

重要事項説明書

記入年月日	2025年4月1日
記入者名	
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) (か) はれこーぼれーしょん 株式会社はれコーポレーション	
主たる事務所の所在地	〒700-0822 岡山県岡山市北区表町1丁目5番1号	
連絡先	電話番号	086-803-5080
	FAX番号	086-803-5081
	ホームページアドレス	http://www.hale.co.jp
代表者	氏名	上川 敏敬
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 14年 8月 8日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) あいらのもり しんいわくにえきまえ あいらの杜 新岩国駅前	
所在地	〒741-0083 山口県岩国市御庄3丁目114番2号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 新岩国駅
	交通手段と所要時間	徒歩8分
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	http://www.halenosumai.jp/
管理者	氏名	
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和・平成 19年 10月 19日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 20年 1月 1日	

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所山口県指定第 3570801427 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所山口県指定第 3570801427 号
	指定した自治体名	山口県
	事業所の指定日	平成 20年 1月 1日
	指定の更新日（直近）	平成 26年 1月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	773.21 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成20年6月1日～平成50年5月31日) 2 なし
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	1,516.30 m ²
		うち、老人ホーム部分	1,516.30 m ²
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物			
抵当権の設定		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
契約期間		<input type="checkbox"/> 1 あり (平成20年6月1日～平成50年5月31日) 2 なし	
契約の自動更新		<input type="checkbox"/> 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		
		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 checked="" type="checkbox"/> 無	18.09 m ²	50	一般居室個室
タイプ2	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ3	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ4	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
※「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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
その他 ()			ヶ所			
食堂	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし				
入居者や家族が利用できる調理設備	1 <input type="checkbox"/> あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし				
エレベーター	1 <input type="checkbox"/> あり (車椅子対応)	2 <input checked="" type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応)				
	3 <input type="checkbox"/> あり (上記1・2に該当しない)	4 <input type="checkbox"/> なし				
消防用設備等	消火器	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし			
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<p>高齢者にとって住み慣れた地域で「医療と介護と住まいの一体化（三位一体）」が実現している安心・安全な終の棲家としての役割を担い、社会と地域に貢献することを目指します。</p> <p>・住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせるホームの実現</p>
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>地域の幅広いニーズに応えることができる住まいづくりをします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会資源のネットワークの構築と地域拠点としての環境整備 <p>社会資源を活用し、地域との交流づくりをすることで地域に根差した運営を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・その人らしくいきいきと自立した生活の支援 <p>自立支援を念頭においた個別かつ適切な介護・看護サービスを受けることができるようにサポート体制を構築していきます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	医療機関との医療・介護連携により、専門職による医療ケア・介護のサポート体制を整えています。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員処 遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
(Ⅳ)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(Ⅴ)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
介護職員特定	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

	処遇改善加算	(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い（連携病院のみ） <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助（連携病院のみ） <input checked="" type="checkbox"/> その他（訪問診療医の確保）	
協力医療機関	1	名称	医療法人 岩国病院
		住所	岩国市岩国3丁目2番7号
		診療科目	内科、神経内科、放射線科、産婦人科他
		協力内容	訪問診療、受診、治療、入院支援
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	重本歯科医院
		住所	岩国市岩国二丁目2番24号
		協力内容	訪問診療、受診、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		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	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	身元引受人を2名選定する必要があります。		
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は事業者から解約した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇では防止できない場合 等。	
	解約予告期間	3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 (内容: 期間は3日を限度とし、費用は1日5,000円。但し、介護費・食費は実費。) 2 なし		
入居定員	50人		
その他	身元引受人が特定できない場合は要相談。		

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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	18	16	2	16.7
介護職員	15	13	2	14.2
看護職員	3	3		2.5
機能訓練指導員	1	1		0.5
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				外部委託
調理員				外部委託
事務員	1			0.5
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				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	1	1	
介護福祉士	16	15	1
実務者研修の修了者	0	0	
初任者研修の修了者	1	1	
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	3	3	
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 : 00 時～ 7 : 00 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	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)	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 <input checked="" type="checkbox"/> d 3 : 1 以上
------------------------------------------------	-----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

合、本欄は省略可能)	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)	2.9：1
※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		初任者研修修了者					
			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	1						
前年度1年間の退職者数			1	1						
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	2		1						
	3年未満									
	3年以上			3						
	5年未満									
	5年以上	1		6	2			1		
	10年未満									
10年以上			2		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 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	<input type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	要介護2	要支援1
	年齢	94歳	93歳
居室の状況	床面積	18.09 m ²	18.09 m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円
	敷金	300,000円	300,000円
月額費用の合計		152,520円	152,520円
家賃		74,200円	74,200円
サービス費用	介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護※ ₁ の費用	円
		食費	44,220円
		共益費	15,000円
		管理費	15,000円
		介護費用	円
		電気代(居室内)	実費
		冷暖房費加算	3,000円
		水道代(居室内)	1,100円
		エアコン使用料(居室内)	3,300円
その他		都度支払いサービス	都度支払いサービス
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	当該目的施設の開発費、地代、家賃、修繕費、管理事務費等を含む総費用を、平均的な余命等を勘案して、1室あたりの月額費用を算出した

	ものです。
敷金	家賃の 4,0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。
共益費	共用施設等の維持管理費・施設内水道代・ガス代・共用部分電気代・備品・消耗品費・修繕積立金・法定点検費の総費用を勘案し、1室あたりの月額費用を算出したものです。
管理費	事務管理部門の人件費及び事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、目的施設の維持管理費の総費用を勘案し、1室あたりの月額費用を算出したものです。
食費	委託費＋光熱費＋メンテナンス費等を考慮しての算定。 <ul style="list-style-type: none"> ・食費は消費税8%を含みます。(軽減税率対象) ・朝食、昼食、夕食の通常食のみ軽減税率の対象となります。 (通常食以外の食事の提供は標準税率となります。) ・1日の食費：朝食400円(うち消費税29円)、昼食537円(うち消費税39円)、夕食537円(うち消費税39円) ・欠食返金額 朝 90円 昼 110円 夕 110円
光熱水費	水道代(居室内)：居室の平均的な仕様利用を勘案して算出。 電気代(居室内)：実費 冷暖房費加算：共用部分電気代の平均的な増加分を勘案して算定。 エアコン使用料：居室設置機器の平均的な維持管理費を勘案して算定。
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	基本報酬、P4に記載する加算の利用者負担分
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	11人
	女性	38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	8人
	85歳以上	40人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	2人
	要介護1	10人
	要介護2	13人
	要介護3	4人
	要介護4	10人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	26人
	5年以上10年未満	9人
	10年以上15年未満	3人
	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	89.6歳
入居者数の合計	49人
入居率※	98%
※ 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	0人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	10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		あいらの杜 新岩国駅前
電話番号		0827-46-1920
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
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		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	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝祭日・年末年始

窓口の名称		山口県国民健康保険団体連合会
電話番号		083-995-1010
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝祭日・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) あいおいニッセイ同和損害保険株式 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償す	1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく

べき事故が発生したときの対応	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 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<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	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 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:) <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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	

する届出	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 <input checked="" 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	
「8 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	

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 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			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		
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		
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		
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		
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	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	
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり			1日3回（朝・昼・夕）
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			随時実施
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		○	2,351円/回 1週間に2回(3回以上は個別有料サービス)
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	2,351円/回 1週間に2回(3回以上は個別有料サービス)
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		○	2,050円/回 協力医療機関以外は個別有料サービス
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			1週間に1回
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		○	外部業者に委託
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		○	イベント食等を実施した場合、別途費用がかかることがあります。
おやつ			なし	あり		○	実費
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	料金は業者の定めによります。（掲示板等でご案内します。）
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	指定日以外（買い物にかかる費用は実費負担）
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,060円/30分
金銭・貯金管理			なし	あり			1,060円/30分
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり		○	年2回の受診の機会を提供します。費用は入居者負担です。
健康相談	なし	あり	なし	あり			適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			適宜実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり			適宜実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			適宜実施
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	2,050円/30分 協力医療機関以外は個別有料サービス
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	2,050円/30分 協力医療機関以外は個別有料サービス
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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。