

## 重要事項説明書

記入年月日	2021年10月7日
記入者名	飯井 鮎美
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) かぶしきがいしゃがつけんここふあん 株式会社学研ココファン	
主たる事務所の所在地	〒141-8420 東京都品川区西五反田 2-11-8	
連絡先	電話番号	03-6431-1860
	FAX番号	03-6431-1864
	ホームページアドレス	<a href="http://www.cocofump.co.jp">http://www.cocofump.co.jp</a>
代表者	氏名	森 猛
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成・令和 20年 5月 15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) ここふあんふじみのみなみ ココファンふじみ野南	
所在地	〒356-0057 埼玉県ふじみ野市市沢 1-6-6	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 ふじみ野駅
	交通手段と所要時間	徒歩 6分
連絡先	電話番号	049-257-6501
	FAX番号	049-257-6503
	ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp
管理者	氏名	石井 知美
	職名	事業所長
建物の竣工日		昭和・平成・令和 28年 7月31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 28年 9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	
	指定した自治体名	県 (市)
	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	2745.97 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 (2016年8月1日～2041年7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	1,952.88 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	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 (2016年8月1日～2041年7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	1 全室個室（縁故者居室を含む）	
	【表示事	2 相部屋あり	

項】	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 type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.00 m <sup>2</sup>	6	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	18.90 m <sup>2</sup>	12	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	18.97 m <sup>2</sup>	2	
タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	25.20 m <sup>2</sup>	18	
タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	27.34 m <sup>2</sup>	2	
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	33.00 m <sup>2</sup>	6	
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	33.02 m <sup>2</sup>	4	
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	1ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所	
			大浴場	1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	ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
	食堂	<input 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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input 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	消火器	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし

等	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	多くの高齢者の方が、安心して暮らし続けられるためのサービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	高齢者の尊厳を守り、一人ひとりの心と身体がより良い状態に向かうことを考え行動します。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 3 なし
食事の提供	1 1 自ら実施 2 委託 3 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 1 自ら実施 2 委託 3 3 なし
健康管理の供与	1 1 自ら実施 2 委託 3 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 1 自ら実施 2 委託 3 3 なし
生活相談サービス	1 1 自ら実施 2 委託 3 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	入居継続支援加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし

有無	生活機能向上連携加算	(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	
	A D L維持等加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	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
	口腔・栄養スクリーニング加算			1	あり	2	なし
	科学的介護推進体制加算			1	あり	2	なし
	障害者等支援加算			1	あり	2	なし
	L I F E への登録			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	(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	
	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	あり	2	なし	
	介護職員特定処遇改善加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	短期利用（介護予防）特定施設入居			1	あり	2	なし

	者生活介護の算定	
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	医療法人社団優青会あおぞらクリニック川越
		住所	埼玉県川越市南通町 19-2 レジデンスからもも 307
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	健康医療相談. 救急医療支援
	2	名称	やすぎクリニック
		住所	埼玉県富士見市水子 5053-2
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	健康医療相談. 救急医療支援
協力歯科医療機関	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	1 一時介護室へ移る場合	
※複数選択可	2 介護居室へ移る場合	
	3 その他 ( )	
判断基準の内容	本人・連帯保証人及び身元引受人の希望による	
手続きの内容	従前契約の解約、及び 新契約の締結	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (変更内容)

(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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	60歳以上、事業主体が設定する基準による審査あり	
契約の解除の内容	入居者等に義務不履行があった場合、通知による解除	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	終身建物賃貸借契約 第14条
	解約予告期間	6ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月または6か月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 2泊3日まで) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	67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	0	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	0	0	0	
介護職員	13	7	6	3.6
看護職員	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	8	0	8	
事務員	1	0	1	
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※2				176
※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	7	4	3
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	2	2	0
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			
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 ( 時～ 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、	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	

本欄は省略可能)	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								
			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					7						
前年度1年間の退職者数					3						
業務に従事した経験年数に応じた職員の内数	1年未満										
	1年以上 3年未満				1						
	3年以上 5年未満				3						
	5年以上 10年未満				3						
	10年以上				3						
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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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	一、土地または建物に対する租税その他の負担の増減により賃料が不相当となった場合。二、土地または建物の価格、諸物価の上昇または低下その他の経済事情の変動により賃料が不相当となった場合。三、近傍同種の建物に比較して賃料が不相当となった場合。四、本物件もしくは付帯設備または敷地に改良を施した場合。
	手続き	協議の上、改定を決定する。改定の場合は再契約。

**（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	—	—
	年齢	— 歳	— 歳
居室の状況	床面積	18.0 m <sup>2</sup>	33.0 m <sup>2</sup>
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	— 円	— 円
	敷金	138,000 円	268,000 円
月額費用の合計		131,200 円	190,600 円
家賃		69,000 円	134,000 円
スビ	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	— 円	— 円

介護保険外 ※2	食費	58,710 円	117,420 円
	管理費	39,600 円	48,400 円
	介護費用	— 円	— 円
	光熱水費	22,600 円	8,200 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	近傍家賃相場による
敷金	家賃の 2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	緊急時対応、安否確認、生活支援相談などへの職員対応の人員費として
食費	希望制（朝 577 円・昼 690 円・夕 690 円 3食 30日食べた場合 58,710 円）
光熱水費	建物全体にかかる光熱費から共同利用設備部分で使用する光熱水費を除いた面積按分割合を乗じた額
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	介護保険適用外サービスは、10分 624 円～

**(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	16人
	女性	38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	13人
	85歳以上	40人
要介護度別	自立	10人
	要支援1	2人
	要支援2	7人
	要介護1	10人
	要介護2	8人
	要介護3	12人

	要介護4	3人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	49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	87.0歳
入居者数の合計	54人
入居率※	96%
※ 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	2人
	医療機関	2人
	死亡者	3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	1人
		(解約事由の例) 施設入所及び長期入院、家族との同居

**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		【現地事業所】 事業所長 【本社】 事業本部長 木村祐介 埼玉県福祉部高齢者福祉課
電話番号		【現地事業所】 049-257-6501 【本社】 03-6431-1860 048-824-2111（代表）
対応している時間	平日	9時00分～17時00分 8時30分～17時00分
	土曜	原則窓口は休業日 原則窓口は閉庁日
	日曜・祝日	原則窓口は休業日 原則窓口は閉庁日
定休日		土日、祝日、年末年始休 土日、祝日、12月29日～1月3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）東京海上日動火災株式会社「居宅介護事業者賠償責任保険」に加入。事故が発生し、入居者の生命、体、財産等に損害が生じた場合は、速やかに損害を賠償する。
	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）事実関係を把握し、マニュアルに沿った対応を行う。ご家族への緊急連絡、病院での受信、通院補助、経過観察
	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	



況		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

### 10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: )	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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

する届出	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	
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 平成・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			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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	学研ココファン 三郷中央ヘルパーセンター	埼玉県三郷中央1-27-3
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	デイサービスココファン北本	埼玉県北本市中央2-95
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	学研ココファン ふじみ野	埼玉県ふじみ野市 ふじみ野4-8-13
<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	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		

介護予防支援	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護型医療院	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	学研ココファン 三郷中央ヘルパ ーセンター	埼玉県三郷中央1 -27-3
通所型サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	デイサービスコ コファン北本	埼玉県北本市中 央2-95
その他の生活支援サービス	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	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※ <sup>1</sup> ）		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※ <sup>2</sup>	都度※ <sup>2</sup>	料金※ <sup>3</sup>	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		○	10分 612円		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	同上		
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		○	10分 612円		
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	同上		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	同上		
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 612円	病院内での付き添い等	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	10分 432円		
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	同上		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	同上		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	同上		
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					

おやつ			<input type="checkbox"/> なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	<input type="checkbox"/> あり		○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	10分 432円	近隣スーパー等への買い物
役所手続き代行	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
金銭・貯金管理			<input type="checkbox"/> なし	あり				
<b>健康管理サービス</b>								
定期健康診断			<input type="checkbox"/> なし	あり				
健康相談	なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○		
生活指導・栄養指導	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
<b>入退院時・入院中のサービス</b>								
移送サービス	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	10分 612円	病院内での付き添い等
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	10分 432円	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input type="checkbox"/> 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、2割又は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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。