

重要事項説明書

		記入年月日	令和 7 年 1 月 15 日
記入者名	大下 明範	所属・職名	ウェルフェア五反田・施設長

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
	名称	(ふりがな) しんあいしょうじかぶしきかいしゃ 新愛商事株式会社	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒796-8010		
	愛媛県八幡浜市五反田 1 番耕地 1050 番地		
事業主体の連絡先	電話番号	0894-29-1183	
	FAX 番号	0894-22-3477	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり : http://www.kujira.biz/wellfar/	
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	上村 容志枝	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	昭和 47 年 12 月 27 日		

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		
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		
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		
複合型サービス	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		
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		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) うえるふえあごたんだ ウェルフェア五反田	
施設の所在地	〒796-8010	愛媛県八幡浜市五反田 1 番耕地 106 番地
施設の連絡先	電話番号	0894-23-1704
	FAX 番号	0894-29-1034
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://www.kujira.biz/wellfar/index.html
施設の開設年月日		平成 15 年 8 月 1 日
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	大下 明範
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
J R 八幡浜駅よりタクシー 5 分。宇和島バスで五反田バス停より徒歩 3 分		
施設の類型及び表示事項	介護付有料老人ホーム 建物賃貸借方式	
介護保険事業所番号	3 8 7 0 4 0 0 3 5 9	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日）		
事業の開始（予定） 年月日	平成 15 年 8 月 11 日	
	指定の年月日	平成 15 年 8 月 11 日
	指定の更新年月日	令和 3 年 8 月 11 日

従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1				1	1.0
生活相談員		2			2	1.0
看護職員	5				5	5.0
介護職員	18	2	2		22	20.7
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者		1			1	0.1
栄養士				1	1	0.1
調理員						
事務員				1	1	0.2
その他従業者	1		2		2	1.8

1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

36.5

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士	6	2		
介護職員基礎研修	1			
訪問介護員 1 級				
2 級	1		1	
3 級				
介護支援専門員		1		

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士	1			
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

人 数	夜勤帯平均人数 (16 : 45 時～9 : 00 時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1.0	1.0
介護職員	3.0	3.0

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員		2			2	1.0
看護職員	5				5	5.0
介護職員	18	2	2		22	20.7
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者		1			1	0.1
事務員				1		0.2
その他従業者	1		1		2	1.8
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						36.5
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	6	2				
介護職員基礎研修	1					
訪問介護員 1 級						
2 級	1		1			
3 級						
介護支援専門員		1				
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	1					
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無						
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称 介護福祉士			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						3 : 1 以上

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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		1			
前年度1年間の退職者数	0		0	0		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			1			
1年以上3年未満の者の人数	2		8			
3年以上5年未満の者の人数	0		4			
5年以上10年未満の者の人数	3		6		1	
10年以上の者の人数			2	1	1	
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数	1					
5年以上10年未満の者の人数			1			
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
入居者の意思と人格を尊重し常に入居者の立場にたち入居者の心身の特性を踏まえて、その入居者が可能な限りその共同生活において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るよう支援する。			
介護サービスの内容、利用定員等			
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
生活機能向上連携加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
退院・退所時連携加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
看取り介護加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
栄養スクリーニング加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
介護職員等処遇改善加算Ⅱ（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
サービス提供体制強化加算Ⅲ（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
特定施設の空室における短期利用の実施の有無	なし	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり	
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙		
協力医療機関の名称	真網代くじらリハビリテーション病院 チヨダクリニック		
(協力の内容) 往診による入居者の健康相談、診療及び治療、健康診断 緊急時の往診			
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 王子の森歯科医院
(協力の内容) 往診による入居者の健康相談、診療及び治療、健康診断 緊急時の往診			
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
入居者の居室で介護します。			

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> なし		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加費用の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
その他の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
(その内容)		
介護居室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> なし		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
その他の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	あり
(その内容)		

その他（	）	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
判断基準・手続について			
(その内容)			
追加的費用の有無		<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
居室利用権の取扱い			
(その内容)			
入居一時金償却の調整の有無		<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無		<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
浴室の変更の有無		<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
洗面所の変更の有無		<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
台所の有無		<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
その他の変更の有無		<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
(その内容)			
施設の入居に関する要件			
自立している者を対象		<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
要支援の者を対象		<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり
要介護の者を対象		<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり
留意事項	事前に施設を見学され説明を聞かれてからの入居を希望します。		
契約の解除の内容	入居者の死亡、事業者からの契約解除、入居者からの解約		
体験入居の内容	3日間まで利用可能。利用料は日額 5,000 円（食費をふくむ）		
入居定員	68 人		
その他			

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計 61
65歳未満						
65歳以上75歳未満	2	1			1	4
75歳以上85歳未満	2	1	1	3	1	12
85歳以上	13	9	11	12	6	47
	自立	要支援 1	要支援 2			合計 2
65歳未満						
65歳以上75歳未満		1				1
75歳以上85歳未満		1				1
85歳以上						

入居者の平均年齢	88.9 歳			
入居者の男女別人数	男性	17	女性	46
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）				92.6%

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
自宅等				1		1
社会福祉施設		2	1	1		4
医療機関	1	1	2	4	1	9
死亡者		2	3	6	1	12
その他						
	自立	要支援 1	要支援 2			合計 23
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	12	6	33	10	1	1

施設、設備等の状況									
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				なし	あり			
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				なし	あり			
居室の状況	区分			室数	人数	1の居室の床面積			
	一般居室個室	あり	なし	68		13.5~35.34 m ²			
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²			
						m ²			
						m ²			
	介護居室個室	あり	なし			m ²			
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²			
						m ²			
						m ²			
	一時介護室	あり	なし			m ²			
					m ²				
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数				12				
	うち車椅子等の対応が可能な数				11				
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合				12				
	うち車椅子等の対応が可能な数				12				
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴				
			2	1	1				
その他、浴室の設備に関する事項									
食堂の設備状況	2 F 24.0 m ² 3 F, 4 F 各 36.5 m ²								
入居者等が調理を行う設備状況					なし	あり			
その他、共用施設の設備状況									
なし	あり	(その内容) 談話室、和室、事務室							
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 全館バリアフリー									
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり						
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり						
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり						
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積 3, 666.79 m ²									
事業所を運営する法人が所		なし	一部あり	あり					
抵当権の設定			なし	あり					
貸借 (借地)									
なし	あり	契約期間	始		終				
契約の自動更新					なし	あり			
施設の建物に関する事項									
建物の構造									
建物の延床面積 3, 666.79 m ²									
事業所を運営する法人が所		なし	一部あり	あり					
抵当権の設定			なし	あり					
貸借 (借家)									
なし	あり	契約期間	始		終				
契約の自動更新					なし	あり			

有料老人ホーム接地運営指定指針 「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
	2 階一部の廊下幅 「6.既存建物等の活用 の場合等の特例」への 適合性 1 適合している（代替措置） 2 適応している（将来の改造計画） 3 適合していない

* スタッフ付き添いについて。

他科受診、及び、救急搬送時、スタッフ 1 名～2 名付き添いに付いた場合、別に時間料金が、発生いたします。 又、救急搬送で救急車等にて付き添った場合、スタッフ施設までの帰りのタクシー代の請求を後日、まとめて請求いたしますので、よろしくお願いいたします。

* セクシャルハラスメントについて。

スタッフの入居者に対する言葉遣い、態度、暴力等、について、十分注意し看護、介護をおこなって行きます。

又逆に、入居者様からスタッフへのハラスメント、入居者様同士のハラスメント等があった場合、注意、又は Dr に報告し処置、又は、退居して頂く事があります。

* 貴重品等について

貴重品、高額な物、耳の中に入れるタイプの小さな補聴器等は、無くしたりしますので、持ち込みはご遠慮ください。また、無くされても保証できませんので、よろしくお願いいたします。

* 退居について。

突然の死去や、入院等にて退居希望を除き、他の施設や、何らかの理由で退居する場合、退居から 30 日前に伝えるようお願いいたします。

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

窓口の名称	ウェルフェア五反田（苦情窓口）生活相談員 清水 千鶴 生活相談員 高瀬 あゆみ （責任者） 管 理 者 大下 明範			
電話番号	０８９４－２３－１７０４			
対応している時間	平日	８：３０～１７：１５		
	土曜	８：３０～１７：１５		
	日曜・祝日	８：３０～１７：１５		
定休日等	上記２名の勤務表によります。			

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口

窓口の名称	①八幡浜市保険センター 介護認定係り ※上記以外の保険センターの場合は、お手数ですが、ウェルフェア五反田までお問い合わせ下さい。②愛媛県国民健康保険連合会		
電話番号	①０８９４－２４－６６２８ ②０８９－９６８－８８００		
対応している時間	平日	８：３０～１７：１５	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土曜・日曜・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

なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 身体事故、財物事故、他
その他、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に関すること		
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 同上

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)

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

なし	<input checked="" type="radio"/> あり	実施した年月日	随時	
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="radio"/> なし	あり

第三者による評価の実施状況

<input checked="" type="radio"/> なし	あり	実施した年月日		
		実施した評価機関の名称		
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="radio"/> なし	あり

5. 利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式	<u>月払い方式</u>	選択方式					
敷金	なし 円（家賃の ヶ月分）							
一時金方式								
一時金及び月単位で支払う利用料								
年齢に応じた金額設定		なし	あり					
要介護状態に応じた金額設定		なし	あり					
料金プラン								
算 定 根 拠	プラン名称	一時金	月額	(内訳)				
			計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。								
家賃相当額								
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
食費								
光熱水費								
管理費								
一時金								
一時金の償却に関する事項								
償却開始日の設定		入居日						
初期償却率（％）								
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								
権利金等（※）の額								
（※）平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。								
償却年月数 （想定居住期間）								
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例								
保全措置の実施状況		なし	あり	（保全先）				

三月以内の契約終了による返還金について						
三月の起算日		入居日				
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法						
一時金の支払方法						
月払い方式						
月単位で支払う利用料						
年齢に応じた金額設定		なし		あり		
要介護状態に応じた金額設定		なし		あり		
料金プラン						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃相当額	介護費	食費	光熱水費	管理費
3・4F-A	100,800 円	20,000 円		45,000 円		35,800 円
3・4F-B	110,800 円	30,000 円		45,000 円		35,800 円
2F-A	115,800 円	35,000 円		45,000 円		35,800 円
2F-B	110,800 円	30,000 円		45,000 円		35,800 円
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
算 定 根 拠	家賃相当額	20,000 円 (3・4F 各 1 室)、30,000 円 (3・4F 各 25 室) 35,000 円 (2F 12 室) 30,000 円 (2F 4 室)				
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。				
	食費	1 日 3 食 × 30 日 (朝食 300 円、昼食 600 円、夕食 600 円)				
	光熱水費	管理費に含む (冷蔵庫、テレビ等使用の場合は電気代 1 日 50 円 別途申し受けます。ただし 2F 居室の冷蔵庫、テレビ分は不要)				
	管理費	1 ヶ月 35,800 円 (施設の維持管理費、居室及び共有施設の光熱 水費、一般事務、備品、消耗品等)				

(注) NHK 受診料については、入居者が個々で契約して負担してください。

一時金方式・月払い方式共通		
介護保険サービスの自己負担額		
内 容	※要介護度に応じた介護費用を徴収する。(負担割合証に準ずる)	
人員配置が手厚い場合の介護サービス (再掲)	なし	あり
内 容		
利用料	円 (月額 ・ 日額)	
算定根拠		
支払い方法	月単位 (日割りの有無 あり ・ なし)	
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料		
個別的な選択による生活支援サービス	なし	あり
算定根拠	入居者の個別性の強い外出介護、通院介護、代行サービスは 30 分まで、500 円それ以降 15 分毎に 250 円加算 (ただし基本は家族対応とさせていただきますのでご協力をお願い致します。)	
料金改定の手続		

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 印 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ 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。

別 添

介護サービス等の一覧表

介護サービス	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス		特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス	備 考
	なし	あり	なし	あり		
食事介助	なし	あり	なし	あり	あり	おむつ代 実費 30分まで500円それ以降15分毎に250円加算
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	あり	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	あり	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	あり	
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	あり	毎月第3・第4月曜日・第4金曜日 実費 30分まで500円それ以降15分毎に250円加算 30分まで500円それ以降15分毎に250円加算 市内30分まで500円それ以降15分毎に250円加算
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	あり	
生活サービス	なし	あり	なし	あり	あり	
居室清掃	なし	あり	なし	あり	あり	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	あり	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	あり	毎月第3・第4月曜日・第4金曜日 実費 30分まで500円それ以降15分毎に250円加算 30分まで500円それ以降15分毎に250円加算 市内30分まで500円それ以降15分毎に250円加算
おやつ	なし	あり	なし	あり	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	あり	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	あり	
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	あり	
健康管理サービス	なし	あり	なし	あり	あり	30分まで500円それ以降15分毎に250円加算 30分まで500円それ以降15分毎に250円加算
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	あり	
健康相談	なし	あり	なし	あり	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	あり	
移送サービス	なし	あり	なし	あり	あり	
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	あり	30分まで500円それ以降15分毎に250円加算 30分まで500円それ以降15分毎に250円加算
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	あり	

別表

有料老人ホームの類型及び表示事項

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（地域密着型）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。 （地域密着型）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。

○介護付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	一時金方式	終身にわたって受領する家賃相当額等の全部又は一部を前払金として一括して受領する方式
	月払い方式	前払金を受領せず、家賃相当額等を月払いする方式
	選択方式	入居者により、一時金方式と月払い方式のいずれかを選択できます。
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1)
	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1)
介護居室区分 (右のいずれかを表示。※には1～4の数値を表示) (注2)	全室個室	介護居室はすべて個室であるホームです。(注3)
	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	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。

<p>る職員体制 (右のいずれかを表示)(注4)</p>	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。
	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。
<p>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(※に職員数、※※※※※に介護サービス事業所の名称を入れて表示) (注5)</p>	<p>有料老人ホームの職員※人 委託先である介護サービス事業所 訪問介護 ※※※※※ 訪問看護 ※※※※※ 通所介護 ※※※※※</p>	<p>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。</p>
<p>その他(右に該当する場合にのみ表示。 ※※※に提携先の有料老人ホームを入れて表示)</p>	<p>提携ホーム利用可 (※※※ホーム)</p>	<p>介護が必要となった場合、提携ホーム(同一設置者の有料老人ホームを含む)に住み替えて(地域密着型)特定施設入居者生活介護を利用することができます。(注6)</p>

○住宅型有料老人ホームの表示事項

表示事項		表示事項の説明
<p>居住の権利形態(右のいずれかを表示)</p>	<p>利用権方式</p>	<p>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。</p>

	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	一時金方式	終身にわたって受領する家賃相当額等の全部又は一部を前払金として一括して受領する方式
	月払い方式	前払金を受領せず、家賃相当額等を月払いする方式
	選択方式	入居者により、一時金方式と月払い方式のいずれかを選択できます。
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（右の事項を表示）	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）	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居室は、一般居室又は個室の介護居室となります。
	相部屋あり（※人部屋～※人部屋）	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居室は、相部屋となる場合があります。
その他（右に該当する場合にのみ表示。※※※に提携先の有料老人ホームを入れて表示）	提携ホーム移行型（※※※ホーム）	介護が必要となった場合、提携ホーム（同一設置者の有料老人ホームを含む）に住み替えて（地域密着型）特定施設入居者生活介護を利用することができます。（注6）

注1）入居者が希望すれば、当該有料老人ホームの特定施設入居者生活介護サービスに代えて、訪問介護等の介護サービスを利用することが可能です。

注2) 一般居室はすべて個室となっています。この表示事項は介護居室（介護を受けるための専用の室）が個室か相部屋かの区分です。従って、介護居室を特に設けず、一般居室において介護サービスを提供する有料老人ホームにあつては、「個室介護」と表示することになります。

注3) 個室とは、建築基準法第30条の「界壁」により隔てられたものに限ることとしていますので、一の居室をふすま、可動式の壁、収納家具等によって複数の空間に区分したものは個室ではありません。

注4) 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つては、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5) 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6) 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。