


重要事項説明書


記入年月日	令和 8 年 2 月 5 日
記入者名	石山 奈留美
所属・職名	有料老人ホーム 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 <input checked="" type="radio"/> あり
	名称	(ふりがな) ゆうげんがいしいあぼとらい 有限会社アポトライ
事業主体の主たる事務所の所在地	〒798-0088	
	愛媛県宇和島市丸之内 3 丁目 2-1	
事業主体の連絡先	電話番号	0895-22-0085
	FAX 番号	0895-23-8020
	メールアドレス	dateyakkyoku@apotry.co.jp
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://apotry.net/ 
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	井上貴博
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成 10 年 3 月 1 日	

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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほ一むらぼ一るえびす 住宅型有料老人ホームラポールえびす	
所在地	〒798-0032 愛媛県宇和島市恵美須町 1 丁目 3 番 10 号	
主な利用交通手段	最寄駅	宇和島駅 宇和島バス 恵美須町バス停
	交通手段と所要時間	例 : 宇和島バス えびす町バス停から徒歩 3 分
連絡先	電話番号	0895-22-2722
	FAX 番号	0895-22-2732
	メールアドレス	rapol-ebisujuutaku@apotry.co.jp 
	ホームページアドレス	http://apotry.net/

管理者	氏名	石山 奈留美
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 27 年 5 月 20 日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 2 年 5 月 1 日

3. 土地建物概要

土地	敷地面積	1054.68 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 (平成 27 年 6 月 1 日～47 年 5 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	2 5 6 3 . 5 5 m ²			
		うち、老人ホーム部分	425.78 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 (平成 27 年 6 月 1 日～47 年 5 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 【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 (内 法)	戸数・室 数	区分※
	タイプ 1	有／②無	有／②無	7.87m ²	8	一般居室個

						室				
	タイプ 2	有／ <input checked="" type="radio"/> 無	有／ <input checked="" type="radio"/> 無	8.49㎡	3	一般居室個室				
	タイプ 3	有／ <input checked="" type="radio"/> 無	有／ <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	9.66㎡	1	一般居室個室				
	タイプ 4	有／ <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	有／無 <input type="radio"/>	9.70㎡	6	一般居室個室				
	タイプ 5	有／無	有／無	10.35㎡	2	一般居室個室				
共用施設	共用便所における 便房	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な 便房		0ヶ所					
			うち車椅子等の対応が可能な 便房		4ヶ所					
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所					
			大浴場		0ヶ所					
			ストレッチャー浴		0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 <input checked="" type="radio"/> 2 なし								
	エレベーター	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (車椅子対応) <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	便所	浴室	その他 ()						
	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	1 あり	2 一部あり	3 なし				
	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	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	本事業所は居宅介護サービス計画に基づき、その入居者様の能力に応じ、自立した生活を営む事が出来るよう支援します。
サービスの提供内容に関する特色	緊急時の対応・コール対応
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 <input checked="" type="radio"/> 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 内科	名称	清家消化器内科クリニック
		住所	宇和島市恵美須町1丁目3-10
		診療科目	消化器内科
		協力科目	内科診療
		入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 なし ② あり
		診療の求めがあった場合において	1 なし

		て 診療を行う体制を常時確保		2 あり
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保		1 なし 2 あり
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保		1 なし 2 あり
	新興感染症発生時に連携する医療機関		名称	清家消化器内科クリニック
		住所	宇和島市恵美須町1丁目3-10	
協力歯科医療機関		名称	もりもと歯科	
		住所	宇和島市恵美須町1丁目4-18	
		協力内容	口腔内・歯治療	

(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	満 65 歳以上の方。要介護（介護が必要であると認定された方）				
契約の解除の内容	利用契約書に準ずる				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	利用契約書第 2 9 条			
	解約予告期間	1 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：		
	2	なし			
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
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	13	11	2	6.0
看護職員	2	2		1.0
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	3		3	2.2
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 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。				
※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		
	15	常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	8	7	1
実務者研修の修了者 （旧基礎研修・1級課程）			
初任者研修の修了者 （旧2級課程）	2	1	1
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			
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			
はり師			
きゅう師			

(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 (16 時 00 分 ～ 9 時 00 分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
介護職員	2 人	2 人
看護職員	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)	: 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							
				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				2	1						
前年度 1 年間の 退職者数				2							
応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に	1 年未満										
	1 年以上 3 年未満										
	3 年以上 5 年未満			1	1						
	5 年以上 10 年未満			1							
	10 年以上	2	1	8	1						
	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	① 減額なし 2 日割り計算で減額	

利用料金（月払い）の取扱い		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	消費者物価指数及び人件費等を勘案
	手続き	運営懇談会等で意見を聴き、入居者及び身元引受人の同意を得た上で改定するものとします。

（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 1	要介護 5
	年齢			75 歳	75 歳
居室の状況	床面積			7.87 m ²	10.35 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			0 円	0 円
月額費用の合計				1 0 0 , 5 0 0 円	9 1 , 0 0 0 円
家賃				3 2 , 5 0 0 円	3 2 , 5 0 0 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1 の費用			円	円
	介護保険外※ 2	食費 ※税込み (30 日の場合)		5 1 , 7 5 0 円	5 1 , 7 5 0 円
		管理費		5 , 0 0 0 円	5 , 0 0 0 円
		生活支援費		1 8 , 0 0 0 円	4 , 0 0 0 円
光熱水費				実費	実費

		その他	100,500円	91,000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）

費用の起算日	利用日
支払方法	毎月払い 支払日・支払方法の詳細は管理規程に定める。

内 訳	月額料金	家賃 32,500円 共益費 5,000円	7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】 (入居者の人数)
	食費	月額 実費51,750円 (税込み) ※1日3食×30日の場合の概算額 (朝:410円・昼685円・夕:630円) 1,725円/1日 ※税込み	
	生活支援費	月額 4,000円～18,000円 (介護度により変動)	
	備品パック料金	月額 12,000円 ※該当要件あり	
	その他費用	理美容代、居室で使用する消耗品 (歯ブラシ、処置材料、入れ歯洗浄剤など) は実費負担となります。	
特別支援費		1,500円/1時間	
電気代		実費/月	
水道代		実費/月	
リネン代		2,310円/月	
ベッド代		2,000円/月	
洗濯代		400円/kg	
オムツ代		実費	
退去時		一律¥30,000 ※居室、エアコン、クロス等クリーニング及び修繕費	

性別	男性	2人
	女性	16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	1人
	85歳以上	17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	6人
	要介護2	3人
	要介護3	2人
	要介護4	5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	2人
	1年以上 5年未満	11人
	5年以上 10年未満	3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	18 人
入居率※	90%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	3 人
	その他	1 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	人
		(解約事由の例)

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	住宅型有料老人ホームラポールえびす	
電話番号	0895-22-2722	
対応している時間	平日	午前 9 時～午後 5 時 30 分
	土曜	午前 9 時～午後 5 時 30 分
	日曜・祝日	午前 9 時～午後 5 時 30 分
定休日	土日祝祭日	
苦情相談機関名	電話番号	
愛媛県長寿介護課	089-912-2430	
宇和島市高齢者福祉課	0895-49-7018	
南予地方局地域福祉課	0895-22-3180	
公益社団法人 有料老人ホーム協会	03-3548-1077	

(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) 施設内で対人に対し①リスク
---------------	------	----------------------

		が高く予測可能だった場合②介護者の不注意で怪我をさせてしまった場合。対物に対し①居室内の私物を介護職員が破損した場合②義歯、補聴器、眼鏡等を介護職員が破損した場合等。
	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) 介護職員に責任のある場合で、介助・レクリエーションなどで事故や怪我をさせた場合。
	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	
		評価機関名称	
		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		
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	① あり	2 なし
	指針の整備	① あり	2 なし
	定期的な研修の実施	① あり	2 なし
	担当者の配置	① あり	2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	① あり	2 なし
	指針の整備	① あり	2 なし
	定期的な研修の実施	① あり	2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと		
	① あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	① あり 2 なし
	2 なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	① あり	2 なし
	災害に関する業務継続計画	① あり	2 なし
	職員に対する周知の実施	1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	① あり	2 なし
	定期的な訓練の実施	① あり	2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	① あり	2 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	居室面積 13 m ² 以下
「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	
NHK 受信料について	<p>有料老人ホームに入居にあたり、居室にテレビを設置した場合は、入居 者による受信料の手続きが必要となります。</p> <p>入居者様またはご家族様の対応をお願いします。</p> <p>○「NHK受信料の窓口」のホームページアドレス及びQRコード</p> <p>・ホームページアドレス：https://www.nhk-cs.jp/jushinryo/</p> <p>・QRコード：</p> 

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）

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	併設・隣接の状	事業所の名称	所 在 地
< 居宅サービス >			
訪問介護	あ ① なし 併設・② 隣接	ラポールヘルパーステーション	愛媛県南宇和郡愛南町城辺
訪問入浴介護	あ ① なし 併設・隣接		

訪問看護	あ	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あ	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あ	なし	併設・隣接	えびす薬局	愛媛県宇和島市恵美須町 1-3-
通所介護	あ	なし	併設・隣接	ラポールえびすデイサービス	愛媛県宇和島市恵美須町 1-3-10
通所リハビリテーション	あ	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あ	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あ	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あ	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あ	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あ	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	あ	なし	併設・隣接	ラポール 24 訪問介護看護センタ	愛媛県宇和島市恵美須町 1-4-
夜間対応型訪問介護	あ	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あ	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あ	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あ	なし	併設・隣接	グループホームラポー	愛媛県宇和島市柿原甲
認知症対応型共同生活介護	あ	なし	併設・隣接	グループホーム岩松	愛媛県宇和島市津島町岩松
地域密着型特定施設入居者生	あ	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所	あ	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		
居宅介護支援	あ	なし	併設・隣接		愛媛県宇和島市恵美須町
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あ	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あ	なし	併設・隣接	ラポールヘルパーステーション	愛媛県南宇和郡愛南町城辺
介護予防訪問リハビリテーション	あ	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あ	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あ	なし	併設・隣接	ラポールえびすデイサービス	愛媛県宇和島市恵美須町 1-3-
介護予防通所介護	あ	なし	併設・隣接	ラポールデイサービス	愛媛県宇和島市恵美須町 1-3-
介護予防短期入所生活介護	あ	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あ	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活	あ	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あ	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あ	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	あ	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅	あ	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生	あ	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あ	なし	併設・隣接	ラポール指定居宅介護支援事業	愛媛県宇和島市恵美須
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あ	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あ	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あ	なし	併設・隣接		
介護医療院	あ	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	ラポールヘルパーステーション	愛媛県南宇和郡愛南町城辺2463-2
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	ラポールえびすデイサービス ラポールデイサービス	愛媛県宇和島市恵美須町1丁目3ー 10

別添2
覧表

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

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
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				介護保険優先
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				介護保険優先
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				
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				介護保険優先
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		円/月	規程回数内
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		円/月	規程範囲内
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		円/月	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		円/月	
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				※理美容院に依頼
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○		円/月	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり	○		円/月	基本的に施設での預かりは不可
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○		協力病院にて受診の機会を設けます。定期受診内にて対応する
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		円/月	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		円/月	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		円/月	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		円/月	
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		○	円/時間	※基本的に介護タクシー利用
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	円/時間	※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中に見舞い訪問	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、月額サービスの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。

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 (注1・注2)	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
	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)	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）

示。※には 1～4の数 値を表示) (注4)	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。
	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。

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7）	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 ※※※※※	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。
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）	提携ホーム利用可（※※※※※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8）

注1） 老人福祉法の改正を受けて、従来は「一時金」「一時金方式」と記載していた項目については「前払金」「前払い方式」と修正していますが、当面の間、広告、パンフレット等において「一時金」「一時金方式」という表現を使用することも可能です。なお、「前払金」については、家賃又はサービス費用の前払いによって構成されるものであることから、その実態を適切に表現する名称として、広告、パンフレット等の更新の機会に応じて、順次、「前払金」という名称に切り替えるようにすることが望ましいものと考えます。

注2） 「前払金方式（従来の一時金方式）」については、「家賃又はサービス費用の全額を前払いすること」と、「家賃又はサービス費用の一部を前払いし、一部を月払いすること」では、支払方法に大きな違いがあることから、前者を「全額前払い方式」とし、後者を「一部前払い・一部月払い方式」としています。当面の間、広告、パンフレット等において、従来どおり「一時金方式」という表現を使用することも可能ですが、その場合であっても、入居希望者・入居者への説明にあつては、家賃又はサービス費用の全額を前払いする方式なのか、一部を前払いする方式なのかを、丁寧に説明することが望ましいものと考えます。

注3） 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4) 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っては、「個室介護」と表示することになります。

注5) 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。