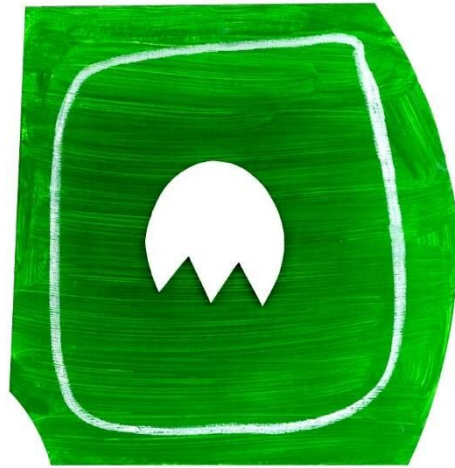


「重要事項説明書」



サービス付き高齢者向け住宅

リーブル ミュゲ

号室

入居者氏名： 様

社会福祉法人 ミュゲの会

重要事項説明書

		記入年月日	2025 年 3 月 1 日
記入者名	大石 聡雄	所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先				
事業主体の名称	法人等の種類	なし	あり	社会福祉法人
	名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん みゆげのかい 社会福祉法人ミュゲの会		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒791-0221			
	愛媛県東温市見奈良 738 番地			
事業主体の連絡先	電話番号	089-955-1133		
	FAX 番号	089-955-1134		
	ホームページ	なし		
	アドレス	あり : http:// muguet-kai.com/		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	中村 譲治		
	職名	理事長		
事業主体の設立年月日	平成 22 年 10 月 22 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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく リーぶるみゆげ サービス付き高齢者向け住宅 リーブルミュゲ		
所在地	〒791-0211 愛媛県東温市見奈良 811 番地 1		
主な利用交通手段	最寄り駅	愛大医学部前駅	
	交通手段と所要時間	伊予鉄道 横河原線 愛大医学部南口駅より徒歩 5 分 見奈良駅より徒歩 7 分 (300) m	
連絡先	電話番号	089-955-1717	
	FAX 番号	089-955-1718	
	ホームページアドレス	http://muguet-slc.com/	
管理者	氏名	大石 聡雄	
	職名	管理者	
建物の竣工日		2014 年 5 月 31 日	
有料老人ホーム事業の開始日		2014 年 6 月 16 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	年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成	年 月 日

3. 土地建物概要

土地	敷地面積	3,130 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（普通賃借・定期賃借）					
		抵当権の有無	1 あり	2 ① なし			
		契約期間	① あり (平成25年8月1日～平成75年7月31日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	② ① なし				
建物	延床面積	全体	1,722.72 m ²				
		うち、老人ホーム部分	1,107.94 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（普通賃借・定期賃借）					
		2 事業者が賃借する建物					
		抵当権の設定	1 あり	② ① 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		① 有/無	有/① 無	21 m ²	1	一般居室個室	
タイプ2		① 有/無	有/① 無	21 m ²	1	一般居室個室	
タイプ3		① 有/無	有/① 無	21 m ²	6	一般居室個室	
タイプ4		① 有/無	有/① 無	21 m ²	5	一般居室個室	
タイプ5		① 有/無	有/① 無	21 m ²	9	一般居室個室	
タイプ6		① 有/無	有/① 無	21 m ²	9	一般居室個室	
タイプ7		① 有/無	有/① 無	22 m ²	1	一般居室個室	
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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室		4ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における		チェアー浴		0ヶ所	
	介護浴槽	1ヶ所	リフト浴		0ヶ所	
			ストレッチャー浴		0ヶ所	
			その他（中間浴）		1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	居室	便所	浴室	その他		
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり		
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり		
	3 なし	3 なし	3 なし	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	入居者の個性を尊重し、快適で充実した楽しみのある生活を送っていただく。
サービスの提供内容に関する特色	地域サービスを積極的に活用し、地域に密着した生活環境を提供する。入居者の個性を尊重し快適で充実した楽しみのある生活となるよう配慮する。
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

(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 中野クリニック
		住所	東温市志津川 1577-1
		診療科目	脳神経外科
		協力科目	
		協力内容	往診、緊急時の対応
	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	みやうち歯科
		住所	松山市北久米 1101
		協力内容	往診

(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		
契約解除の内容	<p>以下の場合、予告期間において、契約を解除する場合があります。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居申込書等に虚偽の記載をし、不正に入居した場合。 2. 家賃その他の費用の支払いをしばしば遅滞する者。 3. 当施設の承認を得ないで契約当事者以外の第三者を住ませた時。 4. 建物、付属施設、又は敷地を故意又は重大な過失により、破損、汚損、又は滅失した場合。 5. 当人の行動が、他の入居者の生活又は生命に危害を及ぼす恐れがあり、通常の介護では防止できない時。但し、入居者の行動が特定の病因等に基づくものであると当施設が指定する医師により診断され本人が医療機関において通院・入院による治療を受けている場合等についてはこの限りではない。 6. 入居者が契約を解約しようとするときには、少なくとも 30 日前までの予告期間を必要とする。 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書及び約款第 11 条
	解約予告期間	相当の期間
入居者からの解約予告期間	30 日前	
体験入居の内容	① あり (内容：利用料金：1 泊 4,400 円 (税込) (食費別途)・5 日以内) 2 なし	
入居定員	40 名 (但し、2 人利用 8 室を含む)	
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
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1名	1名		0.5
生活相談員	1名	1名		1.0
直接処遇職員				
介護職員	5名	1名	4名	2.1
看護職員				
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名		1名	0.2
1か月間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				138時間
※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。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計 名	常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	2名	1名	1名
実務者研修の修了者 （旧基礎研修・1級課程）	0名	0名	0名
初任者研修の修了者 （旧2級課程）	3名	0名	3名
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 0名	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			
柔道整復師			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤または宿直を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（ 17時30分 ～ 翌8時30分 ）		
	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		0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
応じた職員の数 業務に従事した経験年数に	1年未満	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	一 土地又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 土地又は建物の価格の上昇又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 近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合	
	手続き	協議の上決定	

(利用料金のプラン)

				プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度			要支援1	要介護5
	年齢			82 歳	95 歳
居室の状況	床面積			21 m ²	21 m ²
	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			0 円	0 円
	敷金			195,000 円	195,000 円
月額費用の合計				150,000 円	150,000 円
家賃				65,000 円	65,000 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		47,100 円	47,100 円
		管理費		20,000 円	20,000 円
		介護費用		0 円	0 円
		光熱水費		実費	実費
支援サービス費				20,000 円	20,000 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）					
(注) NHK受信料については、入居者が個々で契約して負担してください。					

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	55,000 円 1 室 58,000 円 1 室 60,000 円 6 室 63,000 円 5 室 65,000 円 9 室 68,000 円 9 室 70,000 円 1 室
敷金	家賃の 3 ヶ月分
介護費用	ケアプランに記載されている介護サービス（外部を含む）の利用負担分を各事業所に支払う。リーブルミュゲでの集金等を行わない。
管理費	共用部分の備品消耗品費・光熱水費、各居室の水道使用料、その他施設の維持・管理に必要な清掃費等。但し、1 部屋につき 1 人での入居の場合 20,000 円、2 人での入居の場合 30,000 円とする。
食費	朝食 300 円、昼食 630 円、夕食 640 円
光熱水費	電気代は各居室のメーターから月末に算出し、翌月に請求する。 水道代は共益費に含む。
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	レクリエーション、買い物などにかかる費用は実費にて負担。また、あらかじめ算定可能な費用については、入居者様またはご家族様に通知する。

7. 入居者の状況 2025 年 3 月 1 日現在

(入居者の人数)

性別	男性	7 人
	女性	21 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	5 人
	85 歳以上	22 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	12 人
	要介護 2	7 人
	要介護 3	5 人
	要介護 4	2 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	4 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	15 人
	5 年以上 10 年未満	7 人
	10 年以上 15 年未満	1 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	88, 4 歳
入居者数の合計	28 人
入居率※	70, 0 %
※ 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	6人
	医療機関	0人
	死亡	5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	7人
	(解約事由の例)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅改修終了に伴う解約 ・ 医療的ケア、介護サービスの増加による他施設への入居

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		リーブル ミュゲ 大石 聡雄
電話番号		089-955-1717
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		なし
窓口の名称		社会福祉法人ミュゲの会 苦情処理委員会第三者委員 東温市地域包括支援センター 富永 智
電話番号		089-955-0150
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜日、日曜日、祝日 (年末年始)
窓口の名称		社会福祉法人ミュゲの会 苦情処理委員会第三者委員 ユアーズケア 弓立 公司
電話番号		089-960-8337
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜日、日曜日、祝日 (年末年始)
窓口の名称		愛媛県中予地方局 地域福祉課及び建築指導課
電話番号		089-909-8756-
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜日、日曜日、祝日 (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	1 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 企業総合保険に加入し、介助時及び施設の不備等により入居者の生命・身体・財産の損害が生じた場合、その損害を賠償する。
	2 <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 損害賠償責任保険にて対応
	2 <input type="radio"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 <input type="radio"/> 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を把握する取組の状況	1 <input type="radio"/> あり	実施日	
		結果の開示	1 <input type="radio"/> あり 2 <input type="radio"/> なし
	2 <input checked="" type="radio"/> なし		
第三者による評価の実施状況	1 <input type="radio"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 <input type="radio"/> あり 2 <input type="radio"/> なし
	2 <input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 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) 随時面談行い、報告。(今後開催予定あり)
	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		
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)

2024 年 月 日

事業者名 社会福祉法人ミュゲの会

住所 愛媛県東温市見奈良738番地

代表者 理事長 中村 譲治 印

説明者 大石 聡雄 印

※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。

住所

氏名 印

別添 1 事業主体が県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	ヘルパーステーション みゆげ	東温市見奈良 811 番地 1
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	デイサービス アルモ	東温市見奈良 811 番地 1
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	短期入所生活介護事業所 ミュゲの里	東温市見奈良 738 番地
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	あり	なし	特別養護老人ホーム ミュゲの里	東温市見奈良 738 番地
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	ケアプランセンターみゆげ	東温市見奈良 811 番地 1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーション ミュゲ	東温市見奈良 811 番地 1
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		
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	短期入所生活介護事業所 ミュゲの里	東温市見奈良 738 番地
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		

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	
								※健康管理・生活支援サービスは、すべてのサービスの合計時間が10時間を超える場合は 5分につき125円となります。	
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
おむつ代			なし	あり		○	750円～	下着販売価格表に準ずる	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり	○			複数の診療科がある病院は要相談	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
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		○	2,500円～	希望の訪問理美容サービスの手配、支払代行	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
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	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			栄養指導については主治医と相談して行う。	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			必要と認められた方、又は希望者。	
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	○			施設⇄病室まで可能、要相談	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○			健康管理・生活支援サービスで対応	
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。

別表

有料老人ホームの類型

類型	類型の説明
介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)	介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となっても、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を利用しながら当該有料老人ホームの居室で生活を継続することが可能です。(介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームについては介護付と表示することはできません。)
介護付有料老人ホーム (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)	介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となっても、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を利用しながら当該有料老人ホームの居室で生活を継続することが可能です。(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。特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームについては介護付と表示することはできません。)
住宅型有料老人ホーム(注)	生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、地域の訪問介護等の介護サービスを利用しながら当該有料老人ホームの居室での生活を継続することが可能です。
健康型有料老人ホーム(注)	食事等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合には、契約を解除し退去しなければなりません。

注) 特定施設入居者生活介護の指定を受けていないホームにあつては、広告、パンフレット等において「介護付き」、「ケア付き」等の表示を行ってはいけません。

○有料老人ホームの表示事項

表示事項		表示事項の説明
居住の権利形態(右のいずれかを表示)	利用権方式	建物賃貸借契約及び終身建物賃貸借契約以外の契約の形態で、居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっているものです。
	建物賃貸借方式	賃貸住宅における居住の契約形態であり、居住部分と介護等のサービス部分の契約が別々になっているものです。入居者の死亡をもって契約を終了するという内容は有効になりません。
	終身建物賃貸借方式	建物賃貸借契約の特別な類型で、都道府県知事から高齢者の居住の安定確保に関する法律の規定に基づく終身建物賃貸借事業の認可を受けたものです。入居者の死亡をもって契約を終了するという内容が有効です。
利用料の支払い方式	全額前払い方式	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

(注1・注2)	一部前払い・一部月払い方式	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
	月払い方式	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
	選択方式	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	入居時において自立である方が対象です。
	入居時要介護	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。
	入居時要支援・要介護	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。
	入居時自立・要支援・要介護	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	愛媛県指定介護保険特定施設 (一般型特定施設)	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ます。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)
	愛媛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ます。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)
	在宅サービス利用可	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。
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)	全室個室	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)
	相部屋あり(※人部屋～※人部屋)	介護居室はすべて個室ではなく、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	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2倍以上の人数です。
	2:1以上	現在及び将来にわたって要介護者2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。
	2.5:1以上	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で、手厚い職員体制であるとして保険外に別途費用を受領できる場合の基準以上の人数です。

せん。

注6) 介護にかかわる職員体制は、当該有料老人ホームが現在及び将来にわたって提供しようと想定している水準を表示するものです。従って、例えば、現在は要介護者が少なく1.5:1以上を満たす場合であっても、要介護者が増えた場合に2.5:1程度以上の介護サービスを想定している場合にあっては、2.5:1以上の表示を行うことになります。なお職員体制の算定方法については、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」第175条第1項第2号イ及び同第2項の規定によります。なお、「1.5:1」、「2:1」又は「2.5:1」の表示を行おうとする有料老人ホームについては、年度ごとに職員の割合を算定し、表示と実態の乖離がないか自ら検証するとともに、入居者等に対して算定結果及びその算定方法について説明することが必要です。

注7) 訪問介護、訪問看護及び通所介護以外のサービスについて、委託先のサービス事業所がある場合には、サービス区分及びサービス事業所の名称を表示することが必要です。

注8) 提携ホームには、介護老人保健施設、病院、診療所、特別養護老人ホーム等は含まれません。

注9) 退去時には清掃費と処分費として¥10,000請求させていただきます。