

## 重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	原 圭太
所属・職名	施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

種類	個人／ <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ゆうげんかいしや かりゆし	
	有限会社 かりゆし	
法人番号	法人番号有無	1 <u>あり</u> 2 なし
	法人番号	4 2 6 0 0 0 2 0 0 2 8 3 2
主たる事務所の所在地	〒 7 0 1 - 1 4 6 4	
	岡山市北区下足守1900番地の1	
連絡先	電話番号	0 8 6 - 2 9 5 - 2 4 2 1
	FAX 番号	
	メールアドレス	
	ホームページ有無	
	ホームページアドレス	<a href="http://kariyushi-yu.jp">http://kariyushi-yu.jp</a>
代表者	氏名	立石 久人
	職名	代表取締役
設立年月日	<u>昭和</u> ・平成・令和 63年8月22日	
主な実施事業	※別添1（別の実施する介護サービス一覧表）	

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ あーとらいふあしもり	
	介護付有料老人ホーム アートライフあしもり	
所在地	〒 701-1464	
	岡山市北区下足守1911番地の1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR ももたろう線 足守駅
	交通手段と所要時間	例：駅から徒歩2.5km ① 徒歩の場合 約32分 ② 自動車利用の場合 約7分
連絡先	電話番号	086-295-9550
	FAX 番号	086-295-9560
	メールアドレス	a_life@ikenaga-group.jp
	ホームページ有無	有
	ホームページアドレス	http://kariyushi-yu.jp/artlife.html
管理者	氏名	原 圭太
	職名	施設長
建物の新築年月日		昭和・平成・令和 19年2月28日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 19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		
5 サービス付き高齢者向け住宅		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	3370108718
	指定した自治体名	岡山県（市）
	事業所の指定日	平成19年4月1日
	指定の更新日（直近）	平成31年4月1日

土地	敷地面積	3,024.30㎡					
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する土地					
		2 事業者が賃借する土地（普通貸借・定期貸借）					
			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	1,963.02㎡				
		うち、老人ホーム部分	1,963.02㎡				
	耐火構造	1 耐火建築物					
		<input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物					
		3 その他（                                  ）					
	構造	1 鉄筋コンクリート造					
		<input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造					
		3 木造					
		4 その他（                                  ）					
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物					
		2 事業者が賃借する建物（普通貸借・定期貸借）					
		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				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	有／ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有／ <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.0㎡	50	介護居室個室	
	タイプ2	有／無	有／無	㎡			
	タイプ3	有／無	有／無	㎡			
	タイプ4	有／無	有／無	㎡			
	タイプ5	有／無	有／無	㎡			
	タイプ6	有／無	有／無	㎡			

	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	1 3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1 1ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		2ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他（ ）		ヶ所	
	食堂	1 あり      2 なし				
	入居者や家族が利用 できる調理設備	1 あり      2 なし				
エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし					
消防用設備 等	消火器	1 あり      2 なし				
	自動火災報知設備	1 あり      2 なし				
	火災通報設備	1 あり      2 なし				
	スプリンクラー	1 あり      2 なし				
	防火管理者	1 あり      2 なし				
	防災計画	1 あり      2 なし				
緊急通報装 置等	居室	便所	浴室	その他（ ）		
	1 全てあり	1 全てあり	1 全てあり	1 あり		
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり		
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし		
その他	相談室、談話室、自販機コーナー 等					

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	住み心地の良い生活環境を提供します。また、個人の生活リズムを大事にし、ご家族、ご本人様の希望によっては週末ケアまで援助出来るよう安心して心からくつろげる環境を提供します。		
サービスの提供内容に関する特色	ケアプランに沿って個別の援助を行います。ご本人様の希望によっては隣接の医療機関と協力し週末ケアまでの対応も可能で安心してくつろげる環境を提供します。		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし

##### (介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算（Ⅰ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	入居継続支援加算（Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算（Ⅰ）	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	ADL 維持等加算（Ⅰ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL 維持等加算（Ⅱ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算（Ⅰ）	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算（Ⅱ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門 ケア加	(Ⅰ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

	算	(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制 強化加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員処遇改善加算	(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
		(Ⅳ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅴ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員等特定処遇 改善加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率)	
	<input type="checkbox"/> 2 なし	: 1	

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他（訪問診療の確保）	
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	医療法人 雄風会 あしもりクリニック
		住所	岡山市北区下足守 1 9 0 0 番地 1
		診療科目	内科、外科、循環器科、呼吸器科 等
		協力内容	訪問診療、職員への助言・指導等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療 機関	1	名称	中田歯科クリニック
		住所	岡山市北区下足守 1 9 1 6 番地 3
		協力内容	訪問診療、職員への助言・指導等
	2	名称	
		住所	

	協力内容	
--	------	--

**(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )	
判断基準の内容		介護・看護状態によって	
手続きの内容		本人・身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

**(入居に関する要件)**

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり <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	・施設の規範を遵守できる方 ・医療機関で急性期治療が必要でない方	
契約の解除の内容	・入居者が自立（非該当）と認定された方 ・入居者が死亡した場合 ・入居者又は施設から解約した場合、等	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、通常の介護方法では防止できない場合、等
	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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり（内容：1泊2日 7,000円 ） <input type="checkbox"/> 2 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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	25	22	3	
介護職員	19	16	2	18.1
看護職員	6	5	1	5.4
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士	1	1		1.0（委託）
調理員	6	6		6.0（委託）
事務員	1	1		1.0
その他職員	2		2	1.1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37.5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	13	12	1
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	6	5	1
理学療法士	1	1	
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 ( 22時 ~ 5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	3人	3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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	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		介護支援専門員、介護福祉士					
				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			1	1	1						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1 年未満	2		3		1					
	1 年以上 3 年未満			5						1	
	3 年以上 5 年未満							1			
	5 年以上 10 年未満			2	1						
	10 年以上	3	1	7	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      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	物価・公共料金の変動、人件費上昇により改定する場合がある
	手続き	運営懇談会で意見を聞く

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

			プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度		要介護1	要介護5
	年齢		85歳	85歳
居室の状況	床面積		13㎡	13㎡
	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	0円
	敷金		0円	0円
月額費用の合計			149,709円	158,464円
家賃			57,000円	57,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		16,485円	24,729円
	介護保険外※2	食費	45,000円	45,000円
		管理費	27,000円	27,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	電気代(1品50円/日)円	電気代(1品50円/日)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	建物の賃貸料、設備備品費、借入利息、等を基礎として1室あたりの家賃を算出した
敷金	なし
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	共用部分の水道光熱費、事務経費、保守管理費、生活サービス費等に係る人件費、等
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用
光熱水費	実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2

その他のサービス利用料	
-------------	--

**(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)**

※特定施設入居者生活介護等の提供を行って いない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	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 方 法	入居後 3 月以内の契約終了
	入居後 3 月を超えた契約終了
前 払 金 の 保 全 先	1 全国有料老人ホーム協会
	2 連帯保証を行う銀行等 (名称： )
	3 信託契約を行う信託会社等 (名称： )
	4 保証保険を行う保険会社 (名称： )
	5 その他 (名称： )

**7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】**

**(入居者の人数)**

性別	男性	1 3 人
	女性	3 4 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	4 人
	85 歳以上	4 3 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人

	要支援 2	0 人
	要介護 1	5 人
	要介護 2	13 人
	要介護 3	10 人
	要介護 4	16 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	18 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	10 人
	1 年以上 5 年未満	15 人
	5 年以上 10 年未満	3 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	91.5 歳
入居者数の合計	47 人
入居率※	94 %
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

**(前年度における退去者の状況)**

退去先別の人数	自宅等	0 人
	社会福祉施設	7 人
	医療機関	9 人
	死亡	19 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		アートライフあしもり 生活相談員									
電話番号		086-295-9550									
対応している時間	平日	8	時	45	分	～	17	時	15	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土日祝日									

窓口の名称		岡山市保健福祉局高齢福祉部高齢者福祉課									
電話番号		086-803-1231									
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土日祝									

(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) 施設賠償責任保険：三井住友海上
	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) 事故対応マニュアルに基づく
	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	令和5年1月31日
		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	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

## 9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 4 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名： ) <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「7.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		

「８.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	なし
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添１（別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

介護サービスの種類			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	あおぞらホームヘルパーステーション	岡山市北区高松原古才563-3
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム高松	岡山市北区高松原古才720-3
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	あおぞらホームヘルパーステーション	岡山市北区高松原古才563-3
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<地域密着型介護予防サービス>					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム高松	岡山市北区高松原古才720-3
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		

<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

※ 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。

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）			備 考	
			包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			
おむつ代			なし	あり	○		自己負担(種類によって異なる)、持ち込みも可
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			
特浴介助	なし	あり	なし	あり			
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			
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			週1回以上は実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	2,500 円	週1回実施 ※左記金額表示は月額
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		クリーニング業者対応又は家族対応
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			必要に応じて実施
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			食費に含み提供
理美容師による理美容サービス			なし	あり		2,300 円	理美容業者対応 ※左記金額表示はカットの場合
買い物代行	なし	あり	なし	あり			
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			
金銭・貯金管理			なし	あり			
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			年1回以上、自己負担
健康相談	なし	あり	なし	あり			適宜、実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			適宜、実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり			適宜、実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			適宜、実施
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	なし	あり			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			