

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年10月19日
記入者名	川人
所属・職名	事務

※ 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 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ みまめでいかるさーびす 有限会社 ミマメディカルサービス	
主たる事務所の所在地	〒779-0114 徳島県板野郡板野町羅漢字野神 60 番地 1	
連絡先	電話番号	088-672-3568
	FAX番号	088-672-3568
	メールアドレス	
代表者	氏名	美馬 正子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成2年12月20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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく しあわせのさと はな サービス付き高齢者向け住宅 しあわせの郷 華	
所在地	〒771-1330 徳島県板野郡上板町西分字山下 11-3	
主な利用交通手段	最寄駅	板野駅
	交通手段と所要時間	公共交通機関利用の場合 板野駅よりバス（鍛冶屋原線）で滝ノ宮停留所 で下車、徒歩5分 自家用車利用の場合 板野西武消防署より西へ2分
連絡先	電話番号	088-694-7558
	FAX番号	088-694-7568
	メールアドレス	hana-hana@mk.pikara.ne.jp
管理者	氏名	三好 真治
	職名	施設長
建物の竣工日		平成23年2月1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成23年2月3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	県（市）
	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	573.61 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	( 2021年2月1日～ 2031年1月31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	580.06 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	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	( 2021年2月1日～ 2031年1月31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	18.24 m <sup>2</sup>	15室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	22.16 m <sup>2</sup>	1室	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	18.24 m <sup>2</sup>	3室	一般居室個室
	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	0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		0ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所		
			大浴場		0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴		0ヶ所		
			リフト浴		0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)	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	便所		浴室		その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 1 あり		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input 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	2 一部あり	
3 なし	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし	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	地域における高齢者の住宅としても役割を果たしていく。
サービスの提供内容に関する特色	出来る事は自分でしていただき、24時間の見守りサービスで安心して生活していただきます。 入浴・排泄・食事介助・居室の掃除は訪問介護等をご利用ください。 その他リネン交換・洗濯・布団干し・ゴミ出し・買い物代行はご利用者様が選択できるサービスとなっております。サービスを希望されない方はサービス費を減額しています。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

##### (医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	野田医院
		住所	徳島県板野郡上板町鍛冶屋原字西北原 18
		診療科目	内科・呼吸器科・消化器科
		協力科目	内科・呼吸器科・消化器科
		協力内容	入居者の診療・往診・健康診断
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	そがわ歯科	
	住所	徳島県板野郡上板町西分字カヤノ 16 番地 1	
	協力内容	入居者の歯科診療	

**(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ( )		
判断基準の内容	入居者の身体・認知面での変化による。		
手続きの内容	居室変更届を提出		
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
居室利用権の取扱い	変更届の日時を持って移動する。		
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(変更内容) 居室によって賃料の変更がある。
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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	常時、医療管理が必要な方は要相談。 寝たきり等、状態の変化により対応困難となった場合は、他の福祉施設への転居をお願いする場合があります。	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が他入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合。 認知状態・健康状態共に対応困難となった場合、等。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容：1～20日まで・レンタル等あり)	

	2 なし
入居定員	20人
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談

## 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（兼務）
生活相談員	0	0	0	0
直接処遇職員	7	2	5	5.5
介護職員	7	2	5	5.5
看護職員	0	0	0	0
機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	1	0	1	0.5
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	3	0	3
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	4	2	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	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	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 (20 時～8 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	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		介護職員初任者研修修了者							
			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	1						
前年度1年間の退職者数			0	1						
応じた業務に従事した経験年数に の人数	1年未満		0	0						
	1年以上		0	1						
	3年未満									
	3年以上			0	4					
	5年未満									
	5年以上			0	0					
	10年未満									
10年以上			2	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】	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	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		
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	別科変動、人件費上昇により改定する場合がある。
	手続き	個別に説明し、同意書を交わす。

**(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	自立	要介護3	
	年齢	75歳	82歳	
居室の状況	床面積	18.24 m <sup>2</sup>	18.24 m <sup>2</sup>	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 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		96,000円	94,000円	
家賃		29,000円	27,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用		円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	36,000円	36,000円
		管理費	16,000円	16,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
その他		15,000円	15,000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	建物の賃貸料、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	-
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	共用施設の維持管理・修繕費。事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費。
食費	厨房維持費、および1日3食を提供する為の費用。
光熱水費	家賃に組み込んでいます。
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	施設で生活する上で困ったこと等をその他サービスとして提供させていただきます。ご利用者様の希望で選択できるサービス内容となっております。希望されない場合はサービス費を減額して請求いたします。

**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	5人
	女性	9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	5人
	85歳以上	7人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	3人
	要介護2	3人
	要介護3	2人
	要介護4	2人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	8人
	5年以上 10年未満	1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	85歳
入居者数の合計	14人
入居率*	70%
※ 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	1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	3人 (解約事由の例) 入院、老人福祉施設への転居、家族や入居者様の自己都合等。

**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	しあわせの郷 華	
電話番号	088-694-7558	
対応している時間	平日	午前8時～午後5時
	土曜	午前8時～午後5時
	日曜・祝日	-
定休日	日曜・祝日・12月31日～1月3日	

窓口の名称	徳島県保健福祉部長寿いきがい課施設サービス指導担当
電話番号	088-621-2182・2159

対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土曜日・日曜日・祝日・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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社
	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"/> 1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
		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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
---------	---

## 10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 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: ) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
不適合事項がある場合の内容	看護職員・機能訓練士等の配置なし				

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			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	リハビリ・デイサービス ところ	板野郡上板町西分字 山下12-3
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		
＜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		
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	併設・隣接		
＜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		
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		
<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		
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		
<介護保険施設>					
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		
<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	リハビリ・デイサービス ココロ	板野郡上板町西分字 山下 12-3
その他の生活サービス	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）			都度※2	料金※3	備 考
	なし	あり	なし	あり	包含※2			
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				
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		○		個人病院への送迎のみ（病院内の付き添いはしません）
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○		希望されない場合サービス費を減額します
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○		希望されない場合サービス費を減額します
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		希望されない場合サービス費を減額します
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○		体調不良・病氣罹患時のみ
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	100円追加	ソフト食・ペースト食（1日につき100円追加）
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		○	1500円	協力理髪店のみ（カットのみ）
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○		希望されない場合サービス費を減額します
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		○		家族・本人からの現金を金庫にて預かります。銀行等の通帳からの出し入れは致しません。
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○		協力医療機関にて（健診内容により料金は変更になります）
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		○		薬準備。服薬確認
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。