

重要事項説明書

記入年月日	令和元年9月27日
記入者名	上野 絵理
所属・職名	管理者

※ 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 <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ いわてあいりんかい 株式会社 いわて愛隣会	
主たる事務所の所在地	〒028-3614 岩手県紫波郡矢巾町又兵エ新田第7地割2 1 2 番地 1	
連絡先	電話番号	019-611-2311
	FAX番号	019-611-2312
	メールアドレス	info@i-airinkai.co.jp
	ホームページアドレス	http:// i-airinkai.co.jp
代表者	氏名	吉田 壽徳
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 20年 11月 20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) えいじんぐほーむ けんじゅあん エイジングホーム 健寿庵
----	--

所在地	〒020-0051 岩手県盛岡市下太田沢田22番地15	
主な利用交通手段	最寄駅	盛岡駅
	交通手段と所要時間	① J R 東北本線 盛岡駅より徒歩20分 ② 岩手県交通バス こずかたの郷前バス停より徒歩3分
連絡先	電話番号	019-656-7771
	FAX番号	019-656-7772
	メールアドレス	kenjuan@i-airinkai.co.jp
	ホームページアドレス	http://i-airinkai.co.jp
管理者	氏名	上野 絵理
	職名	管理者兼計画作成担当者
建物の竣工日		昭和・平成 29年 4月 26日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 29年 6月 1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	370106684
	指定した自治体名	盛岡市
	事業所の指定日	平成 29年 6月 1日
	指定の更新日（直近）	平成 29年 6月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,849.02㎡	
	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29年5月10日～平成53年5月9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	1,149.09㎡
		うち、老人ホーム部分	1,149.09㎡

	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 鉄筋造 <input type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃貸する建物				
抵当権の設定		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
契約期間		<input type="checkbox"/> 1 あり (平成29年5月10日～平成53年5月9日) 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最小	1 人部屋			
			最大	2 人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.21 m ²	26室	一般居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	23.67 m ²	1室	一般居室相部屋
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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	2 ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2 ヶ所		
	共用浴室	3 ヶ所	個室	3 ヶ所		
			大浴場	0 ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1 ヶ所	チェアー浴	1 ヶ所		
			リフト浴	0 ヶ所		
			ストレッチャー浴	0 ヶ所		
その他 ()			ヶ所			
食堂	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					

	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	
			2 あり (ストレッチャー対応)	
			3 あり (上記1・2に該当しない)	
			4 なし	
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	自動火災報知機	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
その他	エントランスホール、事務室、食堂 (機能訓練兼用)、リフト付き浴槽、地域談話室兼応接室、埋美容室 (兼宿直室、洗濯・汚物室、談話コーナー、小上がり和室等)			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>1) 心身機能の低下・認知症・高齢の為に独立して生活を送ることに不安があり、ご家族の援助が困難な方々が安心して生活できるよう高齢者に対し、サービス計画をもとに介護・看護職員などにより日常生活上の支援や機能訓練等必要な介護サービスおよび生活支援サービスを行います。</p> <p>2) 入居時又は入居後に要介護認定を受けた入居者の方々の医療や歯科・調剤機関や介護サービス事業所と地域連携を図り、心身状況に応じた適切なサービスが受けられるように努めます。</p> <p>3) 入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ち、サービス提供に努めます。</p> <p>4) 身体機能低下の方々に、自火報・防災設備などの設備や避難訓練等により安全・安心な生活確保に努めます。</p> <p>5) その他老人福祉法、介護保険法などの関係法令の定めに従い運営を図ります。</p>			
サービスの提供内容に関する特色	<p>地域の中で、ご利用者様はじめご家族様へのおもてなしの心と共に「住み慣れた地域で、心の温もりを感じ、安全で安心な暮らし」をご提供させていただきます。暖かい木の温もり溢れる室内と、屋外には季節に応じた花々が溢れた花壇と菜園にて野菜や果物などを栽培し、花や緑に常に触れられる環境となっております。日頃より様々なイベントを通して地域住民の方々とも交流を持ちながら、明るく笑いの絶えない空間となっております。</p>			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
ケア加算	(Ⅱ)	1 あり	2 なし

	サービス提供体制強化加算	(I) イ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(I) ロ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり	<input checked="" 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) : 1		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	社団医療法人 赤坂病院	
		住所	岩手県盛岡市名須川町29-2	
		診療科目	内科・外科・歯科・泌尿器科・皮膚科	
		協力内容	健康診断、定期往診・健康相談等	
	2	名称	大澤脳神経・内科・歯科クリニック	
		住所	岩手県盛岡市茶畑2丁目8-3	
		診療科目	神経内科、脳神経外科、歯科	
		協力内容	健康管理、医療相談等	
協力歯科医療機関		名称	きたがわ歯科クリニック	
		住所	岩手県盛岡市長田町1-5 カシオペアⅢ102	
		協力内容	訪問歯科、歯科検診等	

(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		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ()		
判断基準の内容				
手続きの内容				
追加的費用の有無		1 あり	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	2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	2 なし	
	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)	
		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	<ul style="list-style-type: none"> ・概ね60歳以上の方。 ・一人での生活が困難、または家族等の援助が困難な要介護者。 ・入居利用による共同生活を営むに概ね支障のない方、自傷他害の恐れのない方。 ・反社会的勢力に該当しない方。 ・永久的に医師の治療を必要としない方。 ・身元引受人を一人以上定めることとし、本契約に基づく一切の債務履行について連帯として保証するものとする。 ・本契約に定めることの承諾と管理規定の理解と運営方針に賛同できる方。 				
契約の解除の内容	建物賃貸借契約書第16条参照				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	建物賃貸借契約書第18条			
	解約予告期間	3 ヶ月			
入居者からの解約予告期間	3 ヶ月				
体験入所の内容	<p>1 あり (内容：空室時のみ対応可。1泊3,000円。(食費別途)) 7泊8日までの契約となります。宿泊費・介護費・管理費・光熱水費が含まれます。介護保険の適用外サービスとなります。</p> <p>2 なし</p>				
入居定員	28				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名		1.0
生活相談員		1名		1.0
直接処遇職員				
介護職員		7名	1名	6.8
看護職員		1名	0名	1.0
機能訓練指導員			1名	0.5
計画作成担当者		1名		1.0
栄養士		1名		1.0
調理員		1名	1名	1.5
事務員				0.0
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2}				40.0

※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従事者の人数を常勤の従事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		3名	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者		3名	1名
介護支援専門員		1名	

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
あん摩マッサージ指圧師			1名
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 ~ 9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	1 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2 : 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						
	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		2	1	1			1		
前年度1年間の退職者数	1	1	1	1	1			1		
応業 じ務 たに 職従 員事 のし 人た 数経 験 年 数 に	1年未満		1		1			1		
	1年以上			4						
	3年未満									
	3年以上	1								
	5年未満									
	5年以上									
	10年以上			2						
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	土地又は建物に対する
	手続き	

(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3	要介護5	
	年齢	80 歳	80 歳	
居室の状況	床面積	18.21 m ²	27.32 m ²	
	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	150,000 円	165,000 円	
月額費用の合計		168,040 円	187,000 円	
家賃		50,000 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	20,040 円	24,000 円	
	※2 介護保険外	食費	46,500 円	46,500 円
		管理費	26,500 円	26,500 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	25,000 円	35,000 円
	その他	0 円	0 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	建物の賃借料を勘案し、近傍同種と整合を図ったものとする。
敷金	家賃の 3 ヶ月分
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	維持管理費、事務管理費
食費	1日3食を提供するための費用
光熱水費	居室の水道・光熱費用
利用者の個別的な選択によるサービス利用	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	厚生労働省告示による介護報酬による。
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 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称： _____）	

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】**(入居者の人数)**

性別	男性	5	人
	女性	15	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	16	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援1	0	人
	要支援2	3	人
	要介護1	3	人
	要介護2	7	人
	要介護3	3	人
	要介護4	3	人
	要介護5	1	人
入居期間別	6ヶ月未満	3	人
	6ヶ月以上1年未満	4	人
	1年以上5年未満	13	人
	5年以上10年未満	0	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		歳
入居者数の合計		人
入居率 [※]		%
※ 入居者数の合計を入居定員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	2	人
	医療機関	4	人
	死亡者	0	人
	その他	1	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	エイジングホーム健寿庵 お客様相談室	
電話番号	019-656-7771	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日	なし (年中無休)	

(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) 事業包括補償保険 (東京海上火災保険(株))
	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よる
	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、意見等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	お客様アンケートの実施：年1回
		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	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 1 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	
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 平成 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 事業主体が盛岡市内で実施する他の介護サービス一覧表

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		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	デイサービスこずかたの郷 デイサービスこずかたの家	盛岡市下太田沢田23-3 盛岡市下太田沢田23-2
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜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＞				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜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		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	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	
	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			
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		○	
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			※指定医療機関、近隣医療機関に限ります。
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			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			100円~/回 ※部屋食（緊急・病状により費用発生なし）
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	ソフト食50円
おやつ			なし	あり		○	50円 ※昼食（600円）に含まれています。
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		○	500円 ※近隣店舗に限ります。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	実費
金銭・貯金管理			なし	あり	○		※管理サービス費に含まれています。
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			※年1回。
健康相談	なし	あり	なし	あり			※月1回。
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			
服薬支援	なし	あり	なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			
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		○	1,000円 ※30分単位での金額です。
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	1,000円 ※30分単位での金額です。
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			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料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。