

重要事項説明書

記入年月日	令和3年9月1日
記入者名	山本 哉恵
所属・職名	ウエルネスかねの施設長

※ 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4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4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／法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) にし・うえるねすかぶしきかいしゃ ニシ・ウエルネス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒923-0811 石川県小松市白江町ト121番地	
連絡先	電話番号	0761-22-6141
	FAX番号	0761-22-6123
	ホームページアドレス	http://www.nishi-wellness.jp
代表者	氏名	西 正次
	職名	代表取締役
設立年月日	平成11年 7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) うえるねすかねの ウエルネス かねの
----	------------------------------

所在地	〒923-0153 石川県小松市金平町ラ 100 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	小松駅
	交通手段と所要時間	小松駅より車で約 15 分。小松 8 号バイパス、東山 IC 下車、尾小屋方面へ車で 5 分
連絡先	電話番号	0761-41-1555
	FAX番号	0761-41-1571
	ホームページアドレス	http://www.nishi-wellness.jp
管理者	氏名	山本 哉恵
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 18 年 4 月 24 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 18 年 4 月 24 日

【類型】【表示事項】

1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1770300463
	指定した自治体名	石川県
	事業所の指定日	平成 18 年 4 月 24 日
	指定の更新日（直近）	平成 30 年 4 月 20 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	本館 2392.10 m ² 別館 2571.94 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (平成 18 年 4 月～平成 48 年 4 月) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
建物	延床面積	全体	本館 1436.99 m ² 別館 923.59 m ²
		うち、老人ホーム部分	本館 1436.99 m ² 別館 923.59 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	

		2 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造				
		3 木造				
		4 その他 ()				
所有関係		1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日)				
		2 <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input checked="" 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*
	タイプ1	有/無	有/無	m ²		
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
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	10ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	7ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	8ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	4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	1ヶ所		
ストレッチャー浴			0ヶ所			

			その他 ()	ヶ所
	食堂	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	エレベーター	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応) 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<p>第1条 ウェルスカねのが行う指定特定入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護事業は、利用者が要介護状態となった場合でも、当該施設において、その有する能力の応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とする。</p> <p>第2条 施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って特定施設サービスを提供するように努める。</p> <p>第3条 施設は明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間の介護体制を敷いています。 ・ヘルパーコールや居室モニタリングシステムによる見守りにより、緊急時も迅速に対応可能。 ・第2の家作りをめざします。(少人数ならではの、アットホームな雰囲気) ・お楽しみ活動の実施。(五感を刺激し、自分らしさを発揮で

	きるよう野外活動、残存能力を生かす生きがい活動の提供、 地域に密着した行事の活動を実施します。 ・全室個室、快適設備をご用意。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	テクノロジーの導入 (入居継続支援加算)	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	A D L維持等加算	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	科学的介護推進体制加算	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	医療機関連携加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	看取り介護加算	(I) 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I) 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II) 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I) 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
介護職員処遇改善加算	(I) 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I) 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1
	2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 2 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い 3 <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	やわたメディカルセンター
		住所	石川県小松市
		診療科目	内科、外科、整形など
		協力内容	医療的処遇と緊急時の対応
協力歯科医療機関		名称	やわたデンタルクリニック
		住所	石川県小松市
		協力内容	歯科医療に係る支援

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要支援の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要介護の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
留意事項	原則 65 歳以上で自立の方及び介護が必要な方。		
契約の解除の内容	入居契約書によります。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書によります。	
	解約予告期間	3 ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月		
体験入居の内容	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容 : 健康診断終了後、原則として 1 泊 2 日又は 2 泊 3 日) 2 なし		
入居定員	50 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	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員				
介護職員	23	18	5	20.8
看護職員	3	2	1	2.8
機能訓練指導員	1	1	0	1
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	1	1	0	1
調理員	12	3	9	6.6
事務員	2	1	1	1.6
その他職員	9	0	9	4.1
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。				
※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	1	0	
介護福祉士	15	3	
実務者研修の修了者	0	1	
初任者研修の修了者	1	0	
介護支援専門員	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	0	0	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	1	1	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 (20 時～ 7 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	3 人	3 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	1.65 : 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	56 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	業務に係る資格等		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり								
			資格等の名称	准看護師							
	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	4	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		1	0	3	1	0	0	0	0	0	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	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
	1年以上 3年未満	1	0	2	3	1	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	1	5	0	0	0	1	0	0	0
	10年以上	1	0	7	1	0	0	0	0	0	0
	従業者の健康診断の実施状況					1 <input checked="" 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】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 <input checked="" type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 3 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	人件費、物価のへ変動等
	手続き	運営懇談会にて審議

(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1	要介護1	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	18.2 m ²	18.2 m ²	
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入居時点で必要な費用	前払金	1,500,000円	0円	
	敷金	100,000円	100,000円	
月額費用の合計		193,260円	219,860円	
家賃				
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	16,140円	16,140円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	52,200円	52,200円
		管理費	65,000円	91,600円
		介護費用【介護サービス費】	8,220円	8,220円
		光熱費	円	円
その他【生活サービス費】	51,700円	51,700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	居室家賃・光熱費・管理費
敷金	100,000円（退去時返還金=100,000円-居室現状復帰費用）
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	家賃に含まれる
食費	朝食：500円 昼食：600円 夕食：640円 1日計：1,740円を30日計算で算出
光熱水費	家賃に含む

利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	生活サービス費（事務員等の人件費・その他入居者サービスをしていくにあたっての運営維持費として、事務用品・消耗品・システム維持費・通信費等）
その他必要な料金	NHK受信料、医療費、理美容費、オムツ等の介護用品代、おやつ・嗜好品、日用品、寝具及び福祉用具等購入・リース代、クリーニング代など個人的に使われる費用、レクリエーション活動等に要する参加費（材料費等の諸費用）、特別食、専門家（弁護士・税理士等）への相談費 等

（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、及び前掲の加算の利用者負担分。
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）	介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
※ 介護予防の場合を含む。	

（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	老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定。	
想定居住期間（償却年月数）	60ヶ月	
償却の開始日	入居日の翌日	
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）	300,000円	
初期償却率	20%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<ul style="list-style-type: none"> ・入居一時金-（入居一時金-初期償却額）÷想定居住月数÷30×（入居日から契約終了日までの日数） ・初期償却費用については日割計算で受領します。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
	入居後3月を超えた契約終了	<ul style="list-style-type: none"> ・（入居一時金-初期償却額）×（契約終了日から想定居住期間満了日までの日数）÷（入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数）

前払金の 保全先	1 <input checked="" type="checkbox"/> 連帯保証を行う銀行等の名称	北國銀行
	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	4人
	女性	32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	5人
	85歳以上	31人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	0人
	要支援 2	3人
	要介護 1	10人
	要介護 2	4人
	要介護 3	6人
	要介護 4	9人
	要介護 5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	2人
	1年以上 5年未満	23人
	5年以上 10年未満	6人
	10年以上 15年未満	4人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	91.2歳
入居者数の合計	36人
入居率※	72%

※ 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	3人
	死亡者	9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	5人
特別養護老人ホームに転居2名		

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	ウエルネスかねの苦情相談に対応する窓口 ・苦情受付担当者 生活相談員 ・苦情解決責任者 施設長	
電話番号	(0761) 41-1555	
対応している時間	平日	午前 8:30～午後 5:30
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土曜・日曜・祝日	

(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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	業務の遂行や施設所有・使用または管理に起因する事故によって、サービス利用者や第三者に起因する事故によって、サービス利用者や第三者に損害を与え、法律上の損害賠償責任を負担した場合に賠償を行います。
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	傷害保険加入
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	1 入居希望者に公開 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1回
-------	--	-------------

	2 なし				
	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 代替措置なし</td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)	2 代替措置なし	
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 <input checked="" 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	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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	1 あり 2 <input checked="" 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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 令和 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	ウエルネスいまえ ウエルネスおきまち	小松市今江町1-381-1 小松市沖町480番地
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	ウエルネスふらま	小松市千代町と100-1
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	ニシ・ウエルネス 居宅介護事業所	小松市沖町480番地
＜居宅介護予防サービス＞				
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		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	ウエルネスいまえ ウエルネスおきまち	小松市今江町1-328-1 小松市沖町480番地
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	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	ニシ・ウエルネス居宅 介護事業所	小松市沖町480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		
介護医療院	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	特定施設入居者生活介護サービス（利用者一部負担※1）	なし	あり				
食事介助	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり				
おむつ代							
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり				週3回目以降 要介護：500円/回
特浴介助	あり	なし	あり				週3回目以降 要支援：350円/回
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり				週3回目以降 要介護：500円/回
機能訓練	あり	なし	あり				週3回目以降 要支援：350円/回
通院介助	あり	なし	あり			1,000円/1時間	協力医療機関は無料
生活サービス							
居室清掃	あり	なし	あり				特別清掃は1,000円/回
リネン交換	あり	なし	あり				本人がすべて行う場合は100円/回（機械使用料として）
日常の洗濯	あり	なし	あり			300円	
居室配膳・下膳	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事							
おやつ							
理美容師による理美容サービス							費用は本人負担
買い物代行	あり	なし	あり			500円/30分	
役所手続き代行	あり	なし	あり			500円/30分	
金銭・貯金管理							
健康管理サービス							
定期健康診断		なし	あり				費用は本人負担
健康相談	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり				
服薬支援	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	あり	なし	あり			1,000円	協力機関医療は無料

入院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		円/1時間 1,000円/1時間	協力機関医療は無料
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		円/1時間 1,000円/1時間	
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			

※1：利用者の所得等に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。