

重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月16日
記入者名	森田 晃市
所属・職名	所長

※ 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／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	生協法人
名称	(ふりがな) ふくいけんいりょうせいかつきょうどうくみあい 福井県医療生活協同組合	
主たる事務所の所在地	〒910-0026 福井県福井市光陽2丁目18-15	
連絡先	電話番号	0776-27-2318
	FAX番号	0776-24-8290
	ホームページアドレス	https://www.fukui-iryouseikyoku.jp/
代表者	氏名	天津 亨
	職名	理事長
設立年月日	昭和53年 5月12日	
主な実施事業	※別添1（別々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) なごみのいえまんでん 和の家まんでん	
所在地	〒914-0131 福井県敦賀市公文名1-6	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 敦賀駅
	交通手段と所要時間	例： ①バス利用の場合 JR 敦賀駅より「中郷木崎線-松葉町行き」に乗車し、「和久野」停留所下車（駅から約15分）。停留所より徒歩約10分。 ②自動車利用の場合 JR 敦賀駅より約15分
連絡先	電話番号	0770-21-7010
	FAX番号	0770-21-7009
	ホームページアドレス	https://www.fukui-iryouseikyoku.jp/
管理者	氏名	西野 英樹
	職名	管理者
建物の竣工日		平成17年7月8日
有料老人ホーム事業の開始日		令和6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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,260.98 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	(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				1,450.05 m ²
		うち、老人ホーム部分				592.67 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	(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 8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*
	タイプ1	有/無	有/無	12.08 m ²	1室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	12.09 m ²	1室	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	12.14 m ²	1室	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	12.21 m ²	3室	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	12.76 m ²	2室	一般居室個室
	タイプ6	有/無	有/無	m ²	室	
タイプ7	有/無	有/無	m ²			

	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「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」の別を記入。							
共用施設	共用便所における 便房	4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	3ヶ所	個浴 (2F・1F)	2ヶ所			
			大浴場 (1F)	1ヶ所			
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	0ヶ所			
			リフト浴 (1F)	1ヶ所			
			ストレッチャー浴 (2F)	1ヶ所			
			その他 ()	ヶ所			
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし			
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	
	<input type="checkbox"/> 4	なし					
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
その他	居室が13 m ² 未満の場合の代替措置として、別に1 m ² の収納スペースを設ける。						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	一人ひとりの思いや願いを大切に、じっくりとその人に寄り添い、一人ひとりの暮らし方に合わせた生活環境を提供します。柔軟にサービスの形を変化しながら、これまで築いてきた家族・友達・地域との関わりが継続でき安心してより豊かな生活が送れるよう支援していきます。
サービスの提供内容に関する特色	併設の介護事業所や協力医療機関と連携し最後まで安心して過ごせる住まいとして運営していきます。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 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 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	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	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	
	ADL 維持等加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	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	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
	ケア加算	(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	

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 type="checkbox"/> 4 その他	
協力医療機関	1	名称	つるが生協診療所
		住所	敦賀市和久野 14 号 22-1
		診療科目	内科
		協力内容	健診、通院、訪問診療、入院の相談
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	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	<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 checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ()	
判断基準の内容	介護度が上がった等で、より見守りが必要になった場合等	
手続きの内容	家族了解のもと	
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	変わりなし	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" 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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	概ね 60 歳以上		
契約の解約の内容	1 入居者が死亡したとき。 2 事業者が入居契約書第 29 条に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。 3 入居者が入居契約書第 30 条に基づき解約を行ったとき。		
事業主体から解除を求める場合	解約条項	入居契約書第 28 条	
	解約予告期間	90 日	
入居者からの解約予告期間	30 日		
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1 泊 2 日 宿泊費 6,000 円 + 食費等) <input type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	8 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		0.2
生活相談員	1	1		0.2
直接処遇職員				
介護職員	7	7		3.5
看護職員				
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	1.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※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			
介護福祉士	7	7	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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 (20時 ~ 6時)		
	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
※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・介護支援専門員						
	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											
前年度1年間の退職者数											
応じた業務に従事した経年数に 応じた職員の人数	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上			2							
	10年未満										
10年以上			5		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 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	・経済事情の変動、公租公課の増額、近隣の同業種の利用料との比較によって著しく不相当になった場合。 ・本物件・設備又は本物件の敷地に改良を施した場合。
	手続き	改定にあたっては入居者に事前に通知し承諾を得ます。

(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5	要介護2	
	年齢	80歳	90歳	
居室の状況	床面積	12.21㎡	12.21㎡	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	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	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		139,400円	91,200円	
家賃		50,000円	30,000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	56,400円	28,200円
		管理費+共益費	15,000円	15,000円
		介護費用	0円	0円
		共益費	15,000円	15,000円
その他	3,000円	3,000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>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	50,000円 ※近隣同種の相場を基に算定
敷金	なし
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	管理費（職員人件費等）15,000円

	※近隣同種の相場を基に算定
食費	朝食：390円 昼食：690円 おやつ：110円 夕食：690円 ※委託業者へ支払う食材料費、調理員人件費を基に算定
光熱水費	共益費（水道光熱水費や維持管理費等）15,000円 ※近隣同種の相場を基に算定
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）参照
その他のサービス利用料	

（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	
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・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	0人
----	----	----

	女性	0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	0人
	85歳以上	0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	0人
	要介護2	0人
	要介護3	0人
	要介護4	0人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上 1年未満	0人
	1年以上 5年未満	0人
	5年以上 10年未満	0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		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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	0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	0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		苦情対応窓口
電話番号		0770-21-7010
対応している時間	平日	8:20~17:20
	土曜	8:20~17:20
	日曜・祝日	8:20~17:20
定休日		なし

(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) 介護事業所向け保険
	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 checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) サービス提供時事故により入居者の心身等に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償する。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	運営懇談会 年1回
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	5月・11月
		評価機関名称	福井県医療生活協同組合第三者委員会
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：和の家えがお (認知症対応型共同生活介護))	
	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="checkbox"/> 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	<input 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
合致しない事項がある場合の内容	個室の床面積が 13 m ² 未満。	
「6.既存建築物等の活用	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)	

の場合等の特例」への適合性	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 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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパーステーションとんとん 光陽ホームヘルパーステーション	敦賀市公文名1-6 福井市光陽3-10-24
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問看護ステーションハピナス 光陽訪問看護ステーション	敦賀市公文名1-6 福井市光陽3-9-23
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	テイク・ヒ・ス・て・く・て・く	敦賀市公文名1-6
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	テイクアさんさん	福井市光陽3-9-23
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	和の家ぬくぬく	敦賀市公文名1-6
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	和の家えがお	敦賀市公文名1-6
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	つるが生協診療所居宅介護支援事業所 光陽訪問看護ステーション居宅介護支援事業所	敦賀市公文名1-6 福井市光陽3-9-23
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパーステーションとんとん 光陽ホームヘルパーステーション	敦賀市公文名1-6 福井市光陽3-10-24
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問看護ステーションハピナス 光陽訪問看護ステーション	敦賀市公文名1-6 福井市光陽3-9-23
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	テイク・ヒ・ス・て・く・て・く	敦賀市公文名1-6
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	テイクアさんさん	福井市光陽3-9-23
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		
<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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	和の家ぬくぬく	敦賀市公文名1-6
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	和の家えがお	敦賀市公文名1-6
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	敦賀市地域包括支援センター なごみ	敦賀市公文名1-6
<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）			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	○	備考参照 《24時間あんしん介護パック》 料金：10,000円/月、15,000円/月、20,000円/月 内容：食事介助、服薬介助、排泄介助、おむつ交換、 身辺介助、体位交換等 ※1日あたりの対応回数に応じて算定
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		
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	○	寝具・リネンサービスに含む（3,000円/月）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		400円
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○	管理費に含む（15,000円/月）
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	○	110円
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○	1,500円
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		やむを得ない場合を除き、原則金銭管理は行いません。 やむをえない場合管理費に含む（15,000円/月）貯金管理なし
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	○	管理費に含む（15,000円/月）
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	○	管理費に含む（15,000円/月）※必要のある方のみ
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		
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		管理費に含む（15,000円/月）様子伺い訪問

※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。