

**サービス付き高齢者向け住宅  
リアンテ佐野  
重要事項説明書**

**アイバサンケイ株式会社**

## 重要事項説明書

記入年月日	2025年1月17日
記入者名	中内 孝利
所属・職名	代表取締役

## 1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	
名称	(ふりがな) あいばさんけい アイバサンケイ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒327-0003 栃木県佐野市大橋町 3204 番 3	
連絡先	電話番号	0283-25-8721
	FAX 番号	0283-25-8722
	メールアドレス	rientesano@gmail.com
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	中内 孝利
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 29 年 5 月 9 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) りあんてさの リアンテ佐野
----	-------------------------

所在地	〒327-0003 栃木県佐野市大橋町 3204 番 3	
主な利用交通手段	最寄駅	佐野駅
	交通手段と所要時間	①佐野駅より 2.2Km 徒歩 38 分 ②自動車利用の場合 乗車 2 分
連絡先	電話番号	0283-25-8721
	FAX 番号	0283-25-8722
	メールアドレス	rientesano@gmail.com
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	中内 孝利
	職名	代表取締役
建物の竣工日		平成 29 年 3 月 2 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 30 年 3 月 26 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	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1804.67 m <sup>2</sup>	
	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（普通賃借・定期賃借）			
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	1078.98 m <sup>2</sup>

		うち、老人ホーム部分	871.76 m <sup>2</sup>			
	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 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )				
		抵当権の設定	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】	① 全室個室 (縁故者居室を含む)				
		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/無	有/無	18.23 m <sup>2</sup>	26 室	一般居住個室
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
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ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
共用浴室における	0ヶ所	チェア一浴		ヶ所		

	介護浴槽		リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	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	① あり 2 一部あり 3 なし	便所 ① あり 2 一部あり 3 なし	浴室 ① あり 2 一部あり 3 なし
				その他（ ） 1 あり ② 一部あり 3 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>1. 居宅サービス計画に基づき、訪問介護事業所により、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、療養上の世話をを行うことにより、要介護状態になった場合でも、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように援助を行う。</p> <p>2. 明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、密接なサービスの提供に努めるものとする。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>ご利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう努める。</p>

提供するサービスの種類	提供状況及び入居者への提供実績			
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施	2 委託	3 なし	25人
食事の提供	① 自ら実施	2 委託	3 なし	25人
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし	25人
健康管理の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし	25人

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	25人
生活相談サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし	25人

(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	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
※1 「協力医療機関連携加算 (I)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算 (II)」は、「協力医療機関連携加算 (I)」以外に該当する場合を指す。	生活機能向上連携加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	ADL維持等加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	個別機能訓練加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	夜間看護体制加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	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
	協力医療機関連携加算 (※1)	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
口腔衛生管理体制加算 (※2)			1	あり	2	なし
口腔・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
退居時情報提供加算			1	あり	2	なし
	看取り介護加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	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
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
新興感染症等施設療養費			1	あり	2	なし
	生産性向上推進体制加算	(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)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
		(III)	1	あり	2	なし
	介護職員等処遇改善加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
		(III)	1	あり	2	なし

		(Ⅳ)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (1)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (2)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (3)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (4)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (5)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (6)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (7)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (8)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (9)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (10)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (11)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (12)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (13)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ) (14)	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) : 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	県西在宅クリニック館林	
		住所	群馬県館林市新栄町 1933-1			
		診療科目	内科、麻酔科、心臓外科、泌尿器科、精神科			
		協力科目	内科、麻酔科、心臓外科、泌尿器科、精神科			
		協力内容	入所者の病状の急変時等において		①あり 2 なし	
			相談対応を行う体制を常時確保			
		協力内容	診療の求めがあった場合において		①あり 2 なし	
			診療を行う体制を常時確保			
	2	名称	佐野在宅診療所			
		住所	栃木県大橋町 1997-23			
		診療科目	内科、麻酔科、心臓外科、泌尿器科、精神科			
		協力科目	内科、麻酔科、心臓外科、泌尿器科、精神科			

		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	①あり 2 なし
			診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	①あり 2 なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	① あり	医療機関の名称	県西在宅クリニック館林	
		医療機関の住所	群馬県館林市新栄町 1933-1	
	2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称		
		住所		
		協力内容		
	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	
	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
	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	共同生活にご理解をいただける方。自傷他傷の恐れのない方。				

契約の解除の内容	1	甲（貸主）は、乙（借主）が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催促したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。 ① 第4条第1項に規定する賃料の支払い義務 ② 第5条第2項に規定する共益費支払い義務 ③ 第7条第3項に規定する状況把握・生活支援サービス料金支払い義務 ④ 前条第1項後段に規定する費用負担義務
	2	甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催促したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されずに当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。 ① 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務 ② 第9条各項に規定する義務（同条第3項に規定する義務のうち、別表第1第六号から第八号までに掲げる行為に係るものを除く） ③ その他本契約書に規定する乙の義務
	3	甲は、乙が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。
	4	甲又は乙の一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。 ① 第8条各号の確約に反する事実が判明した場合 ② 契約締結後に自ら又は自らの役員が反社会的勢力に該当することとなった場合
	甲は、乙が別表第1第六号から第八号までに掲げる行為を行った場合には何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第29条による
	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： ） ② なし	
入居定員		26人
その他		

## 5. 職員体制

### （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	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	3	3	0	
3	3	0		
0	0	0		
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	2	
事務員	0	0	0	
その他職員	0	0	0	

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ <sup>2</sup>	
※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
介護福祉士	1	1
実務者研修の修了者	0	0
初任者研修の修了者	0	0
介護支援専門員	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	0	0
理学療法士	0	0
作業療法士	0	0
言語聴覚士	0	0
柔道整復士	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0
はり師	0	0
きゅう師	0	0

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 ( 17時 ~ 翌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】	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											
前年度1年間の退職者数											
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				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	2年に1回または経済状況に変化が生じた場合
	手続き	会社の幹部会議により承認を得て、入居者及びご家族に了承を得て実施

### (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1~5		
	年齢	70~94歳	歳	
居室の状況	床面積	18.23㎡	㎡	
	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	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		110,100円	円	
家賃		45,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用		円	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費	48,600円	円
		管理費	円	円
		介護費用	実費	円
		光熱水費	11,000円	円
	その他	5,500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	地域近辺の家賃相場を考慮して算定
敷金	家賃の 0 ヶ月分（ただし生活保護者は家賃の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	
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用 1食 540円
光熱水費	居室、食堂、共同使用においての光熱水費
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	生活支援をする費用

**(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
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	7人
	女性	19人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	15人
	85歳以上	10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	2人
	要介護2	5人
	要介護3	3人
	要介護4	11人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	16人
	5年以上 10年未満	4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	83歳
入居者数の合計	26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	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	1人
	死亡者	8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	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)

窓口の名称		苦情相談担当者
電話番号		0283-25-8721
対応している時間	平日	午前9時00分～午後5時00分
	土曜	午前9時00分～午後5時00分
	日曜・祝日	午前9時00分～午後5時00分
定休日		なし

(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)
	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)
	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
	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 回	
	② なし		
	① 代替措置あり	(内容) 文書による通知	
	2 代替措置なし		
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	① あり 2 なし	
	指針の整備	① あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	① あり 2 なし	
	担当者の配置	① あり 2 なし	
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	① あり 2 なし	
	指針の整備	① あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	① あり 2 なし	
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと		
	1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	1 あり 2 なし
	② なし		

業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	① あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	① あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	① あり 2 なし
	定期的な研修の実施	① あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	① あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	① あり 2 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「6. 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		
「7. 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            年    月    日

説明者署名 \_\_\_\_\_

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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
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	サービスセンター-陽向佐野	佐野市大橋町 3204-3
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>					
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		
地域密着型通所介護	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		
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>					
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		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
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		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>					
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

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）		包含※2	都度※2	料金※3	備 考
	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				緊急時のみ
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				
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				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				緊急時のみ
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				
健康相談	なし	あり	なし	あり				
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				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				緊急時のみ
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～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。