

特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護
特定有料老人ホームリバティーハウスあさくら

重 要 事 項 説 明 書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	山本 高之
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) いちじょうだにゆうあいかい 一乗谷友愛会	
主たる事務所の所在地	〒918-8135 福井市下六条町18字32番	
連絡先	電話番号	0776-41-8400
	FAX番号	0776-41-8401
	メールアドレス	asakuraen@mtd.biglobe.ne.jp
	ホームページアドレス	http://asakuraen.jp
代表者	氏名	山本 高之
	職名	理事長
設立年月日	昭和54年8月10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) とくていゆうりょうろうじんほーむりばていーはうすあさくら 特定有料老人ホームリバティーハウスあさくら	
所在地	〒918-8135 福井市下六条町18字35番1	
主な利用交通手段	最寄駅	ハピライン福井 越前花堂駅
	交通手段と所要時間	バス利用の場合 福井駅より ・京福バス西大味線 県産業会館停留所下車 徒歩10分
連絡先	電話番号	0776-41-8400
	FAX番号	0776-41-8401
	メールアドレス	asakuraen@mtd.biglobe.ne.jp
	ホームページアドレス	http://asakuraen.jp
管理者	氏名	山本 高之
	職名	施設長
建物の竣工日		平成18年3月20日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 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	第1870100201号
	指定した自治体名	福井市
	事業所の指定日	平成12年4月1日
	指定の更新日(直近)	令和 6年4月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	903.11㎡								
	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							
建物	延床面積	全体	1,606.39㎡							
		うち、老人ホーム部分	1,606.39㎡							
	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								
居室の状況		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 (通常居室)	有/無	有/無	15.68㎡	36室	介護居室個室				
	タイプ2 (通常居室)	有/無	有/無	15.96㎡	12室	介護居室個室				
	タイプ3 (特別室)	有/無	有/無	19.12㎡	1室	介護居室個室				
	タイプ4	有/無	有/無	㎡						

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	12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	12ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	3ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他（ ）	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		
緊急通報装 置等	居室	便所	浴室	その他（ ）	
	1 ☒ あり	1 ☒ あり	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	ホームは、入居者一人一人の意志及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭において、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、ホームにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援します。 ホームは、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村・居宅介護支援事業者・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ます。
サービスの提供内容に関する特色	全室個室の社会福祉法人のみが運営の許可を受けた、営利を目的としない有料の老人ホームです。「人権を尊重した介護」を受けることができます。入居者16人～17人で生活していただくユニットケア体制で、個々の入居者の「個別ケア」の展開を目指しています。
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
	生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(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		1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	福山医院
		住所	福井市安原町1-11-1
		診療科目	内科、胃腸科、リウマチ科、消化器科、循環器科
		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
			1 あり 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	1 あり 2 なし
			2 なし
	2	名称	福井厚生病院
		住所	福井市下六条町 1 字 6 番 1
		診療科目	内科、外科、循環器科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、消化器科皮膚科、泌尿器科、産婦人科、神経内科、眼科耳鼻咽喉科、放射線科、ストレスケア、救急
		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
			1 あり 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	1 あり 2 なし
			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
			1 あり 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	1 あり 2 なし
			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
			1 あり 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	1 あり 2 なし
			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
			1 あり 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	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	
		医療機関の住所	
	2 なし		
協力歯科医療機関	1	名称	
		住所	
		協力内容	
	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	1 一時介護室へ移る場合 ※複数選択可 2 介護居室へ移る場合 ※全室介護居室 3 その他 ()	
判断基準の内容	入居者の希望または事業者の諸事情があった場合	
手続きの内容	医師の意見を聴き、相当の観察期間を設けたうえ、変更先の居室の概況、提供サービスの内容、権利の変更、費用負担の増減等について本人に説明し本人の同意を得て、住み替えていただくことがあります。本人の同意を得るとともに、状況に応じて身元引受人の同意を得ることとします。	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	利用権方式	
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	要支援又は要介護認定を受けている方のみ入居・利用できます	
契約解除の内容	・入居者が死亡した場合 ・要介護認定等により入居者が自立と認定された場合	
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場合 ・利用料金を遅延・滞納し、相当期間を定めた勧告に関わらずこれが支払われない場合 ・入居者の行動が他の入居者の生命に危険を及ぼす恐れがあり、通常の介護方法ではこれを防止することができない場合
	解約予告期間	1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 あり (内容：1泊2日 3食付 1室 7,700円) 2 なし	
入居定員	49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) 令和6年7月1日現在

	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		0.5
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員	21	20	1	20.6
介護職員	19	18	1	18.6
看護職員	2	2		2.0
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	2	1	1	1.0
栄養士				
調理員	委託			
事務員	3	2	1	2.4
その他職員	3	1	2	2.0
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			
介護福祉士	11	10	1
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	1		1
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	1	1	
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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（21時30分～翌7時30分）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	オンコール体制	オンコール体制
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)	2.18 : 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									
				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				2									
前年度1年間の退職者数				2									
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年以上 3年未満		4									
		3年以上 5年未満		2									
		5年以上 10年未満		4	1	2		1		1			
		10年以上	2		8						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 <u>利用権方式</u> 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 <u>月払い方式</u>	
		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 <u>なし</u>
要介護状態に応じた金額設定		1 あり	2 <u>なし</u>
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 <u>減額なし</u> 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	土地・建物及び設備に大型改良を施した場合や、維持管理費の増減、消費物価指数及び人件費等を勘案し、雇用情勢その他経済事情の変動により不相当となる場合に改定。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で、事前説明を行い、書面交付し改定	

(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	要支援 2	要介護 3
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	15.68㎡	15.96㎡
	便所	1 有 2 <u>無</u>	1 有 2 <u>無</u>
	浴室	1 有 2 <u>無</u>	1 有 2 <u>無</u>
	台所	1 有 2 <u>無</u>	1 有 2 <u>無</u>
入居時点で 必要な費用	前払金	— 円	— 円
	敷金	300,000円	300,000円
月額費用の合計		158,697円	171,497円
家賃		50,000円	50,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ 1 の費用		(1 割負担) 11,297円
	2 介護保険外※	食費	47,400円
		管理費	40,000円
		介護費用	— 円
		光熱水費	10,000円

		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	施設設置に要した建設・設備費用、及び維持管理・修繕費等に充当
敷金	（退居時に全額返還）月額利用料の約2ヶ月分に相当
介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	生活支援・健康管理に関わる人件費、事務費、備品消耗品等に充当
食費	食材料費、食事部門の人件費、設備備品費（調理具・食器等）等に充当
光熱水費	入居者の生活に必要な共用部・居室等に係る電気料・水道料に充当。
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	

（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	介護報酬告示上の額のうち負担割合証記載の割合
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。	介護予防の場合も上記と同様

（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） 令和6年7月1日現在

性別	男性	8人
	女性	37人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	2人
	75 歳以上 85 歳未満	4人
	85 歳以上	39人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	5人
	要支援 2	3人
	要介護 1	17人
	要介護 2	12人
	要介護 3	5人
	要介護 4	3人
	要介護 5	人
入居期間別	6 ヶ月未満	9人
	6 ヶ月以上 1 年未満	6人
	1 年以上 5 年未満	22人
	5 年以上 10 年未満	3人
	10 年以上 15 年未満	3人
	15 年以上	2人

（入居者の属性）

平均年齢	90歳
入居者数の合計	45人
入居率※	91.8%
※ 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	3人
	医療機関	1人
	死亡	14人
	その他	人
生前解約の 状況	施設側の申し出	1人
		(解約事由の例) 長期入院により治療に専念いただくことを優先し、家賃支払いの経済的負担に配慮
	入居者側の申し出	3人
		(解約事由の例) 本人の心身状況と経済状況を鑑みて、介護保険施設への意向を希望

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	リバティーハウスあさくら苦情受付窓口	
電話番号	0776-41-8400	
対応している時間	平日	9:00~17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	年末年始(12月30日~1月3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 <u>あり</u>	(その内容) 全国社会福祉協議会の「施設業務中事故賠償補償」に定員49名分加入しております。
	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 <u>あり</u>	(その内容) 特定施設入居者生活介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <u>あり</u>	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 <u>あり</u>	実施日	運営懇談会：年2回にて実施
		結果の開示	1 <u>あり</u> 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 <u>なし</u>		

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 2 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：特別養護老人ホームあさくら苑) 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	1 あり ☒ 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_____

※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
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
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		
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	あさくら苑デイサービスセンター	福井市下六条町18-32
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	短期入所生活介護あさくら苑	福井市下六条町18-32
			併設・隣接	ヴィルヌーブあさくらショートステイ	福井市豊島1-2-13
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	リバティーハウスあさくら	福井市下六条町18-35-1
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		
<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	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	あさくらデイサービスセンター	福井市西新町1-25
			併設・隣接	ヴィルヌーブあさくらデイサービスセンター	福井市豊島1-2-13
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	あさくらの家 東郷	福井市東郷二ヶ町6-2-1
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホームあさくら	福井市下六条町18-37
			併設・隣接	グループホームあさくらの家 東郷	福井市東郷二ヶ町6-2-1
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		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	あさくら苑介護支援事務所	福井市下六条町18-32
<居宅介護予防サービス>					
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		
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	短期入所生活介護あさくら苑	福井市下六条町18-32
			併設・隣接	ヴィルヌーブあさくらショートステイ	福井市豊島1-2-13
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	リバティーハウスあさくら	福井市下六条町18-35-1
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		

<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	あさくらの家 東郷	福井市東郷二ヶ町6-2-1
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホームあさくら	福井市下六条町18-37
			併設・隣接	グループホームあさくらの家 東郷	福井市東郷二ヶ町6-2-1
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	福井みなみ包括支援センター	福井市下荒井町20-6
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接	特別養護老人ホームあさくら苑	福井市下六条町18-32
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	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	あさくら苑デイサービスセンター	福井市下六条町18-32
			併設・隣接	あさくらデイサービスセンター	福井市西新町1-25
			併設・隣接	ヴィルヌーブあさくらデイサービスセンター	福井市豊島1-2-13
その他の生活支援サービス	あり	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）		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	あり					個別の状況に応じて一部介助及び全面介助	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					個別の状況に応じて一部介助及び全面介助	
おむつ代			なし	あり		○	実費		実費徴収	
入浴（ 一般浴） 介助・清拭	なし	あり	なし	あり					個別の状況に応じて週2回一部介助及び全面介助	
特浴介助	なし	あり	なし	あり					個別の状況に応じて週2回全面介助	
身辺介助（ 移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					個別の状況に応じて一部介助及び全面介助	
機能訓練	なし	あり	なし	あり					個別の状況に応じて実施	
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1回1,000円		協力医療機関以外へ通院送迎の場合、費用発生	
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					職員が対応	
リネン交換	なし	あり	なし	あり					職員が対応	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					職員が対応	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					必要に応じて職員が対応	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費		希望に応じて実費立替し徴収	
おやつ			なし	あり		○	実費		希望に応じて実費立替し徴収	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費		希望に応じて実費立替し徴収	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○				週 1 回程度、通常外の個別対応時は1回500円	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○				職員が対応	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり						
健康管理サービス										
定期健康診断			なし	あり	○				年 1 回実施	
健康相談	なし	あり	なし	あり					看護職員等が随時対応	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					生活相談員等が随時対応	
服薬支援	なし	あり	なし	あり					看護職員等が随時対応	
生活リズムの記録（排便 ・ 睡眠等）	なし	あり	なし	あり					介護職員、看護職員等が対応	
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		○	1回2,000円		協力医療機関以外へ入退院の場合、費用発生	
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。