

重要事項説明書

Ver 1.4

記入年月日	2026 年 8 月 1 日
記入者名	日野 克公
所属・職名	施設長
取込種別	1 追加
被災確認事業所番号	352089200027

1 事業主体概要

種類	2 法人						
	※法人の場合、その種類			5 営利法人			
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ でいあ・れすといわくに 株式会社 ディア・レスト岩国						
法人番号	法人番号有無			1 有			
	法人番号			7250001012038			
主たる事務所の所在地	〒 741 - 0072						
	山口県岩国市平田五丁目27番43号						
連絡先	電話番号			0827	-	34	- 2500
	FAX番号			0827	-	34	- 2501
	メールアドレス			iwakunisisetucho @ dearrest-iw.net			
	ホームページ有無			1 有			
	ホームページアドレス			https://		dearrest-iw.net	
代表者	氏名			藤川 泰成			
	職名			代表取締役			
設立年月日	2005	年	9	月	2	日	
主な実施事業	※別添1 (別を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) けあほーむ でいあ・れすといわくに						
	ケアホーム ディア・レスト岩国						
所在地	〒	741	-	0072			
	山口県岩国市平田五丁目27番43号						
所在地（建物名等）							
市区町村コード	都道府県	山口県		市区町村	352080 岩国市		
主な利用交通手段	最寄駅		JR山陽本線 南岩国 駅				
	交通手段と所要時間		例：①バス利用の場合 ・岩国市営バスで10分、松山バス停で下車。 松山バス停から徒歩約3分 ②自動車利用の場合 ・乗車約6分				
連絡先	電話番号		0827	-	34	-	2500
	FAX番号		0827	-	34	-	2501
	メールアドレス		iwakunisisetucho @ dearrest-iw.net				
	ホームページ有無		1 有				
	ホームページアドレス		https://		dearrest-iw.net		
管理者	氏名		日野 克公				
	職名		施設長				
建物の竣工日			2006	年	8	月	25 日
有料老人ホーム事業の開始日			2006	年	10	月	1 日

（類型） 【表示事項】

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）						
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	3570801344					
	指定した自治体名	山口県					
	事業所の指定日	2006	年	10	月	1	日
	指定の更新日（直近）	2024	年	10	月	1	日

3 建物概要

土地	敷地面積	2. 994			㎡				
	所有関係	2 事業者が賃借する土地							
		2 事業者が賃借する土地の場合							
		賃貸の種別		2 定期貸借					
		抵当権の有無		2 なし					
		契約期間							
				開始					
					年		月		日
				終了					
				年		月		日	
契約の自動更新									
建物	延床面積	全体		2385. 54		㎡			
		うち、老人ホーム部分		2385. 54		㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物							
		3 その他の場合							
	構造								
		2 鉄骨造							
		4 その他の場合							

	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の場合							
		賃貸の種別		1 普通貸借					
		抵当権の有無		1 あり					
		契約期間							
				開始					
				2005	年	11	月	15	日
				終了					
				2036	年	11	月	14	日
		契約の自動更新		2 なし					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者個室含む）							
		2 相部屋ありの場合							
		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	1 有	2 無	18.64	m ²	47	3 介護居室個室		
	タイプ2	1 有	2 無	18.45	m ²	6	3 介護居室個室		
	タイプ3	2 無	2 無	18.45	m ²	2	3 介護居室個室		
	タイプ4	1 有	2 無	21.78	m ²	1	3 介護居室個室		
	タイプ5	1 有	2 無	21.84	m ²	2	3 介護居室個室		
	タイプ6				m ²				
	タイプ7				m ²				
	タイプ8				m ²				
	タイプ9				m ²				
	タイプ10				m ²				

共用施設	共用便所における 便房	4	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1	ヶ所
				うち車椅子等の対応が可能な便房	3	ヶ所
	共用浴室	2	ヶ所	個室	0	ヶ所
				大浴場	2	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1	ヶ所	チェアー浴	1	ヶ所
				リフト浴	0	ヶ所
				ストレッチャー浴	0	ヶ所
				その他		ヶ所
	食堂	1	あり			
	入居者や家族が利用 できる調理設備	1	あり			
	エレベーター	2	あり（ストレッチャー対応）			
消防用設備 等	消火器	1	あり			
	自動火災報知設備	1	あり			
	火災通報設備	1	あり			
	スプリンクラー	1	あり			
	防火管理者	1	あり			
	防災計画	1	あり			
緊急通報装 置等	居室	1	全ての居室あり			
	便所	1	全ての便所あり			
	浴室	1	全ての浴室あり			
	その他					
その他						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	ケアホーム ディア・レスト岩国は、入居者様の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、サービス計画に基づいて、日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上のお世話を行います。また、施設の運営に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療機関、福祉関係事業所との綿密な連携をはかり、より統合されたシステムとして運営ができるように努めます。運営懇談会を設置し、施設運営上必要な事項については、担当者を決めて定期協議します。
サービスの提供内容に関する特色	本施設は、共同住宅としての機能を考慮した施設・設備と、入居者様のプライバシーを尊重する完全個室を兼ね備えております。また、入居者様の日常生活の場である事を重視し、日々の生活を少しでも楽しくお過ごしいただけますよう、さまざまなイベントや催事の開催、菜園や花畑等の設置、さらに、入居者様の楽しみである食事や入浴にも配慮するように取り組んでいます。さらに、介護度の高い方や持病をお持ちの方でも安心してご入居頂けるように、バリアフリー環境の整備や特殊浴槽などの設備を整え、介護・看護その他の職員が連携して入居者様の生活を全力で支援できる体制を整備しております。入居後に介護度や持病の重度化が進行した場合でも、居室を健康管理室の近くに移動する等の必要な対応を取らせていただく事により、そのまま安心してお住まい頂けます。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施
食事の提供	2 委託
洗濯・掃除等の家事の供与	2 委託
健康管理の供与	1 自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施
生活相談サービス	1 自ら実施

(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。 ※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。	入居継続支援加算(Ⅰ)	2	なし
	入居継続支援加算(Ⅱ)	2	なし
	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	2	なし
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	2	なし
	個別機能訓練加算(Ⅰ)	2	なし
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	2	なし
	ADL維持等加算(Ⅰ)	2	なし
	ADL維持等加算(Ⅱ)	2	なし
	夜間看護体制加算(Ⅰ)	1	あり
	夜間看護体制加算(Ⅱ)	2	なし
	若年性認知症入居者受入加算	2	なし
	協力医療機関連携加算(Ⅰ) (※1)	1	あり
	協力医療機関連携加算(Ⅱ) (※1)	2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	2	なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)	2	なし
	科学的介護推進体制加算	1	あり
	退院・退所時連携加算	1	あり
	退居時情報提供加算	1	あり
	看取り介護加算(Ⅰ)	1	あり
	看取り介護加算(Ⅱ)	1	あり
	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	2	なし
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	2	なし
	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	2	なし
	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	2	なし
	新興感染症等施設療養費	2	なし
	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	2	なし
	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	1	あり

	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	2	なし
		(Ⅲ)	2	なし
	介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)イ	2	なし
		(Ⅰ)ロ	2	なし
		(Ⅱ)イ	1	あり
		(Ⅱ)ロ	2	なし
		(Ⅲ)	2	なし
		(Ⅳ)	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			
	1 ありの場合			
	(介護・看護職員の配置率)	2.5		: 1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		☐	救急車の手配		
		☐	入退院の付き添い		
		☐	通院介助		
		☐	その他	病院・ご家族様との連携	
	1	名称	医療法人社団千寿会 岩国第一病院		
		住所	岩国市岩国一丁目20番49号		
		診療科目	内科・呼吸器科・放射線科 他		
		協力科目	内科・呼吸器科・放射線科 他		
		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	1	あり
			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	1	あり

協力医療機関	2	名称	牛野谷クリニック		
		住所	岩国市牛野谷町三丁目39番19号		
		診療科目	消化器科、胃腸科、内科、外科、肛門科、リハビリ科		
		協力科目	診察		
		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	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	2	なし
	3	名称	栗栖眼科		
		住所	岩国市平田一丁目28番28号		
		診療科目	眼科		
		協力科目	眼科		
		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	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	2	なし
		名称			
		住所			

	4	診療科目		
		協力科目		
		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	
			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	
	5	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		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	
	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			
	新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり		
		1 ありの場合	医療機関の名称	医療法人社団千寿会 岩国第一病院
			医療機関の住所	岩国市岩国一丁目20番49号
名称			安東ファミリー歯科	

協力歯科医療機関	1	住所	岩国市麻里布町6丁目4-9リズナーレ麻里布203
		協力内容	診察、訪問診療等
	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		一時介護室へ移る場合	
		介護居室へ移る場合	
	○	その他	介護居室から他の介護居室に移動する場合
判断基準の内容	介護度や健康状態が悪化し、健康管理室（2階）に近い居室の方が安全管理上好ましいと判断した場合		
手続きの内容	入居者様又は身元引受人様の承諾を得ます。		
追加的費用の有無	2 なし		
居室利用権の取扱い	移動前の居室に関する利用権は消滅し、移動後の居室の利用権を新たに得ます。		
前払金償却の調整の有無	2 なし		
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	1	あり
	便所の変更	1	あり
	浴室の変更	2	なし
	洗面所の変更	2	なし
	台所の変更	2	なし
	その他の変更	2	なし
		1	ありの場合
		(変更内容)	

(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
	要支援の者	1	あり
	要介護の者	1	あり
留意事項	原則として65歳以上の方で、常時医療機関において治療をする必要がなく、自傷他害の恐れのない方。		
契約解除の内容	<事業者からの契約解除> 入居契約書 第28条（事業者からの契約解除）のとおり <入居者からの契約解除> 入居契約書 第29条（入居者からの解除）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28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	
	1	ありの場合	
	(内容)	①1泊2日2,200円、②2泊3日4,400円 ＊R8. 10. 1～1泊2日3,000円、②2泊3日6,000円に 変更	
入居定員	58		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	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	29	23	6	26
介護職員	24	21	3	0
看護職員	5	2	3	3.5
機能訓練指導員	0	0		
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	0	0		
調理員	0	0		
事務員	4	1	3	1.9
その他職員	3	1	2	1.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				40 時間
※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	0	0	
介護福祉士	10	8	2
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	0	0	
介護支援専門員	2	2	

(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	0	0	
理学療法士	0	0	
作業療法士	0	0	
言語聴覚士	0	0	
柔道整復士	0	0	
あん摩マッサージ指圧師	0	0	
はり師	0	0	
きゅう師	0	0	

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(16 時 30 分 ～ 9 時 30 分)			
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	0	人	0	人
介護職員	2	人	0	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】	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)	3		: 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					
		業務に係る 資格等		1 あり									
				1 ありの場合									
				資格等の名称						介護福祉士、介護支援専門員			
		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		4						1			
前年度1年間の退職者数			0	3	1								
応業務に に従事 した 人数 経験 年数 に	1 年未満	1	1	4	1	1				1			
	1 年以上 3 年未満			8	1								
	3 年以上 5 年未満												
	5 年以上 10 年未満		1	2									
	10 年以上	1		1									
従業者の健康診断の実施状況			1 あり										

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	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		3 月払い方式	
		4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択	
		☐	全額前払い方式
		☐	一部前払い・一部月払い方式
年齢に応じた金額設定		☐	月払い方式
要介護状態に応じた金額設定		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		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		1 減額なし	
		3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合	
		不在期間が 日以上	
利用料金の改定	条件	令和8年10月1日より改定	
	手続き	令和8年8月6日に運営懇談会実施。10月からの改定を了承いただく。10月1日以降変更届提出予定。	

(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			要介護 1		要介護 5	
	年齢			65	歳	90	歳
居室の状況	床面積			18.64	m ²	18.64	m ²
	便所			1 有		1 有	
	浴室			2 無		2 無	
	台所			2 無		2 無	
入居時点で必要な費用	前払金				円		円
	敷金			300000	円	300000	円
月額費用の合計				160209	円		円
家賃				53000	円	53000	円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用			18659	円	27781	円
	介護保険外※2	食費		49500	円	49500	円
		管理費		39050	円	39050	円
		介護費用		0	円	0	円
		光熱水費		0	円	0	円
		その他		0	円	0	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	施設建築費、土地賃貸料、施設設備修繕費 等
敷金	家賃の 6 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	水道光熱費、共用部分清掃、消耗品、事務経費、事務人件費 等
食費	朝食313円、昼食648円、夕食691円を30日分として計算
光熱水費	管理費に含まれるが、以下の追加徴収あり。 ①11月～3月までの期間は冬期暖房加算として、2,200円/1ヶ月を徴収 ②冷蔵庫の持ち込みは、55円/日を徴収 その他持ち込みは電化製品は、個数に拘わらず55円/日を徴収
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※に対する自己負担額	(基本報酬+夜間看護体制加算+医療機関連携加算)に、介護職員処遇改善加算を加えて算出し、利用者様はその1割～3割の額をご負担いただきます。(負担割合証によって負担率が決まります。)
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(上乘せサービス)	なし
※ 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 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	全国有料老人ホーム協会以外の場合	
		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	14	人
	女性	41	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	7	人
	85歳以上	47	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援 1	1	人
	要支援 2	0	人
	要介護 1	16	人
	要介護 2	10	人
	要介護 3	10	人
	要介護 4	14	人
	要介護 5	4	人
入居期間別	6ヶ月未満	12	人
	6ヶ月以上1年未満	13	人
	1年以上5年未満	30	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	90.5	歳
入居者数の合計	55	人
入居率※	94	%

※ 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)

退居先別の人数	自宅等	1	人
	社会福祉施設	0	人
	医療機関	3	人
	死亡	12	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)

窓口1

窓口の名称		ディア・レスト岩国 苦情・相談受付窓口									
電話番号		0827	-	34	-	2500					
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	30	分	
	土曜	8	時	30	分	～	17	時	30	分	
	日曜・祝日	8	時	30	分	～	17	時	30	分	
定休日		なし									

窓口2

窓口の名称		山口県 長寿社会課 介護保険班									
電話番号		083	-	933	-	2774					
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日											

窓口3

窓口の名称		岩国市 健康福祉部 介護保険課									
電話番号		0827	-	29	-	2533					
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日											

窓口4

窓口の名称		山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課									
電話番号		083	-	995	-	1010					
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日											

窓口5

窓口の名称											
電話番号			-		-						
対応している時間	平日		時		分	～		時		分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
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	
	1 ありの場合	
	その内容	東京海上日動火災 施設賠償責任保険
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 ありの場合	
	その内容	入居契約書 第10条 (事故対応及び賠償責任) のと おり
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	

(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	
	1 ありの場合	
	実施日	2026/8/6
	結果の開示	1 あり
第三者による評価の実施 状況	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

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
管理規程	1 入居希望者に公開
事業収支計画書	3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 1 回	
	2 なしの場合	
	1 代替措置あり	
	1 代替措置ありの場合	(内容) 書面にてご意見等聴収し回答を公表、委任状回収
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	1 あり
	指針の整備	1 あり
	研修の定期的な実施	1 あり
	担当者の配置	1 あり
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	1 あり
	指針の整備	1 あり
	研修の実施	1 あり
	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	2 なし
		1 ありの場合
業務継続計画の策定状況	感染症に関する業務継続計画 (BCP)	1 あり
	災害に関する業務継続計画 (BCP)	1 あり
	職員に対する周知の実施	1 あり

等	定期的な研修の実施		1	あり					
	定期的な訓練の実施		1	あり					
	定期的な業務継続計画の見直し		1	あり					
提携ホームへの移行 【表示事項】	2 なし								
	1 ありの場合								
		提携ホーム名							
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									
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 ありの場合								
		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							
有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項									
	不適合事項がある 場合の内容								

A large, empty rectangular box with a black border, intended for a drawing or illustration. The box is centered on the page and occupies most of the available space below the text. It is a simple black rectangle with no internal markings or text.

The image consists of a solid white rectangular area enclosed within a thick, uniform black border. There are no markings, text, or illustrations on the white surface.

✕ _____

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。