1	有/無	有/無	㎡		
タイプ2	有/無	有/無	㎡		
タイプ3	有/無	有/無	㎡		
タイプ4	有/無	有/無	㎡		
タイプ5	有/無	有/無	㎡		
タイプ6	有/無	有/無	㎡		
タイプ7	有/無	有/無	㎡		
タイプ8	有/無	有/無	㎡		
タイプ9	有/無	有/無	㎡		
タイプ10	有/無	有/無	㎡		
※ 「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	箇所	うち男女別の対応が可能な便房	箇所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	箇所	
	共用浴室	箇所	個室	箇所	
			大浴場	箇所	
	共用浴室における介護浴室	箇所	チェア室	箇所	
			リフト浴	箇所	
			ストレッチャー浴	箇所	
		その他()	箇所		
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 1 あり 2 一部なし 3 なし	便所 1 あり 2 一部なし 3 なし	浴室 1 あり 2 一部なし 3 なし	その他() 1 あり 2 一部なし 3 なし	
その他					

		最少 最大		人部屋 人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1	有/無	有/無	㎡			
タイプ2	有/無	有/無	㎡			
タイプ3	有/無	有/無	㎡			
タイプ4	有/無	有/無	㎡			
タイプ5	有/無	有/無	㎡			
タイプ6	有/無	有/無	㎡			
タイプ7	有/無	有/無	㎡			
タイプ8	有/無	有/無	㎡			
タイプ9	有/無	有/無	㎡			
タイプ10	有/無	有/無	㎡			
※ 「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	箇所	うち男女別の対応が可能な便房	箇所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	箇所		
	共用浴室	箇所	個室	箇所		
			大浴場	箇所		
	共用浴室における介護浴室	箇所	チェア室	箇所		
			リフト浴	箇所		
			ストレッチャー浴	箇所		
		その他()	箇所			
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					
その他						

4 サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	
サービスの提供内容に関する特色	
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
	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 あり 2 なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	1 あり 2 なし	
	(II)	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		

4 サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	
サービスの提供内容に関する特色	
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
	介護職員等特定処遇改善加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	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		
		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		

(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		
		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		
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無		
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無		
従来の居室との 使用の変更	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	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		
契約の解除の内容		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	解約予告期間	ヶ月
入居者からの解約予告期間		ヶ月
体験入居の内容	1 あり(内容:) 2 なし	
入居定員		人
その他		

(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		
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無		
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無		
従来の居室との 使用の変更	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
		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		
契約の解除の内容		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	解約予告期間	ヶ月
入居者からの解約予告期間		ヶ月
体験入居の内容	1 あり(内容:) 2 なし	
入居定員		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)。

	職員数		常勤換算人数 ※1※2
	合計		
		常勤	非常勤
管理者			
生活相談員			
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			
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				
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				

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)。

	職員数		常勤換算人数 ※1※2
	合計		
		常勤	非常勤
管理者			
生活相談員			
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			
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				
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)

夜勤帯の時間設定(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	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	

(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)

夜勤帯の時間設定(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	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	他の業務との兼務		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										
前年度1年間の退職者数										
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年以上 3年未満									
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満									
	10年以上									
	従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし						

(職員の状況)

管理者	他の業務との兼務		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										
前年度1年間の退職者数										
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年以上 3年未満									
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満									
	10年以上									
	従業者の健康診断の実施状況			1 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 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 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 3 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	
	手続き	

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 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 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 3 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	
	手続き	

(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		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	m ²	m ²
	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
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		円	円
家賃		円	円
サービス費用	※2 介護保険外	特定施設入居者生活介護※1の費用	円
		食費	円
		管理費	円
		介護費用	円
		光熱水費	円
その他		円	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		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	m ²	m ²
	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
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		円	円
家賃		円	円
サービス費用	※2 介護保険外	特定施設入居者生活介護※1の費用	円
		食費	円
		管理費	円
		介護費用	円
		光熱水費	円
その他		円	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	
敷金	家賃の 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	
光熱水費	
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(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)※前払い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)	
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 入居後3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:)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	
敷金	家賃の 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	
光熱水費	
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(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)※前払い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)	
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 入居後3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	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

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)			

(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

(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		
電話番号		
対応している時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(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)
	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	(その内容)
	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		

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		
電話番号		
対応している時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(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)
	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	(その内容)
	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		

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	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

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	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

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	2 なし	
	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「第6章規模及び構造設備」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		
「第7章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	1 あり 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類:別添1(別を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。

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	2 なし	
	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「第6章規模及び構造設備」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		
「第7章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	1 あり 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類:別添1(別を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。

様式第7号別添1

事業主体が当該都道府県，政令指定都市，中核市内で実施する介護サービス

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		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
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		

様式第7号別添1

事業主体が当該都道府県，政令指定都市，中核市内で実施する介護サービス

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	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
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		
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		

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>

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	併設・隣接		
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		
<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		
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		

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			
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>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし			
介護予防訪問 ^{介護}	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	併設・隣接		
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		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		

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	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		

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		

様式第7号別添2

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※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		都度※2		料金※3	
	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・灌洗	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	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								
送迎サービス	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応じて、いずれかの欄に〇を記入する。
 ※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。

様式第7号別添2

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※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		都度※2		料金※3	
	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	なし	あり				
おやつ	なし	あり	なし	あり				
理美容師による理美容サービス	なし	あり	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	なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断	なし	あり	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								
送迎サービス	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応じて、いずれかの欄に〇を記入する。
 ※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。

様式第 8 号

運営懇談会開催状況報告書

_____ 年 月 日

宮城県知事 ○○○○ 殿

設 置 者

所在地（住所）

名 称

代表者職氏名

印

このことについて、下記のとおり実施したので報告します。

記

1 開催年月日（ _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日）

_____ 年 月 日

_____ 年 月 日

_____ 年 月 日

_____ 年 月 日 （ 計 回 ）

2 運営懇談会の内容

（備考）

- ・ 2について、「別紙のとおり」とし別紙を添付することも可。
- ・ 有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅を含む）では、運営懇談会の開催が必要です。運営懇談会を開催しなかった場合については、その代替のものがあるか、又、来年度以降の開催に向けて検討しているか等、現状を記載してください。

様式第 8 号

運営懇談会開催状況報告書

平成 _____ 年 月 日

宮城県知事 ○○○○ 殿

設 置 者

所在地（住所）

名 称

代表者職氏名

印

このことについて、下記のとおり実施したので報告します。

記

1 開催年月日（平成 _____ 年 月 日～平成 _____ 年 月 日）

平成 _____ 年 月 日

平成 _____ 年 月 日

平成 _____ 年 月 日

平成 _____ 年 月 日 （ 計 回 ）

2 運営懇談会の内容

（備考）

- ・ 2について、「別紙のとおり」とし別紙を添付することも可。
- ・ 有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅を含む）では、運営懇談会の開催が必要です。運営懇談会を開催しなかった場合については、その代替のものがあるか、又、来年度以降の開催に向けて検討しているか等、現状を記載してください。

重大事故報告書

宮城県知事 ○○○○ 殿

— 年 月 日

設置者 _____
 所在地(住所) _____
 名称 _____
 代表者職氏名 _____ 印

+

1 施設名		
2 事故の内容	項目 (該当する項目すべてにチェック)	<input type="checkbox"/> 入所者の死亡 <input type="checkbox"/> 入所者の怪我(骨折等重傷のもの) <input type="checkbox"/> 入居者に対する虐待 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム設置者による入居者の財産侵害(職員による窃盗等) <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 自然災害(地震、豪雨等) <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他()
	発生日時	年 月 日() 午前・午後 時 分 (発生・発見)
	発生場所	
事故の詳細 (経緯、発生の状況等)		
3 事故対象者	氏名等	氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (歳) 住所 _____ 要介護度 ()
	事故前の本人の状況	(例:常時車いす 等)。

重大事故報告書

宮城県知事 ○○○○ 殿

平成 年 月 日

設置者 _____
 所在地(住所) _____
 名称 _____
 代表者職氏名 _____ 印

+

1 施設名		
2 事故の内容	項目 (該当する項目すべてにチェック)	<input type="checkbox"/> 入所者の死亡 <input type="checkbox"/> 入所者の怪我(骨折等重傷のもの) <input type="checkbox"/> 入居者に対する虐待 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム設置者による入居者の財産侵害(職員による窃盗等) <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 自然災害(地震、豪雨等) <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他()
	発生日時	年 月 日() 午前・午後 時 分 (発生・発見)
	発生場所	
事故の詳細 (経緯、発生の状況等)		
3 事故対象者	氏名等	氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (歳) 住所 _____ 要介護度 ()
	事故前の本人の状況	(例:常時車いす 等)。

4 事故発生時の対応	①採った処置の内容(時刻等もできるだけ詳しく記載すること)	①
	②利用者の状況(医療機関名、病状、入院の有無等)	② 治療した医療機関名()
	③連絡済の機関	③ <input type="checkbox"/> 担当の介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他()
5 事故発生後の対応	①家業等への対応(事例に記載のこと(例) 管理者〇〇が、長女に電話連絡)	① 月 日 時 分 頃、()が()に()より状況説明
	②損害賠償の状況	② <input type="checkbox"/> 損害賠償保険を適用 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の適用を検討または交渉中 <input type="checkbox"/> 保険適用なし <input type="checkbox"/> その他()
6 事故の原因と再発防止に向けての今後の取組		【調査結果より把握した事故原因】、 【再発防止策の内容】、

※記載しきれない場合は、別紙(任意様式)を添付してください。

4 事故発生時の対応	①採った処置の内容(時刻等もできるだけ詳しく記載すること)	①
	②利用者の状況(医療機関名、病状、入院の有無等)	② 治療した医療機関名()
	③連絡済の機関	③ <input type="checkbox"/> 担当の介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他()
5 事故発生後の対応	①家業等への対応(事例に記載のこと(例) 管理者〇〇が、長女に電話連絡)	① 月 日 時 分 頃、()が()に()より状況説明
	②損害賠償の状況	② <input type="checkbox"/> 損害賠償保険を適用 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の適用を検討または交渉中 <input type="checkbox"/> 保険適用なし <input type="checkbox"/> その他()
6 事故の原因と再発防止に向けての今後の取組		【調査結果より把握した事故原因】、 【再発防止策の内容】、

※記載しきれない場合は、別紙(任意様式)を添付してください。

様式第10号

有料老人ホーム情報開示等一覧表

____年 月 日現在

施設名		
サービス付き高齢者向け住宅の登録の有無		
施設の類型 *1		介護付 / 住宅型 / 健康型
所在地（市町村名）		
事業主体名		
開設年月日		
定員等	入居者数/入居定員	人 / 人
	住宅戸数 *2	
前払金	入居一時金（円）	
	介護費用の一時金（円）	
	返還金の保全措置	有 / 無
入居者基金への加入		有 / 無
月額利用料（円）（食費・管理費等） （介護保険にかかる利用料を除く）		

様式第10号

有料老人ホーム情報開示等一覧表

平成 ____年 月 日現在

施設名		
サービス付き高齢者向け住宅の登録の有無		
施設の類型 *1		介護付 / 住宅型 / 健康型
所在地（市町村名）		
事業主体名		
開設年月日		
定員等	入居者数/入居定員	人 / 人
	住宅戸数 *2	
前払金	入居一時金（円）	
	介護費用の一時金（円）	
	返還金の保全措置	有 / 無
入居者基金への加入		有 / 無
月額利用料（円）（食費・管理費等） （介護保険にかかる利用料を除く）		

要介護状態に なった場合	介護を行う場所	各居室 / 一時介護室
	追加費用の有無 *3	有 / 無
体験入居の有無		有 / 無
情 報 開 示	重要事項説明書の公開の有無等	有（公開／閲覧） / 無
	契約書の公開の有無等	有（公開／閲覧） / 無
	管理規定の公開の有無等	有（公開／閲覧） / 無
	財務諸表の閲覧の有無等	有 / 無
（公社）全国有料老人ホーム協会への加入の有無		有 / 無
備 考		

- *1 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を除く。
- *2 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のみ記入。
- *3 介護費用の一時金及び月額利用料以外の介護サービスに係る別途の追加費用負担の有無を記入。介護保険に係る利用料は除く。

要介護状態に なった場合	介護を行う場所	各居室 / 一時介護室
	追加費用の有無 *3	有 / 無
体験入居の有無		有 / 無
情 報 開 示	重要事項説明書の公開の有無等	有（公開／閲覧） / 無
	契約書の公開の有無等	有（公開／閲覧） / 無
	管理規定の公開の有無等	有（公開／閲覧） / 無
	財務諸表の閲覧の有無等	有 / 無
（公社）全国有料老人ホーム協会への加入の有無		有 / 無
備 考		

- *1 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を除く。
- *2 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のみ記入。
- *3 介護費用の一時金及び月額利用料以外の介護サービスに係る別途の追加費用負担の有無を記入。介護保険に係る利用料は除く。

様式第11号（略）

様式第11号（略）

附 則

この要綱は、令和3年7月1日から施行する。