

# 別紙様式

## 重要事項説明書

記入年月日	2024年7月1日
記入者名	有國 千枝
所属・職名	ベルデ岐阜長良 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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ けあべるで 株式会社 ケアベルデ	
主たる事務所の所在地	〒460-0003 愛知県名古屋市中区錦3丁目5-27 錦中央ビル5階	
連絡先	電話番号	052-961-1299
	FAX番号	052-961-1295
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	<a href="http://www.careverde.com">http://www.careverde.com</a>
代表者	氏名	平野 泰裕
	職名	取締役社長
設立年月日	2001年2月15日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) べるでぎふながら ベルデ岐阜長良	
所在地	〒502-0833 岐阜市松風町2丁目16番地	
主な利用交通手段	最寄駅	岐阜駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・岐阜バス、三田洞線で乗車20分、 長良西小前停留所で下車、徒歩2分 ②自動車利用の場合 ・岐阜駅付近より北進、乗車15分
連絡先	電話番号	058-210-1755
	FAX番号	058-210-1740
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	<a href="http://www.careverde.com">http://www.careverde.com</a>
管理者	氏名	有國 千枝
	職名	施設長
建物の竣工日		2002年1月18日
有料老人ホーム事業の開始日		2002年2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2170101931号
	指定した自治体名	岐阜県(市)
	事業所の指定日	2002年2月1日
	指定の更新日(直近)	2024年2月1日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	970.18 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 (2002年 月 日~2026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	1708.46 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	578.3 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 ( )				
		4 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 ( 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 (2002年 月 日~2026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	1人部屋			
		最大	1人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	17.55 m <sup>2</sup>	45	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	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	3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		3ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		0ヶ所	
			リフト浴		1ヶ所	
			ストレッチャー浴		0ヶ所	
			その他( )		0ヶ所	
食堂	<input 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 type="checkbox"/> 1 あり	2 なし				
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応)	<input 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 type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし			
緊急通報装 置等	居室	<input type="checkbox"/> 1 あり	便所		浴室	
	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり		その他( )	
	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし		1 あり	
					2 一部あり	
					<input type="checkbox"/> 3 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>本事業所では、自立した生活が困難になった入居者に対して、その心身の特性を踏まえ、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うこととする。又、入居者が尊厳ある自立した日常生活を営むことができるように、食事、入浴、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練などの介護、その他必要な援助を適切に行うものとし、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>事業に当っては、事業所所在地の市町村、介護施設、協力医療機関に加え、他の事業者、保健医療・福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>本事業所では、お一人おひとりの生活、想いを大切にし、それぞれのニーズに基づいたオーダーメイドケアを個別プランに基づき提供致します。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<p>1 自ら実施      2 委託      3 なし</p>
食事の提供	<p>1 自ら実施      2 委託      3 なし</p>
洗濯、掃除等の家事の供与	<p>1 自ら実施      2 委託      3 なし</p>
健康管理の供与	<p>1 自ら実施      2 委託      3 なし</p>
安否確認又は状況把握サービス	<p>1 自ら実施      2 委託      3 なし</p>
生活相談サービス	<p>1 自ら実施      2 委託      3 なし</p>

(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	科学的介護推進体制加算	1 あり	2 なし
	A D L維持等加算(Ⅰ)	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
	夜間看護体制加算(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	協力医療機関連携加算	1 あり	2 なし
	退去時情報提供加算	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
	サービス提供体制加算(Ⅲ)	1 あり	2 なし
	新興感染症等施設療養費	1 あり	2 なし
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1 あり	2 なし
	介護職員等特定処遇改善改善加算(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	介護職員等ベースアップ等支援加算	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	2 なし	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1	

(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 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	白木内科医院
		住所	岐阜市長良 1918-1
		診療科目	内科・循環器内科・アレルギー科
		協力内容	往診医の派遣・日常の健康相談・入院を要する場合の斡旋等について
	2	名称	医療法人社団 高德会 高木医院
		住所	岐阜市長良東郷町 1-7
		診療科目	内科・消化器科・循環器科・呼吸器科・小児科
		協力内容	往診医の派遣・日常の健康相談・入院を要する場合の斡旋等について
	3	名称	医療法人 ヘルシア 長良内科クリニック
		住所	岐阜市八代 2-11-1
		診療科目	内科
		協力内容	往診医の派遣・日常の健康相談・入院を要する場合の斡旋等について
	4	名称	医療法人社団順心会 まついファミリアクリニック
		住所	岐阜市福光 3 丁目 9 番の 7
		診療科目	小児科・内科・外科・小児外科
		協力内容	往診医の派遣・日常の健康相談・入院を要する場合の斡旋等について
協力歯科医療機関		名称	桐山歯科医院
		住所	岐阜市司町 22
		協力内容	往診医の派遣

(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(居室から居室へ移る場合)	
判断基準の内容	お客様のご都合により変更は可能	
手続きの内容	居室変更確認者に署名	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
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			
契約解除の内容	<p>①入居者は、退去予定日の属する月の前月末日までに、事業者の定める退去届を事業者に出し、その退去届に記載された退去予定日をもって、契約を解除することができる。</p> <p>②前月の末日までに退去届を提出せずに本契約を解除する場合は、入居者は、事業者に対し、違約金として1ヶ月分の家賃と管理費を支払うものとする。</p> <p>③入居者が入居開始可能日前に契約解除する場合について、事業者は、既受領金の全額を返還するものとする。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>①入院又は外泊が連続して2ヶ月を超えるとき、又は予想されるときで、復帰の目途がたたないとき。ただし、退去後に入居者が復帰を希望する場合、事業者は他の事業所への入居も含めてその実現に努めるものとする。</p> <p>②共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかける恐れがあるとき。ただし、この場合は、事業者の一方的な判断によらず、入居者及び身元保証人に対し、弁明の機会を与えるものとする。</p> <p>③利用料等その他の支払いを怠って、その滞納期間が2ヶ月を超え、催告をしたにもかかわらず支払いの意思がしめされないとき。</p> <p>④不正の手段によって入居したとき。</p> <p>⑤提出書類等で虚偽の申告があったとき。</p> <p>⑥介護保険の認定更新において、自立と認定されたとき。</p> <p>⑦常時医療行為が必要となるなど、入居者の身体状況が事業者の介護の範囲をこえたとき。ただし、この場合は、医師の意見を聞き、一定の観察期間を経た上で、入居者及び身元保証人の同意を得るものとする。</p>	
		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	<p>1 あり (内容：空室がある場合、3日間まで。食費のみ徴収、1日/1,296円)</p> <p>2 なし</p>		
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	0.5
生活相談員	2	2	0	1.0
直接処遇職員	25	19	6	20.6
介護職員	21	17	4	18.0
看護職員	4	2	2	2.5
機能訓練指導員	1	0	1	0.1
計画作成担当者	1	1	0	0.5
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	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	0	0	0
介護福祉士	10	8	2
実務者研修の修了者	6	6	0
初任者研修の修了者	15	13	2
介護支援専門員	0	0	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	0	1
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 (15時～9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	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)	2.1 : 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		0	0	8	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満	0	0	7	0	0	0	0	0		0
	1年以上 3年未満	1	0	4	0	2	0	0	0	1	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0
	10年以上	1	2	2	2	0	0	0	1	0	0
	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】		<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
		<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 月払い方式</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式
<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式			
<input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式			
<input type="checkbox"/> 3 月払い方式			
年齢に応じた金額設定		<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	基本利用料等が経済事情の変動、公租公課の増額、近隣の同業種の 利用料との比較等によって著しく不相当となった時。	
	手続き	1か月前に通知し、運営懇談会を経て、利用料等を改定する。	

(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3	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	m <sup>2</sup>	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	0円	0円	
月額費用の合計		184,260円	105,000円	
家賃		88,000円	30,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	16,260円	公費負担	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	38,880円	38,880円
		管理費	33,000円	28,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	4,000円	4,000円
その他	4,120円	4,120円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。上記は1割負担の場合です。各種加算は別途。</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	支払地代家賃額を考慮し、近隣の同業種の家賃額と同水準に設定
敷金	設定なし
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	共用部分の水道光熱費、事務経費、衛生管理費、保守管理費等
食費	朝 308円、昼 507円、夕 481円（おやつ代含む） 入院外泊等で欠食の場合は3日前までに申し出る ※1ヶ月30日には38,880円
光熱水費	居室電気代実費負担（基本料金含む 1kw37円（税込）） 洗濯設備使用料¥1,030/週（税込）
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	要介護度に応じて介護費用の※1割・2割・3割を徴収する。
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）	算定なし
※ 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	15人
	女性	29人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	34人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	2人
	要介護1	6人
	要介護2	13人
	要介護3	7人
	要介護4	10人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上 1年未満	6人
	1年以上 5年未満	25人
	5年以上 10年未満	7人
	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	0人

### (入居者の属性)

平均年齢	89.5歳
入居者数の合計	44人
入居率※	97%
※ 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	3人
	医療機関	3人
	死亡者	8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	15人
		(解約事由の例) 長期入院 経済的理由により他施設へ転居

## 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		ケアバルデ お客様相談室
電話番号		0120-468-122
対応している時間	平日	9:00-18:00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土・日・祝・年末年始

(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) 日本興亜損害保険株式会社 「総合賠償責任保険」
	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	1 あり	(その内容) 施設の緊急対応マニュアルに沿って、医療機関と連絡を取り適切に処理する。家族及び、身元保証人への速やかに連絡し、対処方法を相談する。
	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	2024年6月
		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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1回
	2 <input type="checkbox"/> なし	
	1 <input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容) 書面にて通知
	2 <input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		
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 事業主体が岐阜県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			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	訪問介護ステーションベルデ岐阜中央	岐阜市織田塚町2丁目8番
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	訪問看護ステーションベルデ岐阜中央	岐阜市織田塚町2丁目8番
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		
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		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
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		ケアプランセンターベルデ岐阜中央	岐阜市織田塚町2丁目8番地
<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	訪問看護ステーションベルデ岐阜中央	岐阜市織田塚町2丁目8番
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		
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		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	ケアプランセンターベルデ岐阜中央	岐阜市織田塚町2丁目8番地
<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		
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		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	訪問介護ステーションベルデ岐阜中央	岐阜市織田塚町2丁目8番
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
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）			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	○				
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		○	種別	1袋単位	実費
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		○	時間	30分/1,400円	協力医療機関・緊急搬送時は介護給付に含むサービスとして実施
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		○	1,030	1週/1,030円×利用週	
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		○	1,296	1食/1,296円×喫食日数	
おやつ			なし	あり		○			食費に含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○			実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	時間	職員同行時 30分/1,400円	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○				介護保険申請手続き
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		○			年2回実施 実費
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				
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	○	○	352	352円×4回（居宅療養管理指導料）	
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					緊急で必要と考えられる場合、介護給付に含むサービスとして実施
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。

