

重要事項説明書

記入年月日	令和 8 年 6 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	医療法人	
名称	(ふりがな) いりょうほうじん じんゆうかい 医療法人 仁勇会		
法人番号	7500005002133		
主たる事務所の所在地	〒791-8067 松山市古三津3丁目5番5号		
連絡先	電話番号	089-968-3333	
	FAX番号	089-953-4895	
	メールアドレス	ms2004@nemunoki-j.or.jp	
	ホームページアドレス	http://www.mitsuseikei.jp/mitsuseikei/	
代表者	氏名	井関 康武	
	職名	理事長	
設立年月日	昭和・ 平成 18 年 11 月 7 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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む みつのさと 介護付有料老人ホーム三津の里		
所在地	〒791-8067 愛媛県松山市古三津4丁目630番地		
市町村コード	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	山西 駅	
	交通手段と所要時間	① 伊予鉄電車利用の場合 ・高浜線山西駅で下車、徒歩10分(700m) ② JR予讃線利用の場合 ・三津浜駅で下車、徒歩13分(850m)	

連絡先	電話番号	089-953-0070
	FAX番号	089-953-0078
	ホームページアドレス	http://www.mitsuseikei.jp/mitsunosato/
管理者	氏名	船本 珠生
	職名	施設長(看護介護長)
建物の竣工日		昭和・平成 20 年 3 月 25 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 20 年 5 月 6 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	第 3870106964 号
	指定した自治体名	愛媛県（市）
	事業所の指定日	平成 20 年 5 月 6 日
	指定の更新日（直近）	令和 2 年 5 月 6 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,433 m ²	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		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	1,614.63 m ²
		うち、老人ホーム部分	1,614.63 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 4 その他 (軽量鉄骨造)		

	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	18.16 m ²	42	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.32 m ²	6	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.46 m ²	2	介護居室個室
	タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	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	2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	2ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					

	エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	
		<input type="checkbox"/> 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
緊急通報装置等	居室	<input type="checkbox"/> 1	全ての居室あり	
	便所	<input type="checkbox"/> 1	全ての便所あり	
	浴室	<input type="checkbox"/> 3	なし	
その他				

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	入居者様の意思および人格を尊重し、入居者様に寄り添ったサービスの提供を心掛け、安心して暮らしていただける「終の棲家」を提供いたします。			
サービスの提供内容に関する特色	医療法人が運営する施設であり、全室個室の住環境の中で、入居者が可能な範囲で自立した生活が出来るよう、質の高いサービスの提供をします。			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input 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 type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input 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	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	生活機能向上	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2	なし

個別機能訓練 加算	(Ⅰ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅱ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
ADL維持等 加算	(Ⅰ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅱ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
夜間看護体制 加算	(Ⅰ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅱ)	<input 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 type="checkbox"/> 2	なし
協力医療機関連携加算 (相談・診察を行う体制 を常時確保している協 力医療機関と連携して いる場合)		<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
協力医療機関連携加算 (上記以外の協力医療 機関と連携している場 合)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
口腔・栄養スクリーニ ング加算		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
科学的介護推進体制加算		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
退去時情報提供加算		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
看取り介護 加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	(Ⅱ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
認知症専門ケ ア加算	(Ⅰ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅱ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
高齢者施設等 感染対策向上 加算	(Ⅰ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅱ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
新興感染症等施設療養 費		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
生産性向上推 進体制加算	(Ⅰ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
サービス提供体 制強化加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	(Ⅱ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅲ)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし

	介護職員等処遇改善加算	(I)口	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（状況に応じ、外部委託業者を紹介）				
協力医療機関	1	名称	医療法人 仁勇会 三津整形外科		
		住所	愛媛県松山市古三津3丁目5番5号		
		診療科目	整形外科・内科・リハビリ科		
		協力科目	整形外科・内科・リハビリ科		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
			診療の求めがあった場合において診察を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	2	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力科目			
協力内容					
協力歯科医療機関	名称	ひぐち歯科医院			
	住所	愛媛県松山市古三津1丁目24-1			
	協力内容	入居者急変時、加療等緊急時必要な措置を実施			

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

留意事項		
契約の解除の内容		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第12条
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> あり（内容：1泊2日5,000円食費込、最長3日まで） <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	50人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員				
介護職員	18	16	2	17.5
看護職員	5	3	2	3.9
機能訓練指導員	1	1		0.04
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員				
事務員	2	2		2
その他職員	3	0	3	0.9
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			
介護福祉士	16	15	1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2	1	1
介護支援専門員	1	1	

(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	
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 (17 時～ 翌 9 : 30 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	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)	2.3 : 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料	ホームの職員数	人

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)	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		正看護師						
		資格等の名称								
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数			2						1	
前年度1年間の退職者数			2							
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	
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上			1	1	1				
	10年未満									
10年以上	3	2	15	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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" 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	経済事情の変動、公租公課の変更、近隣同種施設利用料との比較等
	手続き	運営懇談会で意見聴取し、一ヶ月前に利用者へ通知の上、改定する。

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

		プラン1	プラン2	
入居者の状 況	要介護度	要介護 2	要支援 2	
	年齢	年齢不問 歳	年齢不問 歳	
居室の状況	床面積	18.16 m ²	18.16 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	敷金	200,000 円	200,000 円	
	前払金			
		円	円	
月額費用の合計		167,370 円 (30日間)	152,549 円 (30日間)	
家賃		55,000 円	55,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用(1割負担)	21,770 円	11,449 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	50,700 円	50,700 円
		管理費	35,000 円	35,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他	4,900 円	400 円		
<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	55,000 円
敷金	家賃の 3.6 ヶ月分 退去時に居室修繕費、延滞料金等を差引した残金は全額返金
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	利用者居室の水道光熱費、共用施設の維持・管理費等に充当
食費	・朝 450 円、昼、夜各 620 円 1 日合計 1,690 円 ・土曜日以外にパン食を希望の場合は 1 食当たり 90 円の追加料金が必要 (パン食は朝のみ)
光熱水費	管理費に含む
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	なし

(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	要介護度に応じた介護費用の利用者負担割合に応じた額
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。	

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	6 人
	女性	39 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	4 人
	85 歳以上	39 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	6 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	13 人

	要介護2	10人
	要介護3	4人
	要介護4	7人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	20人
	5年以上10年未満	6人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	89.9歳
入居者数の合計	45人
入居率*	90%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	4人
	死亡者	9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	1人
	(解約事由の例) 自宅に戻る為退去	

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 1		
窓口の名称		ご利用者相談室
電話番号		089-953-0070
対応している時間	平日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
	土曜	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
	日曜・祝日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
定休日		なし
窓口 2		
窓口の名称		松山市指導監査課
電話番号		089-948-6968
対応している時間	平日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口 3		
窓口の名称		愛媛国民健康保険団体連合会
電話番号		089-968-8700
対応している時間	平日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口 4		
窓口の名称		愛媛県福祉サービス運営適正化委員会
電話番号		089-998-3477
対応している時間	平日	午前 9 時 00 分～午後 4 時 30 分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜・日曜・祝日・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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 施設賠償責任保険(対人、対物事故)加入
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) ご家族様、市役所等連絡の上、適切な措置を講じます。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成 26 年 5 月 12 日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
		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	<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
管理規程	<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
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	研修の定期的な実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
身体的拘束等廃止のための取組の状況	身体拘束適正委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為 (身体的拘束等)	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 身体的拘束等を行う場合の態様、及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 </div> <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画 (BCP)	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画 (BCP)	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	従業員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な見直し	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 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 項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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）

別紙（その他追加事項）

※ _____ 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
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーションアップル	松山市古三津4丁目625番地
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーションアップル	松山市古三津4丁目625番地
訪問リハビリテーション	あり	なし	合歓の木	松山市古三津3丁目5番5号
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	合歓の木デイケア	松山市古三津3丁目5番5号
短期入所生活介護	あり	なし	瀬戸風	松山市古三津4丁目600番地1
短期入所療養介護	あり	なし	合歓の木	松山市古三津3丁目5番5号
特定施設入居者生活介護	あり	なし	瀬戸風	松山市古三津4丁目600番地1
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		
地域密着あり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	訪問介護ステーションアップル	松山市古三津4丁目625番地
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	訪問看護ステーションアップル	松山市古三津4丁目625番地
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	合歓の木	松山市古三津3丁目5番5号
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	合歓の木デイケア	松山市古三津3丁目5番5号
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	瀬戸風	松山市古三津4丁目600番地1
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	合歓の木	松山市古三津3丁目5番5号
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	瀬戸風	松山市古三津4丁目600番地1
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	合歓の木	松山市古三津3丁目5番5号
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	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		料金※3
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	実費	特別食(高カロリー等)の費用は自己負担
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				ポータブルトイレ等は自費購入
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		○	305円/回	週3回目から1回につき305円自己負担
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	305円/回	同上
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		○	1500円/時	協力医療機関は無料、その他は最初の1時間まで1500円、以降は30分区分切りで750円追加
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	実費	クリーニング代は実費
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり		○	実費	買物代行で実費購入
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	毎月出張サービスあり。実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり				週1回、希望商品購入代行。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				通常手続は代行
金銭・貯金管理			なし	あり				ご利用者、ご家族様との契約にて実施。
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年2回
健康相談	なし	あり	なし	あり				随時対応
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				随時対応
服薬支援	なし	あり	なし	あり				医師の指示のもと、介助や薬の確認を実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				ケアプラン・介護記録等を作成
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				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			実費	協力医療機関の場合は適宜対応、その他は業者紹介
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				適時、職員がお見舞いにまいります

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。