

## 重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月3日
記入者名	松田 勝
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	社会福祉法人
名称	(ふりがな) まちやふくしかい 町屋福祉会	
主たる事務所の所在地	〒910-8207 福井県福井市松本1丁目36-15	
連絡先	電話番号	0776-52-0010
	FAX番号	0776-52-0011
	メールアドレス	<a href="mailto:suzuran@machiya-f.com">suzuran@machiya-f.com</a>
	ホームページアドレス	<a href="http://www.machiya-f.com/">http://www.machiya-f.com/</a>
代表者	氏名	石田 次男
	職名	理事長
設立年月日	昭和 47 年 10 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) きーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく すずらん サービス付き高齢者向け住宅 すずらん	
所在地	〒910-0843 福井県福井市西開発3丁目306番地	
主な利用交通手段	最寄駅	えちぜん鉄道 越前開発 駅
	交通手段と所要時間	・えちぜん鉄道勝山永平寺線 越前開発駅 徒歩20分 ・京福バス大学病院線 五万堂 徒歩5分
連絡先	電話番号	0776-52-0039
	FAX番号	0776-52-0028
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	<a href="http://www.suzuran01-f.com/">http://www.suzuran01-f.com/</a>
管理者	氏名	江岸 千佳子
	職名	管理者
建物の竣工日		平成26年6月24日
有料老人ホーム事業の開始日		平成26年7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	1870103106
	指定した自治体名	福井県（市）
	事業所の指定日	平成27年8月1日
	指定の更新日（直近）	令和 3年8月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1 3 6 1 . 3 7 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（普通賃借・定期賃借）				
		抵当権の有無	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			
建物	延床面積	全体	2 9 7 9 . 4 1 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	2 3 4 7 . 4 3 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				
		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（普通賃借・定期賃借）						
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】	1 全室個室（縁故者居室を含む）				
		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	24.38 m <sup>2</sup>	27 戸	うち1戸はサ高
	タイプ2	有/無	有/無	34.11 m <sup>2</sup>	18 戸	うち3戸は特定
	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	8ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし				
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし				
エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	1 あり		
	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		
その他						

#### 4. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針に照らして適切に運営を行います。		
サービスの提供内容に関する特色	入居者の身体機能の低下を防止するため、機能訓練が行える環境を整備している。		
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

(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  ※「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	入居継続支援加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	2 なし
	協力医療機関連携加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算(※)		1 あり	2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり	2 なし
	退院・退所時連携加算		1 あり	2 なし
	退居時情報提供加算		1 あり	2 なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
(Ⅱ)		1 あり	2 なし	
生産性向上推進体	(Ⅰ)	1 あり	2 なし	

	制加算	(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	サービス提供体制 強化加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
		(Ⅲ)	1 あり	2 なし
	介護職員等処遇 改善加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
		(Ⅲ)	1 あり	2 なし
		(Ⅳ)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (1)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (2)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (3)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (4)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (5)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (6)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (7)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (8)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (9)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (10)	1 あり	2 なし
	(Ⅴ) (11)	1 あり	2 なし	
	(Ⅴ) (12)	1 あり	2 なし	
(Ⅴ) (13)	1 あり	2 なし		
(Ⅴ) (14)	1 あり	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		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（ 主治医への報告、通院にかかる送迎 ）			
協力医療機関	1	名称	「安川病院」		
		住所	福井市大和田2丁目108番地		
		診療科目	内科・外科・神経内科		
		協力科目	内科		
		協力内容	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
			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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	2	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力科目			
		協力内容	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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
			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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	3	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力科目			
		協力内容	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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
			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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	4	名称			
		住所			
診療科目					
協力科目					
協力内容		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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	

	5	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	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
		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 あり 2 なし
新興感染症 発生時に連携 する医療機関	① あり	医療機関の名称	「安川病院」
		医療機関の住所	福井市大和田2丁目108番地
	2 なし		
協力歯科医療 機関	1	名称	「ヒロ歯科」
		住所	福井市文京2丁目17.1
		協力内容	歯科診療・口腔ケア指導
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

(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(一般居室へ移る場合)	
判断基準の内容	24時間において介護が必要であると判断した場合	
手続きの内容	「特定施設入居者生活介護」への契約および手続き	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い	変更なし	
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(特定Aタイプなら減少、Bタイプなら増減無し)
	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	年齢60歳以上		
契約解除の内容	入居者または事業者から契約解除を行われた場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書 第11条	
	解約予告期間	相当の期間	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月(30日)		
体験入居の内容	1 あり(内容: ) ② なし		
入居定員	45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※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.2
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	13	13	0	12.1
介護職員	11	11	0	10.5
看護職員	2	2	0	1.6
機能訓練指導員	2	2	0	0.4
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士				
調理員				
事務員				
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
※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		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	10	10	0
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	3	3	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	2	2	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
はり師	0	0	0
きゅう師	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 ( 17時 00分～ 翌 10時 00分)		
	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	2 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)	3 : 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		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		4								
前年度1年間の退職者数			6								
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		3			1				
	1年以上 3年未満	1		1		1	1		1		
	3年以上 5年未満			1							
	5年以上 10年未満			3							
	10年以上			3							
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 利用料金（月払い）の取扱い	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	料金が不相当となった場合
	手続き	入居者と事業者の協議の上

(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2	要介護1	
	年齢	90 歳	90 歳	
居室の状況	床面積	24.38 m <sup>2</sup>	34.11 m <sup>2</sup>	
	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	180,000円	240,000円	
月額費用の合計		164,954円	178,900円	
家賃		60,000円	80,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	22,054円	0円	
	② 介護保険外※	食費	54,900円	54,900円
		管理費	20,000円	20,000円
		介護費用	0円	21,000円
		光熱水費	個人契約	個人契約

	その他	円	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）			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	24.38㎡ 60,000円 / 34.11㎡ 80,000円
敷金	家賃の 3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。生活支援費。
管理費	施設運営（維持管理）の為に人件費や共用部の光熱費・冷暖房費用
食費	喫食数に応じて請求。朝510円/昼710円/夕610円
光熱水費	水道代：請求無し 電気代：居室ごとに北陸電力と契約
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	理美容代など

(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	介護保険給付の1割～3割負担
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）	なし
※ 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	3人
	女性	38人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	33人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	3人
	要介護1	9人
	要介護2	16人
	要介護3	3人
	要介護4	7人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	7人
	1年以上 5年未満	22人
	5年以上 10年未満	5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	89.7歳
入居者数の合計	41人
入居率※	91%
※ 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	2人
	医療機関	6人
	死亡	3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) 同施設内での居室移動・特定フロアへの移動
	入居者側の申し出	2人
		(解約事由) ご家族の意向

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		サービス付き高齢者向け住宅 すずらん
電話番号		0776-52-0039
対応している 時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:00
	日曜・祝日	
定休日		

窓口の名称		社会福祉法人 町屋福社会 本部
電話番号		0776-52-0010
対応している 時間	平日	8:30~17:30
	土曜	無し
	日曜・祝日	無し
定休日		土・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	あいおいニッセイ同和損害保険「介護保険社会福祉事業者総合保険」に加入している。 サービスの提供上で事故が発生し、入居者の生命・身体・財産の損傷が発生した場合は、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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	早期連絡の上、本人またはご家族と協議し対応する。また、事故の究明と賠償手続きを

		行い、今後の再発防止策を講じる。
	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	2023年12月/2024年6月（意見箱の確認）	
		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	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会（家族会）	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし	(開催頻度) 年1回
	<input checked="" type="radio"/> 1 代替措置あり <input type="radio"/> 2 代替措置なし	(内容) ご家族様へ意向確認の同意書郵送
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名: ) <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし	

住宅の登録	
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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別を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 \_\_\_\_\_

※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等

介護サービス等の種類			併設・隣接 の状況	事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	「花園」	福井市
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	「花園」	福井市
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	「すずらん」「花園」 「メゾンいまだて」	福井市 越前市
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	「なの花」 「メゾンいまだて」	福井市 越前市
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接	「いこいの家」	越前市
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	「おいで家」 「こうの」	越前市 南越前町
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	「ゆうゆうの家」 「こうの」	越前市 南越前町
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接	「なの花」 「メゾンいまだて」 「こうの」	福井市 越前市 南越前町
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	「はなぞの」	福井市
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	「花園」 「メゾンいまだて」	福井市 越前市
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	「花園」	福井市
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	「なの花」 「メゾンいまだて」	福井市 越前市
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接	「いこいの家」	越前市
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	「おいで家」 「こうの」	越前市 南越前町
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	「こうの」	南越前町
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	「いまだて」	越前市
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接	「メゾンいまだて」	越前市
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	併設・隣接	「花園」	福井市
通所型サービス	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	併設・隣接	「花園」	福井市
その他の生活支援サービス	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		

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）			備考
			包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス						
食事介助	なし	あり	なし	あり	○	1,000円～
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○	1,000円～
おむつ代			なし	あり	○	1,000円～
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	1,000円～
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	1,000円～
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○	1,000円～
機能訓練	なし	あり	なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり		
口腔衛生管理	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	○	
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5,000円
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	○	生活支援費に含む
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	○	生活支援費に含む
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						
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～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。