

特定施設入居者生活介護重要事項説明書

記入年月日	令和2年6月30日
記入者名	皆見 貞一
所属・職名	トラストガーデン四條烏丸 支配人

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) とらすとがーでんかぶしきがいしや トラストガーデン株式会社	
主たる事務所の所在地	〒151-0053 東京都渋谷区代々木四丁目 24 番 6 号	
連絡先	電話番号	03-5354-6081
	FAX番号	03-5354-6085
	ホームページアドレス	https://www.trustgarden.jp/
代表者	氏名	伏見 有貴
	職名	代表取締役
設立年月日	平成19年 8月 6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) とらすとがーでんしじょうからすま トラストガーデン四條烏丸	
所在地	〒600-8435 京都市下京区松原通新町東入中野之町173番地の1	
主な利用交通手段	最寄駅	京都市営地下鉄烏丸線 五条駅・四條駅
	交通手段と所要時間	京都市営地下鉄烏丸線 五条駅 徒歩6分(約0.4km) 四條駅 徒歩7分(約0.5km)
連絡先	電話番号	075-352-0730

	FAX番号	075-352-0735
	ホームページアドレス	www.trustgarden.jp/shijokarasuma
管理者	氏名	皆見 貞一
	職名	支配人
建物の竣工日		平成30年2月5日
有料老人ホーム事業の開始日		平成30年3月1日

(類型)【表示事項】

<p>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）</p> <p>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）</p> <p>3 住宅型</p> <p>4 健康型</p>		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	2670400965
	指定した自治体名	京都市
	事業所の指定日	平成 30 年 3 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 36 年 2 月 29 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	725.52 m ²	
	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	
		抵当権の有無	① あり 2 なし
		契約期間	① あり (平成30年2月5日～平成60年2月4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	2,989.42 m ²
		うち、老人ホーム部分	2,989.42 m ²
	耐火構造	① 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()	
	構造	① 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	

		② 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	① あり 2 なし			
		契約期間	① あり (平成 30 年 2 月 5 日～平成 60 年 2 月 4 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】	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※
	Aタイプ	① 有/無	有/① 無	20.19 m ²	6	介護居室個室
	Bタイプ	① 有/無	有/① 無	20.40 m ²	43	介護居室個室
	Cタイプ	① 有/無	有/① 無	24.14 m ²	3	介護居室個室
	Dタイプ	① 有/無	有/① 無	40.80 m ²	1	介護居室個室
	Eタイプ	① 有/無	有/① 無	44.54 m ²	1	介護居室個室
※「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	8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	6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	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
その他		

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・生活の質を高めるサポート ・2:1以上の介護・安心の24時間看護体制 ・我が家のような、安らぎと快適
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・お一人おひとりの尊厳を大切に、感動と自然な笑顔があふれるホームの暮らしを実現します。 ・「24時間安心」を守るために、スタッフ一丸となって心のこもったサービスを提供します。 ・ご入居者の思想を尊重したサービスだけでなく、ゆとりあるプライベート空間を提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 ② 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	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	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり ② なし
	生活機能向上連携加算	1 あり ② なし
	個別機能訓練加算	① あり 2 なし
	夜間看護体制加算	① あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり ② なし
	医療機関連携加算	① あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	① あり 2 なし

	栄養スクリーニング加算	1 あり ② なし
	退院・退所時連携加算	① あり 2 なし
	看取り介護加算	① あり 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ) 1 あり ② なし (Ⅱ) 1 あり ② なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ ① あり 2 なし
		(Ⅰ)ロ 1 あり ② なし
		(Ⅱ) 1 あり ② なし
		(Ⅲ) 1 あり ② なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	① あり	(介護・看護職員の配置率) 2 : 1
	2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人理智会 たなか往診クリニック
		住所	京都市上京区一条通御前西入大東町 90
		診療科目	神経内科・呼吸器内科・循環器内科・老年内科
		協力内容	(1) 外来診療 (2) 往診による診療 (3) 24時間のオンコール対応と緊急時の職員への助言
	2	名称	医療法人祥風会 烏丸五条みどりクリニック
		住所	京都市下京区諏訪町通松原下る弁財天町 328 番地ガッ青雲 1 階
		診療科目	内科・精神科
		協力内容	(1) 外来診療 (2) 往診による診療 (3) 24時間のオンコール対応と緊急時の職員への助言
	3	名称	医療法人財団 康生会 武田病院
		住所	京都市下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町 841-5
		診療科目	歯科を除く全科
		協力内容	(1) 外来診療 (2) 健康指導、医療相談業務 (3) 入院診療(救急医療も含む)
協力歯科医療機関	名称	医療法人 桜樹会 さくらぎ桂駅前歯科	

	住所	京都府京都市西京区桂巽町 138 番地 1 グランパリエ桂 1F
	協力内容	訪問歯科診療業務

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 ③ その他 (居室変更)		
判断基準の内容	事業者は、入居者の日常生活の維持及びホーム運営上、特に支障があり、特別な配慮が必要であると認められた場合には、入居者の居室を変更することがあるものとします。		
手続きの内容	事業者は、前項の居室変更の判断に際しては、次に掲げる手続きをとるものとします。 ① 緊急止むを得ない場合を除いて一定の期間観察するものとします。 ② 事業者の指定する医師の意見を聴くものとします。 ③ 入居者及びその身元引受人等の同意を得るものとします。		
追加的費用の有無	居室タイプが同タイプの場合：なし 居室タイプが異なる場合：あり		
居室利用権の取扱い	居室変更前居室の利用権は消失し、居室変更後居室の利用権に移行します。		
前払金償却の調整の有無	居室タイプが同タイプの場合：なし 居室タイプが異なる場合：あり		
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	居室タイプが同タイプの場合：なし 居室タイプが異なる場合：あり	
	便所の変更	1 あり ② なし	
	浴室の変更	1 あり ② なし	
	洗面所の変更	1 あり ② なし	
	台所の変更	1 あり ② なし	
	その他の変更	① あり	(変更内容) D タイプ・E タイプ居室とそれ以外の居室との居室変更の場合、シャワールーム及び台所の有無の変更あり
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり ② なし
	要支援の者	1 あり ② なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項	概ね 65 歳以上の方・常時医療機関等において治療を必要としない方・著しい自傷他害の恐れがない方・複数入居者による共同生活を営むことに概ね支障がない方・入居契約に定めることを承諾し、事業者の運営方針に賛同	

	できる方
契約の解除の内容	<p>【入居者からの契約解除】</p> <p>1 入居者は、事業者に対して、少なくとも 30 日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届けを事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届けを提出しないで居室を退去した場合は、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から 30 日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p>
事業主体から解約を求める場合	<p>【事業者からの契約解除】</p> <p>1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来に渡って維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月額利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞するとき</p> <p>三 別途定める有料老人ホーム入居契約書（禁止又は制限される行為）の規程に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者又は従業員に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規程に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の通告について 90 日間の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通知に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告にともなう予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先が無い場合には入居者や身元引受人等、その他関係者、関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 第 1 項第四号によって契約解除をする場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います</p>

		一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく
	解約予告期間	90 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	① あり 利用期間：原則 7 泊 8 日 利用料金：1 泊 16,500 円（宿泊代・食事代・介護サービス料・消費税込み） 必要書類：体験入居申込書・診療情報提供書・介護保険証コピー 2 なし	
入居定員	56 人	
その他	なし	

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		0.9
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員	36	27	8	30.3
介護職員	27	21	6	25.8
看護職員	9	6	2	6.0
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	3	3		1.6
栄養士				
調理員				委託
事務員	2	1	1	2.0
その他職員	1	1		1.0
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※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	20	15	5
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	5	4	1
介護支援専門員	0	0	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			
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 (16時30分～9時30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	2.5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】 2 : 1 以上	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料	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								
	資格等の名称		介護支援専門員								
	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	3	0	9	1	0	0	2	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	1	2	8	3	0	0	1	0	1	0	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	3年以上 5年未満	0	0	8	6	0	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	1	8	0	1	1	0	0	0	
	10年以上	6	1	4	0	0	0	1	0	2	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〔管理費・厨房管理費は減額なし〕 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金の改定	条件
	手続き
<p>1. 事業者は、入居契約書第25条、第26条に定める入居金及び第27条に定める月額費用及び使用料等を改定することがあるものとします。</p> <p>2. 事業者は、前項の改定に際して、ホーム所在地の自治体が発表する消費者物価指数、人件費等、関連法令等の改正及び運営懇談会の意見を勘案するものとします。</p> <p>3. 本条第1項の改定に際して、事業者は入居者及び身元引受人に対して、事前に通知するものとします。</p>	

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

		長期プラン	月払いプラン	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護3	
	年齢	85～89歳	85～89歳	
居室の状況	床面積	20.40㎡	20.40㎡	
	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	15,000,000円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		295,136円	545,136円	
家賃		円	250,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	21,036円	21,036円	
	介護保険外※ ²	食費	76,100円	76,100円
		管理費	110,000円	110,000円
		介護費用	88,000円	88,000円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
その他	実費	実費		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。要介護3 1割負担の場合</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	1㎡当りの月額単価 12,500 円×居室面積
敷金	なし
介護費用	週 40 時間換算で、要介護者 2 名に対して常勤換算 1 名以上の看護・介護職員を配置することによって発生する、介護保険給付による収入だけでは補えない介護費用加算額 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に係る人件費、水光熱費他
食費	食材費 1,620 円/日(朝食 432 円、昼食 648 円、夕食 540 円)×30 日で積算 ・欠食は 3 日前までに申出下さい ・3 日前以降にキャンセルした場合は上記料金をご負担いただきます。 厨房管理費 27,500 円(厨房の人件費・維持管理費) 2 人の場合は 2 倍となります。
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	実費

(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	介護報酬告示額の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)	・週 40 時間換算で、要介護者 2 名に対して常勤換算 1 名以上の職員体制を取っています。 ・この料金は、合理的な積算根拠に基づいて算出されており、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当されるものです。 自立・要支援の場合は上乘せ介護費は非該当となり、緊急時対応、健康管理サービス、入退院時、入居時のサービスに係る人件費、居室清掃、居室管理サービスなどの介護サービス等の一覧表に基づくサービスを提供する為の人件費として別途自立支援費 77,000 円(1 名/月)がかかります。
※ 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	1 m ² 当りの月額単価 12,500 円×居室面積×想定居住期間
想定居住期間（償却年月数）	90 歳以上 48 ヶ月 85～89 歳 60 ヶ月 80～84 歳 72 ヶ月 75～79 歳 84 ヶ月 75 歳未満 96 ヶ月
償却の開始日	契約開始日
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）	なし
初期償却率	0%
返還金の算定方法	<p>入居後 3 月以内の契約終了</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 3 ヶ月以内短期解約特例 <p>入居日から起算して 3 ヶ月以内において、入居契約書第 29 条第①号、第 30 条又は第 31 条により契約が終了した場合は、本契約第 37 条の規定にかかわらず、以下の方法で返還金を算出します。</p> <p>a=受領済みの入居金 b=居室明け渡し日までの目的施設の 1 日当たりの利用料 c=第 35 条に定める原状回復費用 返還金=a-(b×利用日数)-c 居室の明け渡し日後 90 日以内に無利息で返還することとします。</p>
	<p>入居後 3 月を超えた契約終了</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入居金償却期間内の場合 <p>(1) 月次償却=入居金÷入居金償却期間(月数)(小数点以下切捨て) 月次償却日割分=月次償却÷30(小数点以下切捨て)</p> <p>(2) 端数精算金=入居金-月次償却×入居金償却期間(月数)</p> <p>※ 端数精算金は、償却開始月に充当するものとします。</p>

	15年以上	0人
--	-------	----

(入居者の属性)

平均年齢	88.9歳
入居者数の合計	52人
入居率*	93%
※ 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を含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	2人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	2人
	死亡者	4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		① トラストガーデン株式会社 渉外部 ② 京都府国民健康保険団体連合会 ③ 下京区役所保健福祉センター 健康福祉部健康長寿推進課
電話番号		① 03-5354-6081 ② 075-354-9011 ③ 075-371-7228
対応している時間	平日	① 9:00~18:00 ② 8:30~17:00 ③ 9:00~18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		②③ 土曜・日曜・祝日

(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	(その内容) 賠償責任保険（損保ジャパン日本興亜株式会社） 入居契約書、管理規程並びに特定施設入居者生活介護利用契約書に基づくサービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、不可抗力による場合を除き速やかに損害を賠償します。但し、入居者に過失がある場合には賠償額を減じ、または損害賠償を行わないことがあります。
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① あり	(その内容) ・京都市および入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。 ・事故の状況および事故に際してとった処置について記録します。 ・損害賠償すべき事故が発生した場合には、入居者に対しての損害賠償を速やかに行います。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	① あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 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	1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付

	3 公開していない
事業収支計画書	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 2回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名 :) ② なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	① あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり ② なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり ② なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導	なし	

指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※_____様

説明年月日 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 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
訪問入浴介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
訪問看護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
訪問リハビリテーション	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
居宅療養管理指導	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
通所介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
通所リハビリテーション	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
短期入所生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
短期入所療養介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
福祉用具貸与	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
特定福祉用具販売	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
<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 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
夜間対応型訪問介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
認知症対応型通所介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
小規模多機能型居宅介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
認知症対応型共同生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
看護小規模多機能型居宅介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
居宅介護支援	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防訪問入浴介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防訪問看護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防訪問リハビリテーション	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防居宅療養管理指導	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防通所介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防通所リハビリテーション	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防短期入所生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防短期入所療養介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防福祉用具貸与	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
特定介護予防福祉用具販売	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
<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 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防支援	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
<介護保険施設>		
介護老人福祉施設	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護老人保健施設	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護療養型医療施設	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
介護医療院	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	

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	○			保険給付+上乗せ介護費 必要に応じ見守り又は介助
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			保険給付+上乗せ介護費 必要に応じ誘導、見守り又は介助 必要に応じ適宜交換
おむつ代	/	/	なし	あり		○		実費負担 おむつの種類、サイズ、使用頻度により異なります。料金はおむつ価格一覧表参照
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			保険給付+上乗せ介護費。 週3回
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○			保険給付+上乗せ介護費。週3回
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	○			保険給付+上乗せ介護費 必要に応じ見守り又は介助
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○			保険給付 計画に基づき実施
通院介助	なし	あり	なし	あり	○			保険給付+上乗せ介護費 協力医療機関:随時 付添いは有料サービス:1時間/スタッフ1名につき2,200円(交通費実費)
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			週2回
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			週1回。週2回以上は有料サービス330円/回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ随時。クリーニング代は実費
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ随時。本人希望時は有料サービス:330円/回 別途、ご相談
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				15:00~15:30 昼食代を含む(但しおやつのみは1食100円)
理美容師による理美容サービス	/	/	なし	あり		○		実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			通常の利用区域:週1回指定日 上記以外の区域は有料サービス:1時間/スタッフ1名につき2,200円(交通費実費)
役所手続き代行 金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	○			立替金制
健康管理サービス								
定期健康診断	/	/	なし	あり	○			年2回
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			随時
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			随時
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			随時
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○			随時
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり	○			随時
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○			協力医療機関:随時 有料サービス:1時間/スタッフ1名につき2,200円(交通費実費)
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○			週1回程度 上記以外は有料サービス:1時間/スタッフ1名につき2,200円(交通費実費)
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○			週1回程度

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わります。

※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。