

有料老人ホーム入居契約兼指定特定施設等
重要事項説明書

記入年月日	29年 11月 1日
記入者名	矢羽田 健
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ けあはいつ 株式会社 ケアハイツ	
主たる事務所の所在地	〒910-4113 福井県あわら市横垣第 18 号 11 番地	
連絡先	電話番号	0776-77-3600
	FAX番号	0776-77-2875
	ホームページアドレス	http:// www.careheights.jp
代表者	氏名	鈴森 一喜
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 62 年 10 月 13 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) けあはいつあわら ケアハイツ芦原	
所在地	〒910-4113 福井県あわら市横垣第 18 号 11 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	JR「芦原温泉駅」
	交通手段と所要時間	バス利用の場合 ・ JR 芦原温泉駅より京福バス『東尋坊行』乗車約 2.6 km (約 6 分)、『横垣口』バス下車徒歩約 50m

		自動車利用の場合 ・北陸自動車道『金津 I.C.』より約 15 分
連絡先	電話番号	0776-77-3600
	FAX番号	0776-77-2875
	ホームページアドレス	http:// www.careheights.jp
管理者	氏名	矢羽田 健
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和 63 年 4 月 8 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 元 年 4 月 1 日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	・特定施設入居者生活介護事業所 福井県指定第 1870800024 号 ・介護予防特定施設入居者生活介護事業所 福井県指定第 1870800024 号
	指定した自治体名	福井県
	事業所の指定日	・特定施設入居者生活介護事業所 平成 12 年 4 月 1 日 ・介護予防特定施設入居者生活介護事業所 平成 18 年 4 月 1 日
	指定の更新日（直近）	・特定施設入居者生活介護事業所 平成 26 年 4 月 1 日 ・介護予防特定施設入居者生活介護事業所 平成 24 年 4 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	10,987 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
	契約期間	1 あり (1987 年～2017 年)	

			2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
建物	延床面積	全体	13118.76 m ²			
		うち、老人ホーム部分	m ²			
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	構造	<input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 ※1号館及び2号館 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 ※3号館 <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物 <input type="checkbox"/> 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 (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】	<input type="checkbox"/> 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	戸数・室数	区分*
	Aタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	36.55 m ²	60	一般居室個室
	Bタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	47.56 m ²	8	〃
	Cタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	42.15 m ²	56	〃
	Dタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	53.68 m ²	5	〃
	Eタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	45.59 m ²	6	〃
	Fタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	57.84 m ²	4	〃
	Gタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	64.84 m ²	1	〃
	Kタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	17.30 m ²	33	介護居室個室 一時介護室
	Oタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	16.70 m ²	18	介護居室個室 一時介護室
Lタイプ	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	25.90 m ²	3	介護居室個室	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別。						

共用施設	共用便所における便房	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室	0ヶ所	
			大浴場	3ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	0ヶ所	
			その他（大浴槽）	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
その他	ビリヤードルーム、卓球室、カルチャー室、大広間、ロビー、大浴場、1号館食堂、応接室、多目的広場、3号館1階食堂(兼 機能訓練室)、3号館2階食堂、一時介護室、ゲストルーム、 <u>理美容室</u> 、ランドリールーム、トランクルーム ※下線部の施設は使用料が必要(理美容は外部サービスの利用料)				

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者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・排泄・食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行う。 2. 安定的かつ継続的な事業運営に努める。 3. 居宅介護支援事業所その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者との密接な連携に努めるとともに、関係市区町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
----------	--

サービスの提供内容に関する特色	スタッフ一同は、入居者皆様方が安心して心豊かな生活をお送りいただけるよう、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	2 委託 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし

(介護サービスの内容)

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	個別機能訓練加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2	なし	
	夜間看護体制加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2	なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2	なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり <input type="checkbox"/> 2	なし
		(I)ロ	1 あり <input type="checkbox"/> 2	なし
(II)		1 あり <input type="checkbox"/> 2	なし	
(III)		1 あり <input type="checkbox"/> 2	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 type="checkbox"/> 2	なし		

(医療連携の内容)

医療支援	<input type="checkbox"/> 1	救急車の手配	
	<input type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い	
	<input type="checkbox"/> 3	通院介助	
	4	その他 ()	
協力医療機関	1	名称	横垣クリニック
		住所	福井県あわら市横垣 18-11
		診療科目	内科・循環器科・リハビリテーション科
		協力内容	特定施設利用者に対し、毎週木曜日の午前中に往診を行う。また、看護指導や他の医療機関に入院を要する場合の紹介も行う。

	2	名称	片山津温泉丘の上病院
		住所	石川県加賀市富塚町中尾 1-3
		診療科目	内科・神経科・皮膚科・理学診療科
		協力内容	主に認知症による中核症状並びに周辺症状に関する健康管理を行う。
協力歯科医療機関		名称	新家歯科医院
		住所	福井県あわら市二面 1-1008
		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)

入居後に居室を住み替える場合	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
判断基準の内容	一時介護の場合： 退院後や日常生活上で一時的に介護を要する場合など、入居者の希望に応じて介護を行う。 介護居室へ移る場合： 長期にわたり日常的に介護が必要となり、継続的に介護居室での介護が必要とされる場合には、一般居室(又は介護居室)から介護居室へ住み替えていただくことがある。	
手続きの内容	①ホームが指定する医師の意見を聴く。 ②3 か月間の経過観察期間を置く。 ③本人・身元引受人の同意を得る。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	一時介護の場合 : 一時的に利用する共用施設であり、居室の利用権に変更はない。 介護居室へ移る場合 : 居室の利用権が移行する。家賃の変更有り。	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<p>1. 自立の場合は60歳以上(2人入居の場合はどちらか一方が60歳以上)。 2. 要支援・要介護の場合は65歳以上 ・いずれも本人に入居の意志があり、施設見学を済まされていることが条件となります。</p>	
契約の解除の内容	<p>① 入居者が逝去した場合(2名の場合はどちらとも逝去した場合) 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</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> ・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時 ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時 ・入居契約書第20条の規定に違反した時 ・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができない時
	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	<p><input type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊2日 6,480円/人 3食付き (2泊3日まで)) 2 なし</p>	
入居定員	218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

(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	0	0.5
生活相談員	2	2	0	2
直接処遇職員	21	17	4	
介護職員	17	14	3	15.5
看護職員	4	3	1	3.5
機能訓練指導員	1	1	0	0.5
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	1	1	0	
調理員	9	9	0	
事務員	1	1	0	
その他職員	2	0	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
<p>※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。</p>				

(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	5	3	2
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	1	1	0
介護支援専門員	1	1	0

(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	1	1	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16:00 ~ 9:00)		
	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	2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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.4 : 1

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> 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	1	0	3	0	1	0	0	0	1	0	
前年度1年間の退職者数	1	0	4	0	1	0	0	0	1	0	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0
	1年以上	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0
	3年未満										
	3年以上	2	0	5	1	1	0	1	0	0	0
	5年未満										
	5年以上	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0
10年未満											
10年以上	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	
	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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
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	<input type="checkbox"/> 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	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案する。
	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】※¹)

		一般棟 (Aタイプ)	介護棟 (Oタイプ)	
入居者の状況	要介護度	自立～要介護1	要支援1～要介護5	
	年齢	60歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	36.55㎡	16.70㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	なし	なし	
	敷金	135,000円	135,000円	
月額費用の合計		98,000円	105,470円～124,040円	
居室料		30,000円	30,000円	
サービス費用 外※ ²	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	なし	5,370～23,940円	
	介護保険	食費	48,000円	48,000円
		共益費	11,000円	12,000円
		介護費用	別添2参照	別添2参照

	水道料金	8,000 円	8,000 円
	シーツ・リネン料	2,100 円	2,100 円
	生活支援サービス費	20,000 円	なし
<p>※1 介護予防の場合を含む。</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>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
居室料	近隣の家賃を参考に算出
敷金	家賃の6ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	事務管理、生活支援サービスの人件費、共用施設の維持管理費、備品、消耗品費。
食費	3食30日分召し上がった場合の金額。
光熱水費	電気 北陸電力との個別契約、実費。 水道 定額制。上下水道料金を含む。
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、居室内の電話代、NHK受信料等 実費分を自己負担
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)

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（上乘せサービス）	
※ 介護予防の場合を含む。	

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	34人
	女性	60人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	6人
	75歳以上 85歳未満	33人
	85歳以上	55人

要介護度別	自立	47人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	15人
	要介護2	8人
	要介護3	8人
	要介護4	7人
	要介護5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	27人
	5年以上10年未満	16人
	10年以上15年未満	13人
	15年以上	32人

(入居者の属性)

平均年齢	85.7歳
入居者数の合計	94人
入居率*	44%
※ 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	0人
	医療機関	0人
	死亡者	15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	2人
	(解約事由の例)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 親族のもとで生活することになった為。 ・ 他施設への入居の為。

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)

窓口の名称（施設内）		事務所業務課 苦情処理担当者を定め体制を整備。入居者からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応します。また、苦情申出による差別的な待遇は一切行いません。 担当：中村 啓悟
電話番号		外線「0776-77-3600」 内線「100」
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（施設外）		①坂井地区介護保険広域連合 ②公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
電話番号		①0776-67-3366 ②03-3272-3781
対応している時間	平日	①10：00～17：00 ②10：00～17：00
	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	1 あり	(その内容)公益社団法人全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入しており、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ることがあります。
	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	1 あり	(その内容) 上記に同じ
	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	
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	1 あり	

福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
不適合事項がある場合の内容	施設の建物に対し根抵当件が設定されている。

添付書類：別添 1（別の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 平成 年 月 日

説明者署名 _____

※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	ケアハイツ芦原	福井県あわら市横垣18-11
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		
<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	ケアハイツ芦原	福井県あわら市横垣18-11
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・サービスパッケージ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		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	○		5分 378円	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	○		5分 378円	
おむつ代			なし		○		実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	○		5分 378円	週3回目から5分毎378円
特浴介助	なし	あり	なし	○		1回 4,536円	週3回目から4,536円/回
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	○		5分 378円	
機能訓練	なし	あり	なし	○		5分 378円	
通院介助	なし	あり	なし	○		5分 162円	協力医療機関は特定施設入居者生活介護費に含む。協力医療機関外は実費負担。
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	○		5分 270円	
リネン交換	なし	あり	なし	○		1回 270円	
日常の洗濯	なし	あり	なし	○			機械洗濯810円/回 手洗い5分毎270円
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	○		1回 270円	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	○		1食 270円	
おやつ			なし	○			実費負担
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	○			実費負担 外部業者（要予約）
買い物代行	なし	あり	なし	○			週2回（火・金）108円/品（上限5品）
役所手続き代行	なし	あり	なし	○		1回 324円	
金銭・貯金管理			なし				上限50,000円 管理費に含む
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	○			実費負担
健康相談	なし	あり	なし	○			管理費に含む

生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	管理費を含む
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	1日 378円
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	1日 270円
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	なし	あり	○	5分毎 162円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	5分毎 162円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	洗濯 機械洗濯 810円/回 手洗い 5分毎 270円 買い物
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○	週 2回(火・金) 108円/品(上限5品) 週一回程度。管理費を含む

※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、月額の利用料の中に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に区分して記入する。

※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。