

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 7年 7月 1日
記入者名	
所属・職名	

### 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) かぶしきがいしゃ そうごういりょうふくしきーびす 株式会社 総合医療福祉サービス	
主たる事務所の所在地	〒010-0877 秋田市千秋矢留町 6 番 25 号	
連絡先	電話番号	018-884-0611
	FAX番号	018-825-1105
	ホームページアドレス	<a href="http://kyukokai.com/yadome/">http://kyukokai.com/yadome/</a>
代表者	氏名	稻庭 淳
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 7年 7月 3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) しもしんじょうのさと 下新城の郷	
所在地	〒010-0146 秋田市下新城中野字琵琶沼 156 番地 4	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 追分駅
	交通手段と所要時間	JR 秋田駅よりバスで 35 分、JR 追分駅より徒歩で 5 分。バス (秋田中央交通追分線、五城目線経由) 中野 4 区バス停下車徒歩 1 分

連絡先	電話番号	018-873-8160
	FAX番号	なし
	ホームページアドレス	http:// なし
管理者	氏名	川村 昭紀
	職名	係長
建物の竣工日	昭和・平成	22年 9月 28日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	24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	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	832.00 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	
	2 事業者が賃借する土地	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	1 あり 2 なし
建物	延床面積	全体	561.36 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	561.36 m <sup>2</sup>
	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	1 全室個室						
	居室区分 【表示事項】	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	有/無	有/無	18.00 m <sup>2</sup>	20	一般居室個室	
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	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>				
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>				
※ 「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	0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		0ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室		2ヶ所		
			大浴場		0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェア一浴		0ヶ所		
			リフト浴		0ヶ所		
			ストレッチャー浴		0ヶ所		
			その他 ( )		0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	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	防災計画	<input type="checkbox"/> 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	人の真ん中にはいつも「こころ」があります。私たち久幸会グループはいつでも「こころ」を大切にしたサービスを、利用者様を第一に考えた医療福祉を提供しています。
サービスの提供内容に関する特色	健康でより楽しく充実した生活を過ごしていくために個々にあった様々な生活支援サービスを提供しています。食事は栄養士が健康に配慮した献立を用意し旬の食材を生かし飽きのこない献立で健康な生活をサポートしています。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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
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 医療法人久幸会 今村病院 018-873-3011 2 km 住所 秋田市下新城中野字琵琶沼 124 番地 1 診療科目 内科、心療内科、精神科、皮膚科、泌尿器科 協力内容 • 入居者の医学管理を行う。 • 入居者の病状が急変した場合は、休日・夜間問わ ず治療に応ずる。 • 入居者に入院加療が必要とされた場合は、治療に 万全を期する。
		名称 今村記念クリニック 018-872-1313 1 km 住所 秋田市下新城長岡字毛無谷地 265 番地 診療科目 整形外科、リハビリテーション科、小児科 協力内容 入居者の整形外科的、リハビリテーション的医学管 理を行い、治療の必要がある場合は、治療に万全を 期する。
		名称 今村記念クリニック 018-872-1313 1 km 住所 秋田市下新城長岡字毛無谷地 265 番地 協力内容 入居者の治療を要するときは、治療に万全を期す る。
協力歯科医療機関		

(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 (ご希望のお部屋へ移る場合)
判断基準の内容	ご希望のお部屋が空室の場合には、担当の職員と十分協議の上、住み替えが可能か判断します。空室の場合でも予約の状況などにより入居者のご要望にお応えできない場合がありますのでご留意ください。
手続きの内容	居室住み替え承認願い書をご提出いただきます。
追加的費用の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
居室利用権の取扱い	基本的に契約が終了しない限りホームを利用できます。
前払金償却の調整の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
従前の居室との仕様の変更	面積の増減 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
	便所の変更 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
	浴室の変更 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
	洗面所の変更 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
	台所の変更 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
	その他の変更 1 あり <input type="checkbox"/> (変更内容) 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>

(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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
	要支援の者	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
	要介護の者	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
留意事項	管理規程 3. 入居者及び追加入居者 概ね 60 歳以上の方で、主として介護を必要とする、介護老人福祉施設・介護老人保健施設等への入所待機をされている方や医療機関からの退院を余儀なくされている方、及び自立の方で 1 人の生活が困難又はご家族等の援助が困難な方等とします。 2 人入居の場合は、夫婦・親子・兄弟姉妹に限ります。追加入居者の場合も同条件とします。	
契約の解除の内容	入居契約書（事業者からの契約解除） 第 28 条 事業者は、入居者が次ぎの各号のいずれかに該当し、かつそのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除するうことがあります。	

	<p>一 入居申込署に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時</p> <p>二 月額の利用料その他の支払いを 3 ヶ月以上の滞納及びしばしば滞納又は支払請求に応じない時</p> <p>三 第 19 条（禁止又は制限される行為）の規定に違反した時</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者の生命・健康又は生活に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常のサービス提供方法ではこれを防止することができない時</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の通告について 90 日の予告期間をおく</p> <p>二 前項の通告に先立ち、入居者及び身元引受人に弁明の企画を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には、入居者及び身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保に協力する</p> <p>3 本条第 1 項四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察機関をおく</p> <p>（入居者からの契約解除</p> <p>第 29 条 入居者は、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除することができます。解約の申し入れは、事業者が定める解約届を事業者へ届け出るものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去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。</p>				
事業主体から解約を求める場合	<table border="1"> <tr> <td>解約条項</td><td>入居契約書第 28 条</td></tr> <tr> <td>解約予告期間</td><td>90 日</td></tr> </table>	解約条項	入居契約書第 28 条	解約予告期間	90 日
解約条項	入居契約書第 28 条				
解約予告期間	90 日				
入居者からの解約予告期間	30 日				
体験入居の内容	<table border="1"> <tr> <td>1 あり</td><td>(内容：空室時には 1 週間まで可能)</td></tr> <tr> <td>2 なし</td><td></td></tr> </table>	1 あり	(内容：空室時には 1 週間まで可能)	2 なし	
1 あり	(内容：空室時には 1 週間まで可能)				
2 なし					
入居定員	20 人				
その他					

## 5. 職員体制

### (職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
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				39.5 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			
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			
柔道整復士			
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（当日午後4時～翌午前9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	1人（外部の連携事業所より配置）	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			
	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
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
に業務従事	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
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 入居契約書（費用の改定） 第 26 条 事業者は、第 23 条（月払いの利用料）及び第 24 条（食費） の費用並びに第 25 条の入居者が事業者に支払うべきその他の費用 の額を改定することがあります。 2 事業者は前項の費用の改定にあたっては、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、第 8 条に定める運営懇談会の意見を聴いたうえで行うものとします。
	手続き 改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知し ます。

(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	4	
	年齢	83 歳	歳
居室の状況	床面積	18.00 m <sup>2</sup>	m <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 で必要な費用	前払金	0 円	円
	敷金	0 円	円
月額費用の合計		96,952 円	円
家賃		31,000 円	円
サービス費用 介護保険外※ <sub>2</sub>	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	円	円
	食費	45,000 円	円
	管理費	20,952 円	円
	介護費用	円	円
	光熱水費	実費請求	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	土地賃料、建設費、設備費品費、借入利息等を基礎として算出
敷金	なし
介護費用	なし
管理費	事務管理部門の人件費・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、共用施設等の維持管理費
食費	朝食 300 円、昼食 600 円、夕食 600 円 計 1,500 円 (1 ヶ月 30 日の場合 45,000 円/月)
光熱水費	居室、共用施設で使用する電気、ガス、上下水道は、建物で一括契約し光熱水費として請求
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ヶ月以内の契約終了 入居後3ヶ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【令和7年7月1日現在（冒頭に記した記入日現在）】

(入居者の人数)

性別	男性	9人
	女性	6人
年齢別	65歳未満	3人
	65歳以上 75歳未満	10人
	75歳以上 85歳未満	1人
	85歳以上	1人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	9人
	要支援2	0人

	要介護 1	3 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	0 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	0 人
	1 年以上 5 年未満	6 人
	5 年以上 10 年未満	6 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	68 歳
入居者数の合計	15 人
入居率*	75%
※ 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	0 人
	社会福祉施設	5 人
	医療機関	1 人
	死亡者	0 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	0 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	下新城の郷（責任者：管理者 川村 昭紀）	
電話番号	018-873-8160	
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	なし	

(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) 賠償保険加入 東京海上日動火災（株） ただし、地震等を含む天災等の不可抗力は除きます。
	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ときの対応	1 あり	(その内容) 介護が必要となられた場合でも、主治医の意見や、本人及びご家族と施設、外部居宅介護支援事業所、外部介護サービス事業者の関係調整を図り、適切な介護サービスが行われるよう配慮しています。
	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

(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	意見箱 每月 15 日 運営懇談会 年2回（11月・5月）
		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	
	2 なし	結果の開示	1 あり 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

## 10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 2 回 (11 月・5 月) (主な内容) 運営懇談会細則 4 (1) 施設における入居者の状況、入退居者の状況、要介護者数等の状況、サービス提供の状況 (2) 各年度における介護保険収支、管理費・食費等の収支状況、ホーム全体の各会計年度の決算内容 (3) 管理費・食費その他サービス費用および使用料の改定 (4) 管理規程、細則等の諸規則の改定 (5) 入居者の意向の確認や意見交換 (6) 各年度の職員数・介護職員配置体制・資格保有の状況、介護職員勤務時間の説明等 (7) その他特に必要と認めた事項について  (会議録の閲覧) 1 あり 2 なし
	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「5. 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		
「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		
不適合事項がある場合の内 容		

添付書類：別添1（別に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	事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>		
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
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>		
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
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>		
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
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>		
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
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>		
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

## 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	
	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	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				外部介護保険サービスを利用
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				外部介護保険サービスを利用
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				外部介護保険サービスを利用
特浴介助	なし	あり	なし	あり				外部介護保険サービスを利用
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				外部介護保険サービスを利用
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○		付添人件費（1名につき）1時間 1,650円
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				外部介護保険サービスを利用
リネン交換	なし	あり	なし	あり				外部介護保険サービスを利用
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				個人でクリーニング契約
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		○		ご相談による
おやつ			なし	あり				1日1回 110円
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		○		1回1時間 1,650円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○		1回1時間 1,650円
金銭・貯金管理			なし	あり		○		人件費・事務費として 3,300円
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○		年2回実費
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			バイタルチェックを必要時応じ随時
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ随時
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ随時
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ随時
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		○		送迎人件費 1時間 1,650円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○		付添人件費（1名につき）1時間 1,650円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○		人件費（1名につき）1時間 1,650円
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。※4：令和元年10月から消費税率8%から10%に変更されました。