

重要事項説明書

記入年月日	令和 2年 8月 1日
記入者名	豊田 佳弘
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	<input type="checkbox"/> 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 えめらどのかさと 株式会社 エメラルドの郷	
主たる事務所の所在地	〒 542 - 0063 大阪府中央区東平二丁目1番6号ネクストライフビル	
連絡先	電話番号	06-6763-2113
	FAX番号	06-6767-7557
	メールアドレス	https://emerald-sato.jp/
代表者	氏名	関 隆彦
	職名	代表取締役
設立年月日	平成・令和 17年 11月 25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) らいふぱーとなーあんぎょうりょうねぎし ライフパートナー安行領根岸	
所在地	〒 333 - 0834 埼玉県川口市安行領根岸500番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR東浦和 駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 最寄駅から国際興業バスで乗車15分 ・小谷島停留所で下車、徒歩0分 ②自動車利用の場合 ・外環道 岸川中学交差点前
連絡先	電話番号	048-423-6425
	FAX番号	048-423-6426
	メールアドレス	
管理者	氏名	豊田 佳弘
	職名	施設長
建物の竣工日	平成・令和 28年 4月 15日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成・令和 28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 checked="" 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	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	平成・令和 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成・令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,455.00 m ²	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> あり (年 月 日～ 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> なし
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
建物	延床面積	全体	1,565.42 m ²
		うち、老人ホーム部分	m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> その他()	
	構造	<input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造	
		<input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造	
		<input type="checkbox"/> 木造	
		<input type="checkbox"/> その他()	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物	
<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物			
抵当権の有無		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成28年 5月 1日～平成58年 4月 30日) <input type="checkbox"/> なし	
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

居室の状況	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 全室個室						
	【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.12 m ²	39	一般居室個室		
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.96 m ²	10	一般居室個室		
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					
※ 「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			0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房			2ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室			2ヶ所		
			大浴場			0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴			0ヶ所		
			リフト浴			0ヶ所		
			ストレッチャー浴			0ヶ所		
			その他 ()			0ヶ所		
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし							
エレベーター	<input type="checkbox"/> 車椅子対応 <input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー対応 <input type="checkbox"/> 上記以外 <input type="checkbox"/> なし							
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	施設に係る初期費用を抑え 誰もが安価な価格え安心して暮らせる施設を運営していく。
サービスの提供内容に関する特色	入居者様第一主義にて 満足して頂くよう努めています。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(Ⅰ)ロ		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(Ⅱ)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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"/> あり (介護・看護職員の配置率 : 1)		
	<input type="checkbox"/> なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※ 複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人 社団大成会 武南病院・付属クリニック
		住所	埼玉県川口市東本郷2026番地
		診療科目	内科 消化器科 脳神経外科 泌尿器科
		協力内容	月2回の定期往診 緊急時の診察及び指示 年2回健康診断
	2	名称	医療法人社団 白報会 わぐち在宅診療所
		住所	埼玉県川口市栄町3-10-3 みどりビルディング5階
		診療科目	内科 眼科 皮膚科 精神科
		協力内容	月2回の定期往診 緊急時の診察及び指示
協力歯科医療機関	名称	往診歯科医院	
	住所	東京都練馬区大泉学園町1-32-21	
	協力内容	週1回の定期往診	

(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	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 ()	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項		
契約の解除の内容	入居契約書第28条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第28条による
	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"/> あり (内容 : 1泊2日6,000円(食費・光熱費込)空室がある場合のみ最大 1 週間程度ベッド使用时マット洗淨代として別途3,000円) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	49 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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	4	4	14	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2		2	
その他職員	6		6	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				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			
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			
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間(19 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	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 (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】 ※ 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	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 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
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし									
	業務に係る資格等	<input type="checkbox"/> あり (資格等の名称 :)									
		<input checked="" type="checkbox"/> 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											
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した職員の人数 経験年数	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
10年以上											
従業者の健康診断の実施状況			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 利用権方式 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<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 checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 選択方式 ※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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 減額なし <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 不在期間が 10 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	消費税改定時及び公共料金/著しく高騰した場合	
	手続き	運営懇談会にて利用者様、家族様、関係各所に説明	

(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		
	年齢	67 歳	歳	
居室の状況	床面積	13.12 m ²	m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	浴室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	台所	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	180,000 円	円	
月額費用の合計		145,000 円	円	
家賃		60,000 円	円	
サービス費用 ※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護保険外	食費	45,000 円	円
		管理費	20,000 円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	20,000 円	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	近隣施設の相場に基づき算定
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	事務手数料、人件費を考慮して
食費	1ヶ月喫食の場合 朝食300円 昼食600円 夕食600円 1日3食1,500円1ヶ月45,000円 (参考価格・税別) 軽減税率(8%)の対象となる飲食料品の提供は、上記「朝食・昼食・夕食」とする。
光熱水費	実績見込み額により算出
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 人件費、消耗品等に基づき算定
その他のサービス利用料	ふとんリース料により算定

※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。

(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	
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)	

※ 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	入居日の翌日
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	<input type="checkbox"/> 連帯保証を行う銀行等 名称:
	<input type="checkbox"/> 信託契約を行う信託会社等 名称:
	<input type="checkbox"/> 保証保険を行う保険会社 名称:
	<input type="checkbox"/> 全国有料老人ホーム協会
	<input type="checkbox"/> 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	19	人
	女性	24	人
年齢別	65歳未満	2	人
	65歳以上75歳未満	8	人
	75歳以上85歳未満	22	人
	85歳以上	11	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	8	人
	要介護2	16	人
	要介護3	12	人
	要介護4	4	人
	要介護5	3	人
入居期間別	6ヶ月未満	8	人
	6ヶ月以上1年未満	4	人
	1年以上5年未満	31	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	79.5	歳
入居者数の合計	43	人
入居率※	87.8%	

※ 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		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡者		人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出		人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出		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		株式会社エメラルドの郷
電話番号		06-6763-2113
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜 日曜 祝日
窓口の名称		川口市 福祉部 介護保険課
電話番号		048-259-7293
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜 日曜 祝日12/29~1/3
窓口の名称		
電話番号		
対応している時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(内容) 三井住友海上賠償責任保険 福祉事業者総合賠償責任保険
	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	(内容) 直ちに救急要請等を行います。 その後、入居者の身元引受人及び行政機関へ報告し、必要な処置を講じます。
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり	実施日	平成・令和	年	月	日
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	平成・令和	年	月	日
		評価機関名称				
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 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 1 回
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: 提携ホーム名: ライフパートナー川口) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
合致しない事項がある 場合の内容	居室の有効面積について、39室が指針基準未満となっている。 (指針基準13.20㎡以上、不適合の居室13.12㎡)	
「6.既存建築物等の 活用の場合等の特例」 への適合性	<input type="checkbox"/> 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
不適合事項がある場合 の内容	居室の有効面積について、39室が指針基準未満となっている。 (指針基準13.20㎡以上、不適合の居室13.12㎡)	

添付書類：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）
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）

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	訪問介護事業所すみれ	川口市安行領根岸500番1
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	デイサービスベルフラワー	川口市安行領根岸500番1
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ケアプランセンターすみれ	川口市安行領根岸500番1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
介護予防訪問介護相当サービス	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問型基準緩和サービス	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所介護相当サービス	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所型基準緩和サービス	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護医療院	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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					<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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)		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
介護サービス								
食事介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
おむつ代			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入浴(一般浴)介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
身辺介助(移動・着替え等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
通院介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1,000円/時間	半径10キロ圏内とする
生活サービス								
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
おやつ			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
理美容師による理美容サービス			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2000円/回	
買い物代行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1000円/回	半径1キロ以内とする
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1000円/時間	管轄の役所に限る
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	年2回
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	年2回
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1,000円/時間	
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1,000円/回	
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				

※1 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割~3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となる場合、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。