

重要事項説明書

記入年月日	平成30年4月1日
記入者名	小林 健一
所属・職名	管理者

1. 設置主体の概要

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) かぶしきがいしゃ さんらいふ 株式会社 サンライフ	
主たる事務所の所在地	〒733-0833	
連絡先	電話番号	082-501-3838
	FAX番号	082-501-3833
	ホームページアドレス	http://www.sunlife-gp.co.jp/
代表者	氏名	福田多喜二
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 16年7月6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) さんらいふふじいかわ24じかんさーびす サンライフ藤井川24時間サービス	
所在地	〒722-0212 尾道市美ノ郷町本郷1054-1	
主な利用交通手段	最寄駅	新尾道駅
	交通手段と所要時間	例: ①バス利用の場合 ・木頃本郷停留所より徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・尾道ICから北へ880m 国道184号線に入り尾道・三原55号線を250m先
連絡先	電話番号	0848-48-2723
	FAX番号	0848-48-2735
	ホームページアドレス	http://www.sunlife-gp.co.jp/
管理者	氏名	小林 健一
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・平成 18年9月21日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 18年10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	3471101513
	指定した自治体名	広島県(市)
	事業所の指定日	平成 24年 10月 1日
	指定の更新日(直近)	平成 30年 9月 30日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1486 m ²				
	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	(H18年10月1日~H38年10月1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	1634 m ²			
		うち, 老人ホーム部分	548 m ²			
	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					
	抵当権の設定	1 あり	2 なし			
	契約期間	1 あり	(H18年10月1日 ~H38年10月1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				
		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	14.58 m ²	25室	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.09 m ²	20室	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	6ヶ所				
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6ヶ所				
	共用浴室	4ヶ所	個室	3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	ヶ所				
			リフト浴	ヶ所				
ストレッチャー浴			1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
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			
その他								

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護の提供に当たって、事業所の生活相談員等は、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要介護状態となった場合でも、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援助を行う。		
サービスの情報内容に関する特色	ADLの維持に努め、歩行訓練を含め日常生活における機能訓練を提供する。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2 委託 3 なし
食事の提供	1	自ら実施	2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	2 委託 3 なし
健康管理の供与	1	自ら実施	2 委託 3 なし
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
生活相談サービス	1	自ら実施	2 委託 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	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	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	(I)イ	1	あり	2	なし

	制強化加算	(Ⅰ) ロ	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
		(Ⅲ)	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) 3 : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療機関		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 (入院時の付添)	
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	たがしら医院
		住所	尾道市美ノ郷町三成 2675
		診療科目	内科・循環器科・リハビリテーション科
		協力内容	診察、日常の健康相談・看護指導、他の医療機関に入院を要する場合の紹介・受け入れ
	2	名称	公立みつぎ総合病院
		住所	尾道市御調町市 124
		診療科目	
		協力内容	診察、日常の健康相談・看護指導、他の医療機関に入院を要する場合の紹介・受け入れ
協力歯科医療機関		名称	さいだ歯科
		住所	尾道市美ノ郷町三成 1138-1
		協力内容	診察、日常の健康相談・看護指導、他の医療機関に入院を要する場合の紹介

(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 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
※複数選択可			
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			
契約の解除の内容		第 18 条 本契約は、次の各号の一つに該当するときは、終了します。 一 入居者が死亡した場合 二 要介護認定等により入居者が自立と認定された場合	

	<p>三 入居者が退去した場合</p> <p>四 ホームが介護保険法令等に基づく特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の事業者指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合</p> <p>五 入居者がホームの特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護に代えて、他の介護サービスの利用を選択した場合</p> <p>六 第19条から第21条に基づき本契約が解約又は解除された場合 (事業者からの契約解除)</p> <p>第19条 事業者は、入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>2 前項の場合、事業者は次の手続きを行います。</p> <p>一 一定の観察期間をおくこと。</p> <p>二 医師の意見を聴くこと。</p> <p>三 契約解除の通告について1ヶ月の予告期間をおくこと。</p> <p>四 前号の通告に先立ち、入居者本人の意思を確認するとともに、身元引受人等の意見を聴くこと。</p> <p>3 事業者は、本契約に基づくサービス利用料金の支払につき、入居者がしばしば遅延し、その支払がない場合など、本契約における事業者と入居者の信頼関係を著しく害するものであると判断した場合には、1ヶ月の予告期間において、本契約を解除することがあります。この場合、前項第4号の規定を準用します。</p> <p>4 前項において、入居者が介護保険法令等に定める法定代理受領サービスを希望しており、本契約第7条第2項1号の費用の利用料の支払を遅延する場合には、事業者が本契約の解除に先立ち行う予告期間は3ヶ月とします。</p> <p>第20条 前条以外に、入居者が次の各号の一つに該当するときは、事業者は何ら催告を要せず直ちに本契約を解除することができます。</p> <p>① 賃料を2回以上延滞したとき ② 食事を2回以上延滞したとき ③ 敷金不足額の納付を怠ったとき④ その他本契約に違反したとき</p>				
事業主体から解約を求める場合	<table border="1"> <tr> <td>解約条項</td> <td></td> </tr> <tr> <td>解約予告期間</td> <td>3ヶ月</td> </tr> </table>	解約条項		解約予告期間	3ヶ月
解約条項					
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： 最長7日間) 2 なし				
入居定員	45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	1
生活相談員	2	2	0	2
直接処遇職員				
介護職員	20	19	1	20
看護職員	2	2	0	2
機能訓練指導員	1	1	0	1
計画作成担当者	1	0	0	1
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0

事務員	2	2	0	0
その他職員	0	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				40
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従事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	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
社会福祉士		0		0	
介護福祉士	2	2		0	
実務者研修の修了者					
初任者研修の修了者	0	0		0	
介護支援専門員	1	0		1	

(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	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	2	2		0	
理学療法士	0	0		0	
作業療法士	0	0		0	
言語聴覚士	0	0		0	
柔道整復士	0	0		0	
あん摩マッサージ指圧師	0	0		0	

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時 (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		人
介護職員	3人		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)	3 : 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 <input checked="" type="radio"/> あり		2 なし			
	業務に係る資格等				1 <input checked="" type="radio"/> 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	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	13	1	0	0	1	0	0
	3年以上5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	0	6	0	1	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	1	0	0	0	0
		0	0	0	0	1	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況					1 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 終身賃貸借方式	
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 <input checked="" type="radio"/> 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 3 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	1 あり	2 <input checked="" type="radio"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	1 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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	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	1	3
	年齢	94歳	85歳
居室の状況	床面積	14.58㎡	14.58㎡
	便所	1 <input checked="" type="radio"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="radio"/> 有 2 無
	浴室	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 無
	台所	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計	円	円	

家賃		88,500 円	87,500 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	円	円	
	※ ² 介護保険外	食費	39,000 円	39,000 円
		管理費	円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	936 円	1,170 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)

費用	算定根拠
家賃	管理費含む
敷金	家賃の0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	用途：清掃費、事務費、食堂等共用部分の水道光熱費、エレベーター・スタッフコール・消防設備維持管理費
食費	39,000 円/月(1日3食で30日の場合)
光熱水費	入居者が居住する居室内の光熱水道費、電話代等は別途実費負担
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	

(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

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	負担割合証に記載事項による
特定施設入居者生活介護※における人員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。	

7. 入居者の状況【冒頭に記載した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	8 人
	女性	30 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	11 人
	85 歳以上	27 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	11 人
	要介護 2	6 人
	要介護 3	9 人
	要介護 4	6 人
要介護 5	4 人	

入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	19人
	5年以上10年未満	13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	87.9歳
入居者数の合計	38人
入居率*	84%

※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	2人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	人
	死亡者	4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	5人 (解約事由の例) 特養等に移転及びご家族による介護

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	サンライフ藤井川 24時間サービス	
電話番号	0848-48-2723	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		
窓口の名称	尾道市高齢者福祉課 電話: 0848-25-7440 広島県国民健康保険団体連合会 電話: 082-554-0783	
電話番号		
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日	土曜日・日曜日・祝日	

(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) 株式会社 損害保険ジャパン
	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) 事業者は、本契約に基づくサービスの提供に当たって、万が一、事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除

		き、介護賠償責任保険により入居者に対して損害を賠償します。但し、入居者の重大な過失がある場合は賠償額を減ずることができます。
	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	随時
		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	平成 23 年 11 月 16 日
		評価機関名称	広島県社会福祉協議会
		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 (連携ホーム名:) 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	1 あり ② なし	

指導指針「7. 規模及び構造設備」に合致しない事項	
合致しない事項がある場合の内容	
「8. 既存建築物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	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（事業主体が当該都道府県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介護サービス等の一覧表）

※ _____ 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。

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	段原東	広島市
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	藤井川、段原東、廿日市中央	尾道市、広島市、廿日市市
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>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
介護予防通所介護	あり	なし	藤井川、段原東、廿日市中央	尾道市、広島市、廿日市市
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		

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介護サービス等の一覧表

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	
介護サービス	なし	あり	なし	あり	なし
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	※緊急時対応あり
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	※1,080円/週
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					
おやつ					
理美容師による理美容サービス					
買い物代行	なし	あり	なし	あり	※移動販売対応あり
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理					※ご本人、御家族による管理
健康管理サービス					
定期健康診断			なし	あり	※(原則年2回) 必要に応じて
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	※入院時対応
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、月額のサービス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比べて、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。

表示事項	表示事項	表示事項の説明
利用料の支払い方式 (注1・注2)	全額前払い方式 一部前払い・一部月払い方式 月払い方式 選択方式	終身にわたって受領する家賃又はサービス費用の全部を前払金として一括して受領する方式 終身にわたって受領する家賃又はサービス費用の一部を前払いとして一括受領し、その他は月払いする方式 前払金を受領せず、家賃又はサービス費用を月払いする方式 入居者により、全額前払い方式、一部前払い・一部月払い方式、月払い方式のいずれかを選択できます。どの方式を選択できるのかを併せて明示する必要があります。
入居時の要件 (右のいずれかを表示)	入居時自立 入居時要介護 入居時要支援・要介護 入居時自立・要支援・要介護	入居時において自立である方が対象です。 入居時において要介護認定を受けている方 (要支援認定を受けている方を除く) が対象です。 入居時において要支援認定又は要介護認定を受けている方が対象です。 自立である方も要支援認定・要介護認定を受けている方も入居できます。
介護保険 (※※に都道府県名を入れて表示)	広島県(市) 指定介護保険特定施設 (一般型特定施設) 広島県指定介護保険特定施設 (外部サービス利用型特定施設)	介護が必要となった場合、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護サービスを利用することができず、介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。(注3) 介護が必要となった場合、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護サービスを利用することができず、有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の介護サービス事業所が提供します。(注3)
居室区分 (右のいずれかを表示。※には1～4の数値を表示) (注4)	在宅サービス利用可 全個室 相部屋あり (※相部屋～※相部屋)	介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用するホームです。 介護が必要となった場合に介護サービスを利用するための一般居室又は介護居室が、すべて個室であるホームです。(注5) 介護居室はすべてが個室ではなく、相部屋となる場合があるホームをいいます。
一般型特定施設である有料老人ホームの介護にかかわる職員体制(右のいずれかを表示) (注6)	1. 5 : 1以上 2. 1以上 2. 5 : 1以上 3. 1以上	現在及び将来にわたって要介護者3人に対して職員2人 (要介護者1. 5人に対して職員1人) 以上の割合 (年度ごとの平均値) で職員が介護に当たります。これは介護保険の特定施設入居者生活介護の基準の1. 5倍以上の人数です。 現在及び将来にわたって要介護者2人に対して職員2人 (要介護者2. 5人に対して職員1人) 以上の割合 (年度ごとの平均値) で職員が介護に当たります。これは介護保険の特定施設入居者生活介護の基準の2倍以上の人数です。 現在及び将来にわたって要介護者5人に対して職員2人 (要介護者2. 5人に対して職員1人) 以上の割合 (年度ごとの平均値) で職員が介護に当たります。これは介護保険の特定施設入居者生活介護の基準の1. 5倍以上の人数です。 現在及び将来にわたって要介護者3人に対して職員1人以上の割合 (年度ごとの平均値) で職員が介護に当たります。介護保険の特定施設入居者生活介護のサービスを提供するために少なくとも満たさなければならない基準以上の人数です。

