

重要事項説明書

記入年月日	2020年7月1日
記入者名	加藤 卓
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 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) あずまけあさーびす (か) あずまケアサービス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒960-8252 福島県福島市御山字稲荷田38-2	
連絡先	電話番号	024-525-3078
	FAX番号	024-525-3058
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	上川 敏文
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 29年 2月 8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 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) あいらのもり ふくしまおやま あいらの杜 福島御山
----	-------------------------------------

所在地	〒960-8252 福島県福島市御山字稲荷田38-2他	
主な利用交通手段	最寄駅	JR福島駅
	交通手段と所要時間	御山中屋敷バス停から徒歩3分
連絡先	電話番号	024-525-3117
	FAX番号	024-525-3118
	ホームページアドレス	http://www.halenosumai.jp
	メールアドレス	fukushima-02@azuma-cs.co.jp
管理者	氏名	加藤 卓
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 30年 2月28日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30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		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所福島市指定 第0770105385号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所福島市指定 第0770105385号
	指定した自治体名	福島県 (市)
	事業所の指定日	平成30年 4月 1日
	指定の更新日 (直近)	

3. 建物概要 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

土地	敷地面積	1,152.32㎡	
	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3月1日～令和25年8月31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		1,876.74 m ²		
		うち、老人ホーム部分		1,876.74 m ²		
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (階建て) <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造 (3階建て) 3 木造 (階建て) 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成30年 3月 1日～令和25年 8月 31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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	50	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	m ²		
	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		うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
	便房	3ヶ所	うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室	5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	ヶ所	
			その他（機械浴）	1ヶ所	
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
入居者や家族が利用 できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 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
	自動火災報知設備	<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					

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<p>高齢者にとって住み慣れた地域で「医療と介護と住まいの一体化（三位一体）」が実現している安心・安全な終の棲家としての役割を担い、社会と地域に貢献することを目指します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせるホームの実現 地域の幅広いニーズに応えることができる住まいづくりをします。 ・社会資源のネットワークの構築と地域拠点としての環境整備 社会資源を活用し、地域との交流づくりをすることで地域に根差した運営を行います。 ・その人らしくいきいきと自立した生活の支援 自立支援を念頭においた個別かつ適切な介護・看護サービスを受けることができるようにサポート体制を構築していきます。
サービスの提供内容に関する特色	<p>医療機関との医療・介護連携により、専門職による医療ケア・リハビリ・介護のサポート体制を整えています。</p>

入浴、排せつ又は食事の介護	<input 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 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 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 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 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	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	処遇改善加算(I)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(II)		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(III)		<input type="checkbox"/> 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	<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 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 (訪問診療医の確保)	
協力医療機関	1	名称	社会医療法人 福島厚生会 福島第一病院
		住所	福島県福島市北沢又字成出 16 番 2 号
		診療科目	内科、外科、心臓血管外科、整形外科、リウマチ科、歯科
		協力内容	入院支援、受診、治療
	2	名称	社会医療法人 福島厚生会 厚生会クリニック
		住所	福島県福島市鎌田字門丈壇 4 番 1 号

		診療科目	内科、歯科
		協力内容	訪問診療、受診、治療
協力歯科医療機関		名称	社会医療法人 福島厚生会 福島第一病院
		住所	福島県福島市北沢又字成出 16 番 2 号
		協力内容	受診、治療

(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 ()	
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	身元引受人を2名選定する必要があります。	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 入居者、又は事業者から解約した場合	
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・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇では防止できない場合等。
	解約予告期間	3ヶ月

入居者からの解約予告期間	1ヶ月
体験入居の内容	1 あり（内容：期間は3日を限度とし、費用は1日5,000円。 但し、介護費・食費等は実費。） 2 なし
入居定員	50人
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談。

5. 職員体制

※ 有料老人ホームの職員として辞令が発出されている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不要。他事業所との兼務辞令のある職員は「非常勤」に区分する。）

（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	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	20	18	2	18.1
介護職員	16	16	0	15.6
看護職員	4	2	2	2.5
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				

※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	5	5	0
実務者研修の修了者	1	1	0

初任者研修の修了者	4	4	0
介護支援専門員	2	2	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	3	2	1
理学療法士			
作業療法士	1	1	
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 (21:00~6:00)		
	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 <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)	2.8:1

※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	1	15	3	1		1			
前年度1年間の退職者数	3		14	6			1		1	
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満	1	1	9		1		1		1
	1年以上 3年未満	1	1	5						
	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			1 あり 2 なし						

6. 利用料金 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

(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	<input 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 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 2	要介護 2	
	年齢	85 歳	85 歳	
居室の状況	床面積	18.00 m ²	18.00 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	2,520,000 円	
	敷金	300,000 円	300,000 円	
月額費用の合計		188,750 円	164,750 円	
家賃		66,000 円	42,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	18,060 円	18,060 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	48,600 円	48,600 円
		管理費	33,000 円	33,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	円	円
		電気代	実費	実費
		冷暖房費加算	3,000 円	3,000 円
		水道代	3,300 円	3,300 円
		オゾン脱臭機器使用料	990 円	990 円
その他	都度支払いサービス有	都度支払いサービス有		

※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	当該目的施設の開発費、地代、家賃、修繕費、管理事務費等を含む総費用を、平均的な余命等を勘案して、1室あたりの月額費用を算出。
敷金	家賃の4.5ヶ月相当分

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	事務管理部門の人件費及び事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、目的施設の維持管理費、共用施設等の維持管理費・施設内水道代・ガス代・共用部分電気代・備品・消耗品費・修繕積立金・法定点検費の総費用を勘定し、1室あたりの月額費用を算出。
食費	委託費＋光熱費＋メンテナンス費等を考えての算定。 ・食費は消費税8%を含みます。(軽減税率対象) ・朝食、昼食、夕食の通常食のみ軽減税率の対象となります。 (通常食以外の食事の提供は標準税率となります。) ・1日の食費：朝食500円(うち消費税37円)、昼食560円(うち消費税41円)、夕食560円(うち消費税41円) ・欠食返金額 朝170円 昼215円 夕215円
電気代	実費
冷暖房費加算	共用部分電気代の平均的な増加分を勘案して算定
水道代	居室の平均的な使用量を勘案して算定
オゾン脱臭機器使用料	居室設置機器の平均的な維持管理費を勘案して算定
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	様式第10号のとおり
その他のサービス利用料	
注意事項	NHK受信料は入居者各位とNHK間の個別契約になります。この場合、受信料はホームの利用料には含まれません。

(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、P3・4に記載する加算の利用者負担分
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	厚生労働省の有料老人ホーム設置運営指導指針及び事務連絡で示された算式に基づき算定
想定居住期間(償却年月数)	84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)	504,000円

初期償却率		20%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	前払金－(前払金－初期償却額)÷想定居住月数÷30×(入居日から契約終了までの日数)
	入居後3月を超えた契約終了	(前払金－初期償却額)×(契約終了日から想定居住期間満了日までの日数)÷(入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数)
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	株式会社中国銀行
	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	17人
	女性	31人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	9人
	85歳以上	38人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	2人
	要介護1	9人
	要介護2	14人
	要介護3	9人
	要介護4	8人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	13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	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	88.6歳
入居者数の合計	48人
入居率※	100%
※ 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	1人
	死亡者	11人
	その他	0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	7人
		(解約事由の例) 特養入所の為

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	あいらの杜 福島御山	
電話番号	024-525-3117	
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		
窓口の名称	①福島市 健康福祉部 長寿福祉課 ②福島県 県北保健福祉事務所 高齢者支援チーム ③ 福島県国民健康保険団体連合会 介護保険課	
電話番号	①024-525-7656 ②024-534-4156	

	③ 0 2 4 - 5 2 3 - 2 8 7 1
対応している時間	①・② 8:30~17:15 ③ 9:00~17:00
	-
	-
定休日	土日祝祭日・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) あいおいニッセイ同和損害保険 (株)介護保険・社会福祉事業者総合保険
	<input type="checkbox"/> 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) 事故対応マニュアルに基づく
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 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
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	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指針の不適合事項	1 あり 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類

別添1 事業主体が市内で実施する他の介護サービス

様式第10号 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 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		
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	あいらの杜 福島市役所前	福島県福島市旭町1-30
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	あいらの杜 福島市役所前	福島県福島市旭町1-30
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		

第10号様式（第8条関係） 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	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
	なし	あり	なし	あり	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				1日3回（朝・昼・夕）
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				適宜実施
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		○	30分/1,800円	1週間に2回（3回以上は個別有料サービス）
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	30分/1,800円	1週間に2回（3回以上は個別有料サービス）
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				適宜実施
機能訓練	なし	あり	なし	あり				適宜実施（日常生活リハビリを含む）
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	30分/1,000円	協力医療機関以外は個別有料サービス
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				1週間に1回
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○		リネンリース（4,950円/月）を利用頂けます。（税別）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		クリーニングは外部業者委託
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		○	実費	イベント食等実施した場合、別途費用がかかることがあります。
おやつ			なし	あり		○	実費	イベント食等実施した場合、別途費用がかかることがあります。
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	料金は業者の定めによります。（掲示板等でご案内します。）
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	30分/1,000円	日用品等の購入代金は実費
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2回の受診の機会を提供します。費用は入居者負担です。
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		○	30分/1,000円	連携医療機関以外は個別有料サービス
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	30分/1,800円	連携医療機関以外は個別有料サービス
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。