

# 重要事項説明書

Ver 1.1

|           |                  |   |   |   |   |   |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|
| 記入年月日     | 2024             | 年 | 6 | 月 | 5 | 日 |
| 記入者名      | 宮本 大三            |   |   |   |   |   |
| 所属・職名     | あいしょうおぐり 介護支援専門員 |   |   |   |   |   |
| 取込種別      |                  |   |   |   |   |   |
| 被災確認事業所番号 |                  |   |   |   |   |   |

## 1 事業主体概要

|            |                       |   |                              |   |                     |        |
|------------|-----------------------|---|------------------------------|---|---------------------|--------|
| 種類         | 2 法人                  |   |                              |   |                     |        |
|            | ※法人の場合、その種類           |   | 1 社会福祉法人（社協以外）               |   |                     |        |
| 名称         | (ふりがな)                |   | しゃかいふくしほうじん めいしかい            |   |                     |        |
|            |                       |   | 社会福祉法人 名石会                   |   |                     |        |
| 法人番号       | 法人番号有無                |   | 1 有                          |   |                     |        |
|            | 法人番号                  |   | 5500005007605                |   |                     |        |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 799 - 2430          |   |                              |   |                     |        |
|            | 愛媛県松山市北条辻1423番地4      |   |                              |   |                     |        |
| 連絡先        | 電話番号                  |   | 089                          | - | 994                 | - 6262 |
|            | FAX番号                 |   | 089                          | - | 994                 | - 6263 |
|            | メールアドレス               |   | qqhe9ae9k @ soleil.ocn.ne.jp |   |                     |        |
|            | ホームページ有無              |   | 1 有                          |   |                     |        |
|            | ホームページアドレス            |   | http://                      |   | www.meishikai.info/ |        |
| 代表者        | 氏名                    |   | 石山 新                         |   |                     |        |
|            | 職名                    |   | 理事長                          |   |                     |        |
| 設立年月日      | 2014                  | 年 | 10                           | 月 | 23                  | 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)           |     | あいしょうおぐり                                                                                                                                                   |      |            |             |      |
|               |                  |     | あいしょう小栗                                                                                                                                                    |      |            |             |      |
| 所在地           | 〒                | 790 | -                                                                                                                                                          | 0036 |            |             |      |
|               | 愛媛県松山市小栗5丁目1番25号 |     |                                                                                                                                                            |      |            |             |      |
| 所在地（建物名等）     | 総合福祉施設 あいしょう小栗   |     |                                                                                                                                                            |      |            |             |      |
| 市区町村コード       | 都道府県             | 愛媛県 |                                                                                                                                                            | 市区町村 | 382019 松山市 |             |      |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅              |     | 伊予鉄道 松山市駅 駅                                                                                                                                                |      |            |             |      |
|               | 交通手段と所要時間        |     | : ①バス利用の場合<br>・伊予鉄バス 市坪・はなみずき線松山市駅1番乗場乗車10分 雄郡神社東停留場下車 徒歩4分 (200) m<br>②自動車利用の場合<br>・今治市方面からは国道196号線から国道56号線ローソン小栗店角左折すぐ。<br>・伊予市方面から国道56号線沿いローソン小栗店角右折すぐ。 |      |            |             |      |
| 連絡先           | 電話番号             |     | 089                                                                                                                                                        | -    | 968        | -           | 1088 |
|               | FAX番号            |     | 089                                                                                                                                                        | -    | 946        | -           | 1588 |
|               | メールアドレス          |     | aisyouoguri                                                                                                                                                |      | @          | yahoo.co.jp |      |
|               | ホームページ有無         |     | 2 無                                                                                                                                                        |      |            |             |      |
|               | ホームページアドレス       |     |                                                                                                                                                            |      |            |             |      |
| 管理者           | 氏名               |     | 二宮 克之                                                                                                                                                      |      |            |             |      |
|               | 職名               |     | 管理者                                                                                                                                                        |      |            |             |      |
| 建物の竣工日        |                  |     | 2012                                                                                                                                                       | 年    | 5          | 月           | 1 日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                  |     | 2013                                                                                                                                                       | 年    | 1          | 月           | 28 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                    | 3870113218 |   |   |   |    |   |
|                | 指定した自治体名                     | 松山市        |   |   |   |    |   |
|                | 事業所の指定日                      | 2016       | 年 | 5 | 月 | 1  | 日 |
|                | 指定の更新日（直近）                   | 2022       | 年 | 4 | 月 | 30 | 日 |

3 建物概要

|    |      |                 |             |
|----|------|-----------------|-------------|
| 土地 | 敷地面積 | 1, 355.99㎡      | ㎡           |
|    | 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の場合 |             |
|    |      | 賃貸の種別           |             |
|    |      | 抵当権の有無          |             |
|    |      | 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              | 2, 585.79 ㎡ |
|    |      | うち、老人ホーム部分      | 1, 327.75 ㎡ |
|    | 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           |                |                 |                |       |          |
|            |      | 抵当権の有無          |                |                 |                |       |          |
|            |      | 契約期間            |                | 開始              |                |       |          |
|            |      |                 |                | 年               | 月              | 日     |          |
|            |      |                 |                | 終了              |                |       |          |
|            |      | 年               | 月              | 日               |                |       |          |
|            |      | 契約の自動更新         |                |                 |                |       |          |
|            |      | 居室の状況           | 居室区分<br>【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            | 18.3            | m <sup>2</sup> | 26    | 1 一般居室個室 |
| タイプ2       | 1 有  |                 | 2 無            | 42.21           | m <sup>2</sup> | 1     | 1 一般居室個室 |
| タイプ3       | 1 有  |                 | 1 有            | 37.97           | m <sup>2</sup> | 5     | 1 一般居室個室 |
| タイプ4       | 1 有  |                 | 1 有            | 30.33           | m <sup>2</sup> | 1     | 1 一般居室個室 |
| タイプ5       |      |                 |                |                 | m <sup>2</sup> |       |          |
| タイプ6       |      |                 |                |                 | m <sup>2</sup> |       |          |
| タイプ7       |      |                 |                |                 | m <sup>2</sup> |       |          |
| タイプ8       |      |                 |                |                 | m <sup>2</sup> |       |          |
| タイプ9       |      |                 |                |                 | m <sup>2</sup> |       |          |
| タイプ10      |      |                 |                | m <sup>2</sup>  |                |       |          |

|         |                  |   |               |                 |   |    |
|---------|------------------|---|---------------|-----------------|---|----|
| 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             | 4 | ヶ所            | 個室              | 4 | ヶ所 |
|         |                  |   |               | 大浴場             | 0 | ヶ所 |
|         | 共用浴室における介護浴槽     | 4 | ヶ所            | チェアー浴           | 0 | ヶ所 |
|         |                  |   |               | リフト浴            | 2 | ヶ所 |
|         |                  |   |               | ストレッチャー浴        | 2 | 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               | 3 | なし            |                 |   |    |
|         | 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        | <p>特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護、相談・援助、社会生活上の便宜の提供、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。それにより、入所者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができることを目指す。</p>                                                                                                                                                                                                                       |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>① 入所者の心身の状況等に応じて、適切な処遇を行う。<br/>         ② サービスの提供は、特定施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。<br/>         ③ 職員は、サービスの提供に当たって、入所者又はその家族に対して、必要事項をわかりやすく説明する。<br/>         ④ 入所者本人または他の入所者等の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行わない。緊急やむを得ない場合は、身体拘束前に家族の同意得て、その後も定期的なカンファレンスを行い、身体拘束の解消できるように努める。<br/>         ⑤ サービスの質の評価を行い、常にその改善を図る。</p> |
| 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    | 1 自ら実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 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<br>加算の対象となるサービスの<br>体制の有無 | 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       |     | 1 | あり |
|                                        | 若年性認知症入居者受入加算  |     | 1 | あり |
|                                        | 医療機能連携加算       |     | 1 | あり |
|                                        | 口腔衛生管理体制加算     |     | 2 | なし |
|                                        | 口腔・栄養スクリーニング加算 |     | 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 |
|                                        | 看取り介護加算（Ⅰ）     |     | 2 | なし |
|                                        | 看取り介護加算（Ⅱ）     |     | 2 | なし |
|                                        | 認知症専門ケア加算      | （Ⅰ） | 2 | なし |
|                                        |                | （Ⅱ） | 2 | なし |

|                      |               |     |     |    |
|----------------------|---------------|-----|-----|----|
|                      | サービス提供体制強化加算  | (Ⅰ) | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅱ) | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅲ) | 1   | あり |
|                      | 介護職員処遇改善加算    | (Ⅰ) | 1   | あり |
|                      |               | (Ⅱ) | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅲ) | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅳ) | 2   | なし |
|                      |               | (Ⅴ) | 2   | なし |
|                      | 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ) | 2   | なし |
| (Ⅱ)                  |               | 1   | あり  |    |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 2   なし        |     |     |    |
|                      | 1   ありの場合     |     |     |    |
|                      | (介護・看護職員の配置率) |     | : 1 |    |

(医療連携の内容)

|                |   |          |                                                                         |  |
|----------------|---|----------|-------------------------------------------------------------------------|--|
| 医療支援<br>※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      |                                                                         |  |
|                | 1 | 名称       | 医療法人同仁会 おおぞら病院                                                          |  |
|                |   | 住所       | 愛媛県松山市六軒家町4-20                                                          |  |
|                |   | 診療科目     | 内科・整形外科・リハビリテーション科                                                      |  |
|                |   | 協力科目     | 内科・整形外科・リハビリテーション科                                                      |  |
|                |   | 協力内容     | 利用者の症状の急変が生じた場合は、早急に連絡を取り、受診及び処置の指示を受ける。また、入院が必要な場合、随時入院を受け入れる体制をとっている。 |  |



|        |   |      |                                                                                       |
|--------|---|------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 協力医療機関 | 2 | 名称   | 医療法人聖光会 鷹の子病院                                                                         |
|        |   | 住所   | 愛媛県松山市鷹子町525-1                                                                        |
|        |   | 診療科目 | 脳神経外科・耳鼻咽喉科・内科・循環器内科・呼吸器内科・眼科                                                         |
|        |   | 協力科目 | 脳神経外科・耳鼻咽喉科・内科・循環器内科・呼吸器内科・眼科                                                         |
|        |   | 協力内容 | 往診による定期診察。<br>利用者の症状の急変が生じた場合は、早急に連絡を取り、受診及び処置の指示を受ける。また、入院が必要な場合、随時入院を受け入れる体制をとっている。 |
|        | 3 | 名称   |                                                                                       |
|        |   | 住所   |                                                                                       |
|        |   | 診療科目 |                                                                                       |
|        |   | 協力科目 |                                                                                       |
|        |   | 協力内容 |                                                                                       |

|              |   |      |                                      |
|--------------|---|------|--------------------------------------|
| 協力歯科医療<br>機関 | 1 | 名称   | みやた歯科                                |
|              |   | 住所   | 愛媛県松山市福音寺町41番1                       |
|              |   | 協力内容 | 入居者の歯科治療の要請に対し、すみやかに医療を提供する体制を取っている。 |
|              | 2 | 名称   | エム歯科クリニック                            |
|              |   | 住所   | 愛媛県松山市空港通1丁目3番21号                    |
|              |   | 協力内容 | 入居者の歯科治療の要請に対し、すみやかに医療を提供する体制を取っている。 |

(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<br>※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        |  |
| 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              |        |            |  |
| 従前の居室との仕様の変更             | 面積の増減  |            |  |
|                          | 便所の変更  |            |  |
|                          | 浴室の変更  |            |  |
|                          | 洗面所の変更 |            |  |
|                          | 台所の変更  |            |  |
|                          | その他の変更 |            |  |
|                          |        | 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<br>【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               | 以下、乙＝利用者 甲＝当施設<br>1 乙は、甲の書面による承諾を得ることなく、本物件の全部又は一部につき、賃借権を譲渡し、又は転貸してはならない。<br>2 乙は、甲の書面による承諾を得ることなく、本物件の増築、改築、移転、改造若しくは模様替え又は本物件の敷地内における工作物の設置を行ってはならない。<br>3 乙は、本物件の使用に当たり、次の各号に掲げる行為を行ってはならない。<br>①銃砲、刀剣類又は爆発性、発火性を有する危険な物品等を製造又は保管すること<br>②大型の金庫その他の重量の大きな物品等を搬入し、又は備え付けること<br>③排水管を腐食させるおそれのある液体を流すこと<br>④大音量でテレビ、ステレオ等の操作、ピアノ等の演奏を行うこと<br>⑤猛獣、毒蛇等明らかに近隣に迷惑をかける動物を飼育すること<br>⑥公序良俗に反する行為など、近隣の住民等に迷惑をかけること<br>⑦緊急通報装置を本来の目的以外の目的で使用する事<br>4 乙は、本物件の使用に当たり、甲の書面による承諾を得ることなく、次の各号に掲げる行為を行ってはならない。<br>①階段、廊下等の共用部分に物品をおくこと<br>②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<br>③観賞用の小鳥、魚等であって明らかに近隣に迷惑をかけるおそれのない動物以外の犬、猫等の動物（前項第5号に掲げる動物を除く。）を飼育すること                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |
| 契約解除の内容            | 1 乙が次の各号の何れかに該当したときは、甲は通知催告の上、本契約を解除することができる。<br>①賃料、共益費その他頭書（4）記載の費用の支払いを怠ったとき<br>②第12条に定める乙の負担となる費用の支払いを怠ったとき<br>2 乙が次の各号の何れかに該当したときは、甲は通知催告を要せず本契約を解除することができるものとする<br>①入居申し込み及び本契約への虚偽記載その他不正な方法により入居したことが発覚したとき。<br>②第12条第3項に定める甲への通知を怠り、1か月以上所在不明になったとき。<br>③乙が、解散又は破産・特別清算・競売・強制執行・民事再生等の申し立てがあったとき、又は申し立てをしたとき。<br>④乙が犯罪行為を行ったとき。<br>⑤破壊・暴力活動を行う組織その他これらの組織又は団体等への加入、構成員及びそれらの支配下にあると判明したとき。<br>⑥本物件に前号の者や関係者を居住させ出入りさせ、拠点・事務所などに使用し、又はさせたとき、及び本物件等にこれらの名称、称号その他これに類するものを表示、掲示若しくは搬入したとき。<br>⑦本物件等及び近隣において粗野、粗暴等の行為をなして近隣者及び他の入居者・管理人等に迷惑、不快感、不安感を与えたとき。<br>⑧本契約書第3条の使用目的、善良な管理者の注意義務、第11条の禁止・制限事項、24条の連帯保証人、25条の身元引受人等の追加、変更等の義務を怠ったとき、その他乙が本契約に定める事項に違反し、又は乙の義務を履行しないとき。 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 甲は、次の各号のいずれかに該当する場合に限り、乙に対して少なくとも6か月前に書面により解約の申し入れを行うことができる。<br>①物件の老朽、損傷、一部の滅失その他の事由により、賃料の価格その他の事情に照らし、本物件を高齢者住まい法第58条第2号に掲げる基準等を勘案して適切な規模、構造及び設備を有する賃貸住宅として維持し、又は当該賃貸住宅に回復するのに過分の費用を要するに至ったとき。<br>②乙が本物件に長期にわたって居住せず、かつ、当面居住する見込みがないことにより、本物件を適正に管理することが困難になったとき。 |    |
|                    | 解約予告期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 6                                                                                                                                                                                                                                                                    | ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                      | ヶ月 |
| 体験入居の内容            | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | なし                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |
|                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ありの場合                                                                                                                                                                                                                                                                |    |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | (内容)                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |
| 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）。

（職種別の職員数）

|                                                                                                  | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※1 ※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|-----------------|
|                                                                                                  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                 |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  | 0   | 0.5             |
| 生活相談員                                                                                            | 2        | 2  | 0   | 1               |
| 直接処遇職員                                                                                           | 12       | 11 | 1   | 11              |
| 介護職員                                                                                             | 9        | 9  | 0   | 9               |
| 看護職員                                                                                             | 3        | 3  | 0   | 2.5             |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 1        | 1  | 0   | 0.5             |
| 計画作成担当者                                                                                          | 1        | 1  | 0   | 0.5             |
| 栄養士                                                                                              | 0        | 0  | 0   | 0               |
| 調理員                                                                                              | 0        | 0  | 0   | 0               |
| 事務員                                                                                              | 0        | 0  | 0   | 0               |
| その他職員                                                                                            | 0        | 0  | 0   | 0               |
| 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  | 0   |
| 介護福祉士     | 1  | 1  | 0   |
| 実務者研修の修了者 | 0  | 0  | 0   |
| 初任者研修の修了者 | 5  | 5  | 0   |
| 介護支援専門員   | 2  | 2  | 0   |

(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   | 1  | 1  | 0   |
| 理学療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 作業療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 言語聴覚士       | 0  | 0  | 0   |
| 柔道整復士       | 0  | 0  | 0   |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0  | 0  | 0   |
| はり師         | 0  | 0  | 0   |
| きゅう師        | 0  | 0  | 0   |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 | ( 20 時 0 分 ～ 7 時 0 分 ) |   |                 |   |
|----------|------------------------|---|-----------------|---|
|          | 平均人数                   |   | 最少時人数 (休憩者等を除く) |   |
| 看護職員     | 1                      | 人 | 1               | 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<br><br>(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※<br>【表示事項】              | d 3 : 1 以上 |     |
|                                                                    | 実際の配置比率<br>(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<br>(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  |      |     |       |     |         | 理学療法士、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       |               | 0        | 0       | 1    | 0   | 0     | 0   | 0       | 0             | 0       | 0   |  |
| 前年度1年間の退職者数       |               | 0        | 0       | 2    | 1   | 0     | 0   | 0       | 0             | 0       | 0   |  |
| 応業務に就いた職員の人数経験年数に | 1年未満          | 0        | 0       | 3    | 0   | 0     | 0   | 0       | 0             | 0       | 0   |  |
|                   | 1年以上<br>3年未満  | 0        | 0       | 0    | 0   | 0     | 0   | 0       | 0             | 0       | 0   |  |
|                   | 3年以上<br>5年未満  | 0        | 0       | 1    | 0   | 1     | 0   | 0       | 0             | 0       | 0   |  |
|                   | 5年以上<br>10年未満 | 0        | 0       | 4    | 0   | 0     | 0   | 0       | 0             | 0       | 0   |  |
|                   | 10年以上         | 2        | 0       | 1    | 0   | 1     | 0   | 1       | 0             | 1       | 0   |  |
| 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<br>【表示事項】          |     | 2 建物賃貸借方式                                                                                                                                                     |                                |
| 利用料金の支払い方式<br>【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                                                                                                                                         |                                |
|                            |     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      | 全額前払い方式                        |
|                            |     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      | 一部前払い・一部月払い方式                  |
|                            |     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      | 月払い方式                          |
| 年齢に応じた金額設定                 |     | 2 なし                                                                                                                                                          |                                |
| 要介護状態に応じた金額設定              |     | 1 あり                                                                                                                                                          |                                |
| 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                                                                                                                                 |                                |
|                            |     | <input type="text"/>                                                                                                                                          | 不在期間が <input type="text"/> 日以上 |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 1 賃料・共益費等は、租税その他の負担の増減、諸物価の上昇その他の経済事情の変動、近隣比較等から不相当となった場合は甲及び乙は協議の上、これを改定することができる。<br>2 本物件及び付帯設備又は敷地に改良を施したときは甲及び乙は予め協議の上、賃料・共益費等を改定することができる。<br>3 法令改正に伴うもの |                                |
|                            | 手続き | 説明の上、同意書に署名捺印。                                                                                                                                                |                                |



(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    |                  | 要支援 1                | 要介護5                 |
|                  | 年齢      |                  | 65 歳                 | 80 歳                 |
| 居室の状況            | 床面積     |                  | 19.21 m <sup>2</sup> | 41.93 m <sup>2</sup> |
|                  | 便所      |                  | 1 有                  | 1 有                  |
|                  | 浴室      |                  | 2 無                  | 1 有                  |
|                  | 台所      |                  | 2 無                  | 1 有                  |
| 入居時点で必要な費用       | 前払金     |                  | 0 円                  | 0 円                  |
|                  | 敷金      |                  | 45,000 円             | 75,000 円             |
| 月額費用の合計          |         |                  | 143,196+電気代実費 円      | 199,855+電気代実費 円      |
| 家賃<br><br>サービス費用 | 家賃      |                  | 45,000 円             | 75,000 円             |
|                  | 介護保険外※2 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 6,896 円              | 28,555 円             |
|                  |         | 食費               | 51,460 円             | 51,000 円             |
|                  |         | 管理費              | 30,000 円             | 30,000 円             |
|                  |         | 介護費用             | 0 円                  | 0 円                  |
|                  |         | 光熱水費             | 2,200+電気代実費 円        | 7200+電気代実費 円         |
|                  |         | その他              | 8,100 円              | 8,100 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                            | 建築費を面積などに応じて按分した部屋タイプ別 |
| 敷金                            | 家賃の 1 ヶ月分              |
| 介護費用<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |                        |

|                      |                                       |
|----------------------|---------------------------------------|
| 管理費                  | サ高住の人件費、エレベーター等、設備保守料など               |
| 食費                   | (朝食420円+昼食620円+夕食620円) × 30 日         |
| 光熱水費                 | 水道料2,200円+床暖房費 (5階のみ) 11月～3月のみ5,000円) |
| 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                      | 介護報酬額の1割～3割 |
| 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<br>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<br>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         | 12 | 人 |
|       | 女性         | 20 | 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 1  | 人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 5  | 人 |
|       | 75歳以上85歳未満 | 8  | 人 |
|       | 85歳以上      | 10 | 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      | 4  | 人 |
|       | 要介護 2      | 6  | 人 |
|       | 要介護 3      | 6  | 人 |
|       | 要介護 4      | 3  | 人 |
|       | 要介護 5      | 5  | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 1  | 人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 6  | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 8  | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 8  | 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                                            | 77.48 | 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 32    | 人 |
| 入居率※                                            | 97    | % |
| ※ 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   | 3                                               | 人 |
|         | 医療機関     | 2                                               | 人 |
|         | 死亡       | 1                                               | 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 | 2                                               | 人 |
|         |          | (解約事由の例)<br>以前より希望していた「家族に近い別地域の施設」に空きができたため、転居 |   |

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    |       | あいしょう小栗 利用相談窓口  |   |   |   |     |    |   |   |      |  |
| 電話番号     |       | 089             |   | - |   | 968 |    | - |   | 1088 |  |
| 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      |       | 年末年始（12/30～1/3） |   |   |   |     |    |   |   |      |  |

|          |       |  |                           |   |     |   |      |   |   |
|----------|-------|--|---------------------------|---|-----|---|------|---|---|
| 窓口2      |       |  |                           |   |     |   |      |   |   |
| 窓口の名称    |       |  | 松山市役所 指導監査課 介護事業者指定・指導担当  |   |     |   |      |   |   |
| 電話番号     |       |  | 089                       | - | 948 | - | 6968 |   |   |
| 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      |       |  |                           |   |     |   |      |   |   |
| 窓口3      |       |  |                           |   |     |   |      |   |   |
| 窓口の名称    |       |  | 松山市役所 指導監査課 社会福祉法人施設・整備担当 |   |     |   |      |   |   |
| 電話番号     |       |  | 089                       | - | 948 | - | 6414 |   |   |
| 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      |       |  |                           |   |     |   |      |   |   |
| 窓口4      |       |  |                           |   |     |   |      |   |   |
| 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      |       |  |                           |   |     |   |      |   |   |
| 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    | あいおいニッセイ同和損保介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| 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    |                              |
|                               | 1 ありの場合 |                              |
|                               | その内容    | 上記損害保険より賠償を行う。               |
| 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 | 2 なし    |  |
|                                  | 1 ありの場合 |  |
|                                  | 実施日     |  |
|                                  | 結果の開示   |  |
| 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     | 2 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開 |
| 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                                        | 2 なし                       |                |
|                                              | 1 ありの場合                    |                |
|                                              | (開催頻度) 年 回                 |                |
|                                              | 2 なしの場合                    |                |
|                                              | 2 代替措置なし                   |                |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                          | 1 ありの場合                    |                |
|                                              | 提携ホーム名                     | 特別養護老人ホームほしのおか |
|                                              | 1 あり                       |                |
|                                              | 2 なし                       |                |
|                                              | 1 ありの場合                    |                |
| 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               | 2 なし                       |                |
| 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                       |                |
| 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         | 2 なし                       |                |
|                                              | 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                        | なし                         |                |

|  |               |  |
|--|---------------|--|
|  | 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 \_\_\_\_\_ 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等

| 介護サービスの種類   | 有無  | 主な事業所の名称           | 所在地              | 併設 | 隣接 |
|-------------|-----|--------------------|------------------|----|----|
| <居宅サービス>    |     |                    |                  |    |    |
| 訪問介護        | 2 無 |                    |                  |    |    |
| 訪問入浴介護      | 2 無 |                    |                  |    |    |
| 訪問看護        | 2 無 |                    |                  |    |    |
| 訪問リハビリテーション | 2 無 |                    |                  |    |    |
| 居宅療養管理指導    | 2 無 |                    |                  |    |    |
| 通所介護        | 2 無 |                    |                  |    |    |
| 通所リハビリテーション | 2 無 |                    |                  |    |    |
| 短期入所生活介護    | 1 有 | 特別養護老人ホーム<br>ほしのおか | 愛媛県松山市星岡一丁目31番7号 |    |    |
| 短期入所療養介護    | 2 無 |                    |                  |    |    |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 有 | あいしょう小栗            | 愛媛県松山市小栗5丁目1番25号 | ○  |    |
| 福祉用具貸与      | 2 無 |                    |                  |    |    |
| 特定福祉用具販売    | 2 無 |                    |                  |    |    |

| <地域密着型サービス>          |     |                    |                  |   |  |
|----------------------|-----|--------------------|------------------|---|--|
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 夜間対応型訪問介護            | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 地域密着型通所介護            | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 認知症対応型通所介護           | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 小規模多機能型居宅介護          | 1 有 | あいしょう小栗            | 愛媛県松山市小栗5丁目1番25号 | ○ |  |
| 認知症対応型共同生活介護         | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 1 有 | 特別養護老人ホーム<br>ほしのおか | 愛媛県松山市星岡一丁目31番7号 |   |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 居宅介護支援               | 2 無 |                    |                  |   |  |
| <居宅介護予防サービス>         |     |                    |                  |   |  |
| 介護予防訪問入浴介護           | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 介護予防訪問看護             | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 介護予防居宅療養管理指導         | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 介護予防通所リハビリテーション      | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 介護予防短期入所生活介護         | 1 有 | 特別養護老人ホーム<br>ほしのおか | 愛媛県松山市星岡一丁目31番7号 |   |  |
| 介護予防短期入所療養介護         | 2 無 |                    |                  |   |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | 1 有 | あいしょう小栗            | 愛媛県松山市小栗5丁目1番25号 | ○ |  |
| 介護予防福祉用具貸与           | 2 無 |                    |                  |   |  |

|              |     |  |  |  |  |
|--------------|-----|--|--|--|--|
| 特定介護予防福祉用具販売 | 2 無 |  |  |  |  |
|--------------|-----|--|--|--|--|



|                   |     |         |                  |   |  |
|-------------------|-----|---------|------------------|---|--|
| <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    | 2 無 |         |                  |   |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護   | 1 有 | あいしょう小栗 | 愛媛県松山市小栗5丁目1番25号 | ○ |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護  | 2 無 |         |                  |   |  |
| 介護予防支援            | 2 無 |         |                  |   |  |
| <介護保険施設>          |     |         |                  |   |  |
| 介護老人福祉施設          | 2 無 |         |                  |   |  |
| 介護老人保健施設          | 2 無 |         |                  |   |  |
| 介護療養型医療施設         | 2 無 |         |                  |   |  |
| 介護医療院             | 2 無 |         |                  |   |  |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> |     |         |                  |   |  |
| 訪問型サービス           | 2 無 |         |                  |   |  |
| 通所型サービス           | 2 無 |         |                  |   |  |
| その他生活支援サービス       | 2 無 |         |                  |   |  |

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 |                                   |                             |      |      |           | 1 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) | 個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担) | 包含※2 |      |           | 備考                     |
|                                  |                                   |                             | 都度※2 | 料金※3 |           |                        |
| 介護サービス                           |                                   |                             |      |      |           |                        |
| 食事介助                             | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |
| 排泄介助・おむつ交換                       | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |
| おむつ代                             |                                   | あり                          |      | ○    | 種別各料金     | 希望者のみ、袋単位で提供           |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |
| 特浴介助                             | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |
| 機能訓練                             | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |
| 通院介助                             | あり                                | あり                          | ○    | ○    | ¥1,500/時間 | 協力病院以外の医療機関（協力病院は保険対応） |
| 生活サービス                           |                                   |                             |      |      |           |                        |
| 居室清掃                             | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |
| リネン交換                            | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |
| 日常の洗濯                            | あり                                | あり                          |      | ○    | ¥220/回    | 希望者のみ                  |
| 居室配膳・下膳                          | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   | なし                          |      |      |           |                        |
| おやつ                              |                                   | あり                          |      | ○    | ¥50/回     | 希望者のみ                  |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   | あり                          |      | ○    | ¥2,000/回  | 月1回美容師訪問カットのみ          |
| 買い物代行                            | 1 あり                              | なし                          | ○    |      |           | 日用品に限る                 |
| 役所手続き代行                          | 1 あり                              | なし                          | ○    |      |           | 介護保険更新等、施設職員代行で可能な範囲のみ |
| 金銭・貯金管理                          |                                   | あり                          | ○    |      | 無料        | 管理する親族の居ない者のみ          |
| 健康管理サービス                         |                                   |                             |      |      |           |                        |
| 定期健康診断                           |                                   | なし                          |      |      |           |                        |
| 健康相談                             | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |
| 生活指導・栄養指導                        | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |
| 服薬支援                             | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)                 | あり                                | なし                          | ○    |      |           |                        |

| 入退院時・入院中のサービス |    |    |   |   |                    |                                               |
|---------------|----|----|---|---|--------------------|-----------------------------------------------|
| 入退院時の同行       | あり | あり | ○ | ○ | ¥1500/時間           | 協力病院以外の医療機関（協力病院は保険対応）<br>治療方針判断・入退院署名・事務処理は不 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり |   | ○ | ¥220/回<br>¥1500/時間 | 家族のいない者のみ1500/時間に対応。洗濯は別途220円/回必要             |
| 入院中に見舞い訪問     | あり | なし | ○ |   |                    |                                               |

※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。