

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	坂東隆之
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

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 ぶれいん 株式会社ブレイン	
主たる事務所の所在地	〒930-0801 富山市中島2丁目1-43	
連絡先	電話番号	076-431-7741
	FAX番号	076-431-7751
	ホームページアドレス	http:// care-net.biz/16/cc-ebisu/index.php
	電子メールアドレス	jim.cc.ebisu@gmail.com
代表者	氏名	酒井 重数
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成・令和 18年 6月 22日	
主な実施事業	※別添1（別の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	なーしんぐほーむえびすひがし ナーシングホーム笑美寿東		
所在地	〒931-8403 富山市田畑 852-85		
主な利用交通手段	最寄駅	あいの風鉄道 東富山駅	
	交通手段と所要時間	駅から 900m(徒歩約 10分)	
連絡先	電話番号	076-438-6133	
	FAX番号	076-438-6134	
	ホームページアドレス	http:// care-net.biz/16/cc-ebisu/index.php	
	電子メールアドレス	jim.cc.ebisu@gmail.com	
管理者	氏名	松井 美子	
	職名	管理者	
建物の竣工日		昭和・平成・令和	4年 4月 20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和	4年 4月 21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）			
<input checked="" type="checkbox"/> 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	635.23 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 (運営法人の役員が所有する土地)				
		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	568.41 m ²			
		うち、老人ホーム部分	568.41 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 (在来工法)				
		4 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 (普通貸借・定期貸借)					
	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				
		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	13.25 m ²	20	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	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	2ヶ所	個室		2ヶ所		
			大浴場		ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	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 ()		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"/> 3	あり	<input type="checkbox"/> 4	なし			
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり			
	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり			
	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 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	高齢者向け住宅としての社会的役割を果たし、柔軟にご入居者様の生活を支えられるよう実践します。特に同一敷地内で運営する看護小規模多機能型居宅介護サービス事業所並びに施設顧問医、主治医との連携により医療が必要なご入居者様に対して適切な看護サービスを提供できる施設運営を実践します。
サービスの提供内容に関する特色	当施設に併設している看護小規模多機能型居宅介護サービスや同一法人が運営する小規模多機能型居宅介護サービス、通所介護サービスをご利用いただくことで、施設顧問医や主治医との連携を行い、介護施設において可能な限りの医療サービスの提供や医療的必要性が高まったご入居様が安心して生活を継続できる基盤となるよう務めて参ります。
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	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	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
	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
	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
	看取り看護加算	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 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1 あり 2 なし
		(Ⅰ)ロ	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
	介護職員等 特定処遇改 善加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	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	<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 type="checkbox"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	寺島医院
		住所	富山市下奥井 1-23-50
		診療科目	一般内科、老齢内科
		協力科目	一般内科、老齢内科
	協力内容	1、訪問診療による診察及び治療に加え、ご入居者様に対する定期的な健康管理及び必要な治療を行います。 2、夜間、休日を問わず、ご入居者様の容態悪化等の緊急時については、協力医療機関の医師や看護師により対処します。	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
協力科目			

		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	波動歯科診療所	
	住所	富山県富山市草島 63-1	
	協力内容	訪問歯科診療	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
留意事項	<p>1. ご入居様が安心して日常生活を営めるよう、また生活の様子をお知りいただき、より良い介護計画作成のためにもご家族様等身元引受人のご協力をお願いいたします。</p> <p>2. 医療機関への通院は、医療機関からの指示もあり、原則としてご家族様や身元引受人が付き添う必要があります。ご家族様や身元引受人のご都合の悪い場合はご相談下さい。</p> <p>3. 外泊をご希望の場合は、事前にお知らせ下さい。</p> <p>4. 所持品の持ち込みについては予めご相談ください。</p> <p>5. 施設内での携帯電話の所持は原則禁止ですが、携帯電話所持</p>		

	<p>をご希望の方はご相談下さい。</p> <p>6. 季節毎の衣類等の入れ替えはご家族様にも協力をお願いします。</p> <p>7. 日帰りハイキング等のレクリエーションの参加については、ご入居者様の心身の状況に応じ、事業所側で決めさせていただきます。</p> <p>8. 事業所内での他のご入居者様に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。</p>	
契約解除の内容	<p>以下の事項に該当した場合はご入居をお断りする場合、或いはご契約を終了していただく場合があります。</p> <p>1. ご入居者様との契約締結時に、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知などを行い、その結果、本契約を継続することが困難な重大な事情を生じさせた場合。</p> <p>2. ご入居者様からのサービス料金のお支払いが2ヶ月以上遅延し、且つ1ヶ月間を定めた催告にも関わらず支払いが履行されなかった場合。</p> <p>3. ご入居者様及びそのご家族様等身元引受人が、故意または重大な過失により事業者または従業者の生命・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことにより、本契約を継続することが困難な重大な事情を生じさせた場合。</p> <p>4. ご入居者様及びそのご家族様等身元引受人が、他のご入居者様の生活または健康に重大な危険を及ぼし、または他のご入居者様との共同生活の継続を著しく困難にする行為を反復して行った場合。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 28条
	解約予告期間	2ヶ月
入居者からの解約予告期間	2ヶ月	
体験入居の内容	<p>1 あり（内容：日額4,590円(食事3食、おやつ代含みます)</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	20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			8	
介護職員			7	
看護職員			1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員			1	
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			
介護福祉士			5
実務者研修の修了者			1
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			1
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 (17 時～ 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>							
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり								
		資格等の名称	訪問介護員養成研修 1 級課程							
	<input type="checkbox"/> 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										
務業	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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	
	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3	要介護1
	年齢	85歳	80歳
居室の状況	床面積	13.25㎡	13.25㎡
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で	前払金	0円	0円

必要な費用	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		127,200 円	157,200 円	
家賃		70,000 円	70,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0 円	0 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	1,740 円/日	1,740 円/日
		管理費	5,000 円	5,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	0 円	0 円
		NHK受信料	0 円	0 円
		その他	0 円	30,000 円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	初期投資額及び賃借料の一部を考慮した事業計画に基づき算定
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	人件費、光熱水費、施設維持管理費、修繕費、事務管理費
食費	1,740 円/日（朝食 460 円、昼食 680 円、おやつ代 40 円、夕食 560 円）
光熱水費	管理費に含む
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	<p>※理美容費・オムツ・パット代等</p> <p>※医療費等の立替金</p> <p>※小規模多機能型居宅介護笑美寿・看護小規模多機能型居宅介護笑美寿東を利用されない場合は、見守り支援費として</p> <p>要支援及び要介護 1：¥30,000 要介護 2：¥35,000</p> <p>要介護 3：¥40,000 要介護 4 及び要介護 5：¥45,000</p>

(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	8人
	女性	11人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	16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	7人
	要介護2	5人
	要介護3	4人
	要介護4	2人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	8人

	1年以上5年未満	4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	89歳
入居者数の合計	19人
入居率*	95%
※ 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	3人
	社会福祉施設	8人
	医療機関	4人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	3人 (解約事由の例) 顧問医より医療ニーズの高まりにおける観点から医療機関への勧めがあったため。
	入居者側の申し出	12人 (解約事由の例) 他の地域密着型サービスへ変更したいとの申し出があった。

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	ナーシングホーム笑美寿東苦情相談窓口	
電話番号	076-438-6133	
対応している時間	平日	9:00~17:00 (緊急時は24時間対応)
	土曜	9:00~17:00 (緊急時は24時間対応)
	日曜・祝日	9:00~17:00 (緊急時は24時間対応)
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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 介護施設賠償責任保険
	<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 type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 介護施設賠償責任保険
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input 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 type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
<input type="checkbox"/> 2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 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 <input type="checkbox"/> 2 回
	<input type="checkbox"/> 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：看護小規模多機能型居宅介護笑美寿東) 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	建物の構造について耐火・準耐火ではない
「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	建物
不適合事項がある場合の内容	耐火構造が耐火、準耐火基準を満たしていない

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 _____

※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 事業主体が富山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
<居宅サービス>					
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	デイサービス 笑笑寿東	富山市田畑 852-3
				デイサービス 笑笑寿	富山市中島 2丁目1-43
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		
<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	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	デイサービス 笑笑寿北	富山市西宮 7-63
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接	認知症対応型 デイサービス 笑笑寿	富山市中島 2丁目1-43
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	小規模多機能 居宅介護笑笑 寿	富山市中島 2丁目1-43
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム 笑笑寿東	富山市田畑 852-3
				グループホーム 笑笑寿	富山市中島 2丁目1-43
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	看護小規模多 機能居宅介護 笑笑寿東	富山市田畑 852-3
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		笑笑寿居宅 支援事業所
<居宅介護予防サービス>					
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		
<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	併設・隣接	認知症対応型	富山市中島

				デイサービス 笑美寿	2丁目1-43
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	小規模多機能 居宅介護笑美 寿	富山市中島 2丁目1-43
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム 笑美寿東	富山市田畑 852-3
				グループホーム 笑美寿	富山市中島 2丁目1-43
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	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	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	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービス 笑美寿東	富山市田畑 852-3
				デイサービス 笑美寿	富山市中島 2丁目1-43
				デイサービス 笑美寿北	富山市西宮 7-63
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）			備考			
			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	○				必要に合わせて実施
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○				必要に合わせて実施
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	○				必要に合わせて実施
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	○				必要に合わせて実施
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり					※付添いができる範囲を明確化すること
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		○			要相談
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		○			要相談
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○			要相談
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○			要相談
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		○			本人希望に合わせて
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。