

重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	濱本 美由紀
所属・職名	田布施事業所・事務

※ 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	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんこうじんかい 医療法人社団光仁会	
主たる事務所の所在地	〒743-0013 山口県光市中央3丁目2番26号	
連絡先	電話番号	0833-72-5700
	FAX番号	0833-71-0758
	メールアドレス	kohjinkai@crocue.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http://koujinkai-ichikawaiin.jimdo.com/
代表者	氏名	市川 晃
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 62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)	

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) シニアアパートメントはな	
所在地	〒742-1511 山口県熊毛郡田布施町大字下田布施806	
主な利用交通手段	最寄駅	田布施駅
	交通手段と所要時間	山陽本線 田布施駅下車 徒歩 10 分
連絡先	電話番号	0820-51-1165
	FAX番号	0820-52-0080
	メールアドレス	kohjinkai@crocue.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http://koujinkai-ichikawaiin.jimdo.com/
管理者	氏名	立場 弘香
	職名	管理者 生活相談員 介護職員
建物の竣工日		昭和・平成 19年 1月30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 20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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	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	1 7 3 1 m ²				
	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	1 あり	2 なし		
所有関係	契約期間	1 あり (2 5 年 8 月 1 日 ~ 4 5 年 7 月 3 1 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	4 2 8 m ²			
		うち、老人ホーム部分	4 2 8 m ²			
	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 (2 5 年 8 月 1 日 ~ 4 5 年 7 月 3 1 日) 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	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ 1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	1 0 . 5 m ²	1	一般居室個室
	タイプ 2	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	1 1 m ²	4	一般居室個室
	タイプ 3	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	1 1 . 5 m ²	1	一般居室個室
	タイプ 4	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	1 2 m ²	1	一般居室個室
	タイプ 5	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	1 2 m ²	2	一般居室相部屋
	タイプ 6	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	1 2 . 7 5 m ²	1	一般居室相部屋
	タイプ 7	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	1 3 m ²	1	一般居室相部屋
	タイプ 8	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	1 3 . 5 m ²	2	一般居室個室
	タイプ 9	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	1 3 . 5 m ²	1	一般居室相部屋
	タイプ 10	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	1 5 m ²	1	一般居室個室

	タイプ 11	有/無	有/無	16.5㎡	2	一般居室相部屋	
	タイプ 12	有/無	有/無	20㎡	1	一般居室相部屋	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	5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		2ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所		
			大浴場		0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェア浴		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 ()		
	1 あり		1 あり	1 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		
3 なし	3 なし	3 なし	3 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	入居者が可能な限りその有する能力に応じ自立を目標とし、家庭的な環境の下に安心して穏やかに明るく健康的な日常生活が送られる場所を提供すること
サービスの提供内容に関する特色	医療法人が運営しているので、医療的サポートが万全である。安心して過ごして頂ける。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 (入浴以外) 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

	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	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	
	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
	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	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団光仁会 市川医院
		住所	山口県光市中央3丁目2番26号
		診療科目	内科 胃腸科 循環器内科 リハビリテーション科 外科
		協力内容	健康相談 健康診断 病状の急変時の対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	藤井歯科医院	
	住所	山口県熊毛郡田布施町下田布施867-1	
	協力内容	歯科一般(診断・治療)	

(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		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<p>1 鉄砲類又は爆発性、発火性を有する物、刀剣類等危険な物品を製造又は保管すること。</p> <p>2 大型の金庫その他の重量の大きな物品等を搬入し、または備え付けること。</p> <p>3 配水管を腐食させるおそれのある液体を流すこと。</p> <p>4 大音量でテレビ、ステレオ等の操作、楽器等の演奏を行うこと。</p> <p>5 犬、猫、小鳥等の動物を飼育すること。</p> <p>6 階段、廊下等の共用部分に看板、ポスター等の広告物を掲示すること。</p> <p>7 入居者同士等の金銭貸借。</p> <p>8 全館禁煙とする。</p> <p>9 裸火を使用する機器の持ち込み及び使用すること。</p> <p>10 過度の飲酒</p>	
契約の解除の内容 (契約書第15条)	<p>1 利用料の支払いを2ヶ月以上滞納したとき。</p> <p>2 留意事項に定める禁止事項の改善指示に従わないとき。</p> <p>3 他の入居者及び近隣の住民等に危害、迷惑を及ぼしたり又は及ぼすであろうと判断したとき。</p> <p>4 状態が著しい医療行為を要する等サービスの提供が不可能もしくは、著しく困難と判断したとき。</p> <p>5 感染症の病気になったとき又は、感染症の病気が発覚したとき。</p> <p>6 契約の各条項に違反する等、信頼関係を破壊する行為があったとき。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第15条
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	2ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容：宿泊体験) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	26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	7 常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	6	3	3	
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	1	1		
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		
	5 常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	1	1	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	4	2	2
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 (21時～7時30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	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											
前年度1年間の退職者数											
応じた業務に従事した経験年数に 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				2						
	5年以上 10年未満			2							
	10年以上			1	1						
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その月の滞在日数が15日間以下の場合は月額の半分とし、15日を超える場合は、1が月分とする。（食費は実費）	
利用料金の改定	条件	物価の高騰、経費の増減その他経済情勢の変化等の客観的な事由により、不相当となるに至ったとき
	手続き	利用料の改定を求め法人役員の承認を得て決定する。

(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	要介護1	要支援1	
	年齢	85歳	80歳	
居室の状況	床面積	13.5㎡	8.25㎡	
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	126,000円	63,000円	
月額費用の合計		144,300円	123,300円	
家賃		42,000円	21,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	円	円	
	介護保険外※ ²	食費	51,000円	51,000円
		管理費	36,300円	36,300円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	15,000円	15,000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	相部屋 21,000 ～ 100,000 円 (トイレ、風呂、キッチン付)
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	36,300 円
食費	朝食 420 円 昼食 640 円 (おやつ代含む) 夕食 640 円
光熱水費	共益費 15,000 円 電気代はメーターにより実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	寝具以外 110 円/日
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 (上乘せサービス)	
※ 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	8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	7人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	0人
	要介護1	8人
	要介護2	3人
	要介護3	3人
	要介護4	2人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	14人
	5年以上 10年未満	2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	86.4歳
入居者数の合計	19人
入居率*	73%
※ 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	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	1人
	死亡者	4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) 自宅に戻る。入院の為。 施設入所(特養)の為。

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		苦情受付窓口
電話番号		0820-51-1165
対応している時間	平日	8:30～17:00 (月～金)
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※設置者や施設以外の窓口を記入すること。

窓口の名称		長寿社会課施設班
電話番号		083-933-2793
対応している時間	平日	8:30～17:15
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	意見箱設置
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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
管理規程	<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
事業収支計画書	<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 checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	(内容) 入居者の状況・サービス提供の状況を定期報告。意見箱の設置。地域の交流会に参加。
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" 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	
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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「7 規模及び構造設備」に合致しない事項	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	2 人部屋あり 1 人当たり床面積 13 m ² 以下の部屋があります。	
「8 既存建築物等の活用	1 適合している (代替措置)	

の場合等の特例」への適合性	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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別の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

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	市川医院	光市中央3-2-26
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	市川医院	光市中央3-2-26
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	市川医院	光市中央3-2-26
通所介護	あり	なし	併設・隣接	サポートたぶせ	田布施町下田布施806
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	市川医院	光市中央3-2-26
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	サポートひかり	光市中央3-2-13
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	市川医院	光市中央3-2-26
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	ケアホームのはら	光市中央3-2-13
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループさくら	田布施町下田布施806
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	居宅介護支援事業所市川医院	光市中央3-2-26
<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	市川医院	光市中央3-2-26
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	市川医院	光市中央3-2-26
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	市川医院	光市中央3-2-26
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	サポートひかり	光市中央3-2-13
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	市川医院	光市中央3-2-26
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	市川医院	光市中央3-2-26
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	サポートたぶせ	田布施町下田布施806
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		備考			
	なし	あり	なし	あり	包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス	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）					
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			重度者は介護保険サービス利用
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			重度者は介護保険サービス利用
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				介護保険サービス利用
特浴介助	なし	あり	なし	あり				介護保険サービス利用
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○			重度者は介護保険サービス利用
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				
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		○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
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		○	実費	年2回
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								
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
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、月額サービスの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。