

# 重要事項説明書

賃借人：\_\_\_\_\_様



住宅型有料老人ホーム

ココロココ今治

## 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) かぶしきがいしゃころこ 株式会社ココロココ	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒799-0113		
	愛媛県四国中央市妻鳥町1817番地1		
事業主体の連絡先	電話番号	0896-29-5778	
	FAX 番号	0896-29-5779	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり：	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	久保 雅子	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成21年4月10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) こころここ いまばり ココロココ 今治		
所在地	〒794-0071 愛媛県今治市山路町1-3-21		
主な利用交通手段	最寄駅	JR 今治 駅	
	交通手段と所要時間	JR今治駅よりお車で7分 高速今治インターよりお車で5分	
連絡先	電話番号	0898-35-4155	
	FAX 番号	0898-35-4156	
	ホームページアドレス	http://cocolococo.co.jp	
管理者	氏名	武田 佳二	
	職名	施設長	
建物の竣工日		昭和・平成	24年 8月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	24年 9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		
	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	1, 193. 36 m <sup>2</sup>				
	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	(2013 年 4 月 1 日～2042 年 8 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	1, 779. 63 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	m <sup>2</sup>			
	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（ R C ラーメン構造 ）				
	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	(2013 年 4 月 1 日～2042 年 8 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（夫婦部屋）				
		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	18. 05 m <sup>2</sup>	4 2	介護居室個室
	タイプ 2	有／無	有／無	18. 61 m <sup>2</sup>	6	介護居室個室
	タイプ 3	有／無	有／無	19. 73 m <sup>2</sup>	3	介護居室個室
※「一般居室個室（夫婦部屋）」「一般居室相部屋」「介護居室個室（夫婦部屋）」「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	2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	2ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所		

			大浴場	ヶ所
	共用浴室における	ヶ所	チェアー浴	4ヶ所
	介護浴槽		リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	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 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		
その他				

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	「心と身体環境はもちろん、安心で快適な住まいを提供する」為に私たちは信頼出来る家族であり続け、私たちは入居者様と笑顔あふれる楽しい時間を大切にします。			
サービスの提供内容に関する特色	ご利用される日から入居者様が心地よくお過ごし頂けるよう、ご要望を細部までじっくりお伺いし、お一人お一人が「自分らしく」暮らせる生活環境をご用意します。また、家族サービス（施設サービス）をお手伝いする専門部署「生活支援サービス」を設置し、ご自宅に近い形でサポートします。			
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

#### (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	かいほらクリニック	
		住所	愛媛県今治市南高下町3-2-8	
		診療科目	内科	
		協力内容	往診による健康チェック、治療が必要になった場合の通院、入院援助	
協力歯科医療機関		名称	林歯科医院	
		住所	愛媛県今治市旭町3-1-20	
		協力内容	往診による歯科診療、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		
契約の解除の内容	・ご本人様の心身状況の変化により、共同生活が無理であると判断させていただいた場合 ・医療処置への依存度が高くなり、医学的管理項目が頻回になられた場合で、ココロココでの生活範囲を超えると判断し、医師から報告を頂いた場合（医師が常駐していない為、レス、気管切開、バルーン等の挿入、病状の悪化等の対応が出来かねます。 ・入院もしくは長期外泊等で実態としてココロココに住まわれなくなって1ヶ月を経過した場合 ・賃貸借契約や入居事項説明などの諸規程を守って頂けない場合 ・認知症状によりご契約の介護事業所等からケアの質や量共にココロココで介護させていただける範囲を超えると判断し、報告を頂いた場合      等	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第10条
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	2ヶ月	
体験入居の内容	1 あり      (内容：食事・レクリエーション・館内見学) 2 なし	
入居定員	51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	0	1	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	14	0	14	
介護職員	12	0	12	
看護職員	2	0	2	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	1	1	0	
その他職員	0	0	0	
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。				

(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	0	0	0
介護福祉士	7	0	7
実務者研修の修了者 (旧基礎研修・1級課程)	5	0	5
初任者研修の修了者 (旧2級課程)	0	0	0
介護支援専門員	0	0	0

(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（ 20時 ～ 翌 6時 ）		
	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	0人

(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					1						
前年度1年間の退職者数					1						
業務に従事した経歴年数に応じた職員の人数	1年未満				1						
	1年以上 3年未満		0		4						
	3年以上 5年未満		1		3						
	5年以上 10年未満		1		2						
	10年以上				2						
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし							

(利用料金の支払い方法)

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

			プラン1		
入居者の状況	要介護度				
	年齢		歳		
居室の状況	床面積		18.05 m <sup>2</sup>		
	便所		1 有	2 無	
	浴室		1 有	2 無	
	台所		1 有	2 無	
入居時点で必要な費用	前払金		0 円		
	敷金		0 円		
月額費用の合計			150,490 円		(税込)
家賃			60,000 円		
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1 の費用		－円		
	※2 介護 保険 外	食費	52,800 円		(税込)
		共益費	15,690 円		
		介護費用（生活支援費）	22,000 円		(税込)
		光熱水費	円		
	その他		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> <p>（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。</p>					
<p>■退去時においては、原状回復費を別途ご負担いただきます。</p>					

## (利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	60,000 円 (51 室/個室)
敷金	なし
介護費用	<p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> <p>生活支援費：22,000 円 (税込) の定額料金となります。</p> <p>(内容) 緊急対応 (ナースコール)、夜間巡回・安否確認、個別の援助・身体支援 (介護保険のプランに入っている場合は、介護保険の利用によります。) 等</p> <p>※介護保険外の通院業務や外出支援は別途 30 分単位 1,100 円を加算させていただきます。</p>
共益費	<p>15,690 円/一人当たり</p> <p>共用スペースの維持管理費及び清掃費用、共用スペース並びに個室の水道代、電気代に充当されます。</p>
食費	<p>52,800 円 (税込)</p> <p>キザミ・ミキサー食は別途 (50 円/食) かかります。</p>
光熱水費	※共益費に含まれます。
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	

## 7. 入居者の状況【2024年 4月 1日 現在】

## (入居者の人数)

性別	男性	13人
	女性	37人
年齢別	65歳未満	2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	36人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	2人
	要支援 2	0人
	要介護 1	7人
	要介護 2	16人
	要介護 3	13人
	要介護 4	8人
	要介護 5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上 1年未満	8人
	1年以上 5年未満	24人
	5年以上 10年未満	11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	87.18歳
入居者数の合計	50人
入居率※	98.0%
※ 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	0人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	2人
	死亡者	8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	3人
	(解約事由の例) 利用料が安いところへ転居希望のため	

## 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		株式会社ココロココ
電話番号		0896-29-5778
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月31日~1月3日 ※電話等により24時間連絡可能な体制を取る。
窓口の名称		ココロココ今治
電話番号		0898-35-4155
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月31日~1月3日 ※電話等により24時間連絡可能な体制を取る。
窓口の名称		愛媛県健康福祉部長寿介護課
電話番号		089-941-2111
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(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	<input type="checkbox"/> 1    あり	(その内容)
	<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)
	<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 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 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 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 type="checkbox"/> 3    公開していない

# 10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> あり         (開催頻度) 年 1 回	
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名： ) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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)

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	訪問介護事業所ココロココ	愛媛県四国中央市下柘町661-1
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	ケアスタジオ ココロココ	愛媛県四国中央市妻鳥町1012-3
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	福祉用具貸与・販売事業所ココロココ	愛媛県四国中央市下柘町1087-1
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	定期巡回・随時対応型訪問介護看護ココロココ24	愛媛県今治市山崎町1-3-21
夜間対応型訪問介護	あり	なし	夜間対応型訪問介護ココロココ	愛媛県四国中央市下柘町1087-1
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	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	居宅介護支援事業所 ココロココ	愛媛県今治市山崎町1-3-21
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護事業所ココロココ	愛媛県今治市山崎町1-3-21
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	ケアスタジオ ココロココ	愛媛県四国中央市妻鳥町1012-3
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	福祉用具貸与・販売事業所ココロココ	愛媛県四国中央市下柘1087-1
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
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				介護保険上のプランに入っている場合は、介護保険上の利用によります。その他、生活支援費に含まれます。 （定額料金：20,000 円／1 ヶ月）（税抜き） ※介護保険外の通院業務や外出支援は別途 30 分単位 1,100 円を加算させていただきます。
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				※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				介護保険上のプランに入っている場合は、介護保険上の利用によります。その他、生活支援費に含まれます。 （定額料金：20,000 円／1 ヶ月）（税抜き） ※介護保険外の通院業務や外出支援は別途 30 分単位 1,100 円を加算させていただきます。
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				
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				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
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				
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				
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								※介護保険外の通院業務や外出支援は上記生活支援費とは別に 30 分単位 1,100 円を加算させていただきます。 ※外出希望日や時間等、詳細に関しましては職員の手配の都合上、お早目にご相談下さい。
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	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。





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。

説明年月日 年 月 日

家族同意欄 続柄 氏名 印

本人同意欄(代筆の場合は代筆者)氏名 印

説明者氏名 印