

## 別紙様式

### 重要事項説明書

記入年月日	令和 7年 11月 1日
記入者名	高橋 瑛美
所属・職名	あいしくら・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 5 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 5 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／ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">法人</span>	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん ちけいかい 医療法人池慶会	
主たる事務所の所在地	〒915-0861 福井県越前市今宿町第 8 号 1 番地	
連絡先	電話番号	0778-23-0150
	FAX番号	0778-24-2363
	ホームページアドレス	<a href="https://ikebata.jp">https://ikebata.jp</a>
代表者	氏名	池端 幸彦
	職名	理事長
設立年月日	昭和・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">平成</span> ・令和 9年 4月 1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) かいごつきゅうりょうろうじんほーむあいしくら 介護付有料老人ホーム-あいしくら
所在地	〒915-0861 福井県越前市今宿町 3-12-1

主な利用交通手段	最寄駅	ハピラインふくい王子保駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 • 王子保停留所下車、徒歩 8 分 ②電車利用の場合 • ハピラインふくい王子保駅下車、 徒歩 10 分 • 越前たけふ駅より タクシー12 分 ③自動車利用の場合 • 武生 IC より 12 分、今庄 IC より 13 分
連絡先	電話番号	0778-29-0677
	FAX番号	0778-29-0688
	ホームページアドレス	<a href="https://ikebata.jp">https://ikebata.jp</a>
管理者	氏名	高橋 瑛美
	職名	施設長
	建物の竣工日	令和 7年 3月 25日
	有料老人ホーム事業の開始日	令和 7年 5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	1870301122
	指定した自治体名	福井県
	事業所の指定日	令和 7 年 5 月 1 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	1,684.29 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 (令和6年9月1日～令和26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		960.71 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分		960.71 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 ( )		
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(予定) 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	1 全室個室		
		2 相部屋あり		
	【表示事項】	最少		1 人部屋
		最大		1 人部屋
		トイレ	浴室	面積 戸数・室数 区分*
	タイプ 1	有/無	有/無	18.11 m <sup>2</sup> 24 介護居室個室
	タイプ 2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>
	タイプ 3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>
	タイプ 4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>
	タイプ 5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>
	タイプ 6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>
	タイプ 7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>
	タイプ 8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>
	タイプ 9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>
	タイプ 10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>
※「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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所

		大浴場	ヶ所
		チェア一浴	1ヶ所
共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	リフト浴	ヶ所
		ストレッチャー浴	1ヶ所
		その他 ( )	ヶ所
食堂兼機能訓練室		[1] あり (81.63 m <sup>2</sup> )    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	談話室		

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	<p>1. 特定施設サービス計画に基づき、利用者が自立した日常生活を営めるよう、入浴・排泄・食事などの介護、機能訓練および療養上の世話を行います。</p> <p>2. 介護予防特定施設サービス計画に基づき、入浴・排泄・食事などの支援、機能訓練および療養上の世話をを行い、要支援状態でも自立した日常生活ができるよう、心身機能の維持回復を図ります。</p> <p>3. 事業実施にあたっては、居宅介護支援事業者や保健医療・福祉サービス提供者、関係市町村と連携し、総合的なサービス提供に努めます。</p> <p>4. 短期利用の場合には、事業所の従業者等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、要介護者の心身機</p>
----------	--

	能維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
サービスの提供内容に関する特色	スタッフは、入居者様が安心して心豊かな生活をお送りいただけよう、家族的なお付き合いをさせていただくことを、モットーとしています。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携 加算 (I)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	加算 (II)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算 (I)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	加算 (II)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	ADL 維持等加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算 (I)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	加算 (II)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	退居時情報提供加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	高齢者施設等感染 対策向上加算 (I)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	加算 (II)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	新興感染症等施設療養費	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生産性向上推進体 制加算 (I)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	加算 (II)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門ケア加 算 (I)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	加算 (II)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

サービス提供体制強化加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	(III)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員等処遇改善加算(I)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ( )
協力医療機関	1	名称 池端病院 住所 福井県越前市今宿町第8号1番地 診療科目 内科・外科・皮膚科・小児科・整形外科・リハビリテーション科・胃腸科 協力内容 特定施設利用者の急変・急病時に病院と連携し、必要に応じて外来受診、または入院の受入を行う。
	2	名称 住所 診療科目 協力内容
協力歯科医療機関		名称 山本歯科医院 住所 越前市元町1-12 協力内容 入居者の口腔衛生管理を行う。

**(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 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	① 自立の場合は 60 歳以上 ② 要支援認定・要介護認定者	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業者からの契約解除条項に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ・入居契約書第 16 条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき ・入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき
	解約予告期間	90 日間
入居者からの解約予告期間	30 日間	
体験入居の内容	1 あり 2 なし	
入居定員	24 人	
その他	身元引受人になる人がいない場合には、ご相談ください。	

## 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	
管理者	1	1		0.2
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	10	10		9.6
介護職員	9	9		8.6
看護職員	1	1		1
機能訓練指導員	1	1		0.8
計画作成担当者	1	1		0.4
栄養士	1	1		1
調理員	3	3		3
事務員	1			0.3
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				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				
介護福祉士	8	8		
実務者研修の修了者	1	1		
初任者研修の修了者				
介護支援専門員	1	1		

（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	1	1	
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 16 時 30 分～ 9 時 30 分 )		
	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 : 2.3

(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		機能訓練指導員			
	2 なし					
	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						
前年度 1 年間の退職者数						
経験年数に従事した	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		<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 3 月払い方式		
年齢に応じた金額設定	4 選択方式	1 全額前払い方式	
	※該当する方式を全て選択	2 一部前払い・一部月払い方式	
		3 月払い方式	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	施設が所在する地方自治体が発表する消費者物価指数 及び人件費等を勘案する。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴きます。また、改定にあたっては入居者及び 身元引受人等へ事前に通知します。	

### (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	自立～要介護 2	要支援 1～要介護 5
	年齢	60 歳	65 歳
居室の状況	床面積	18.1 m <sup>2</sup>	18.1 m <sup>2</sup>
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	なし	なし
	敷金	142,000円	142,000円
月額費用の合計		円	円

家賃		71,000円	71,000円
サービス費用 介護保険外※ <sub>2</sub>	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	円	円
	食費	61,200円	61,200円
	管理費	50,000円	50,000円
	介護費用	円	円
	光熱水費	円	円
	その他	円	円

上記金額は全て税込み表示

※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）

#### (利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建築費及び近隣家賃を参考に算出
敷金	家賃の 2ヶ月分 ※短期利用特定施設入居者生活介護の場合は不要
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	事務所受付サービス、健康管理サービス、事務管理、人件費 緊急時のサービス、光熱水費
食費	朝食 600円 昼食 720円 夕食 720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（サービスの一覧）の他、NHK受信料、衛星放送受信料等
その他のサービス利用料	特になし

(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	基本報酬自己負担分、加算の自己負担分
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（上乗せサービス）	

※ 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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※ 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	人
	その他	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	生活相談員（不在時は介護職員が対応）	
電話番号	0778-29-0677	
対応している時 間	平日	9:00～17:00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日	土・日曜日、祝日、年末年始等	

(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 checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずことがあります。
---------------	--	--

	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"/> あり	(その内容) 上記に同じ
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	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"/> あり	実施日	毎年年度末(3月末)
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
<input type="checkbox"/> なし			

9. 入居希望者への事前情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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
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	1 あり 2 なし
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)

※\_\_\_\_\_様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 高橋 瑛美

※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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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入所者生活介護	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
しくらケアプラ ンステーション		福井県越前市今宿町8号1番地
<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(総合事業)	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
しくらケアプラ ンステーション		福井県越前市今宿町3字12-1他
<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
しくらケアプラ ンステーション		福井県越前市今宿町8号1番地
<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(税抜)	備考
介護サービス						
食事介助	なし	あり	なし	あり		
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	○	実費
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	1,100円/回 週3回以上の利用の場合
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	1,100円/回 週3回以上の利用の場合
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	○	1,100円/回 協力医療機関以外～30分以降30分毎
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	○	月4,400円 1ネット/週2回まで
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	○	実費
おやつ			なし	あり	○	実費
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○	実費 外部業者（要予約）
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	1回1,100円 週2回以上の場合～30分以降30分毎
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	1回1,100円～30分以降30分毎
金銭・貯金管理			なし	あり		10,000円以内は可
健康管理サービス						
定期健康診断			なし	あり	○	年1回 実費負担
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	○ ○	協力医療機関以外～30分以降30分毎
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○ ○	協力医療機関以外～30分以降30分毎
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、2割又は3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。