

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	
所属・職名	

## 1. 設置者概要

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) かぶしきがいしゃ しえんのもり 株式会社 支援の森	
主たる事務所の所在地	〒750-0324 山口県下関市菊川町大字久野94番地1	
連絡先	電話番号	083-287-0001
	FAX番号	083-287-0003
	メールアドレス	asou@shiennomori.com/
	ホームページアドレス	https://shiennomori.com/
代表者	氏名	麻生 太郎
	職名	代表取締役
設立年月日	令和4年1月17日	
主な実施事業	※別添1	

## 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) こころはうす こころハウス	
所在地	〒750-0324 山口県下関市菊川町大字久野94番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR山陽本線 小月駅
	交通手段と所要時間	小月駅から車(タクシー)で約20分 川棚温泉駅から車(タクシー)で約15分
連絡先	電話番号	083-287-0001
	FAX番号	083-287-0003
	メールアドレス	info@shiennomori.com/
	ホームページアドレス	https://shiennomori.com/
管理者	氏名	中野 篤史

	職名	施設長
	建物の竣工日	平成15年9月1日
	有料老人ホーム事業の開始日	令和4年6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	
	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	5,931㎡	
	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 (令和4年6月1日～令和14年5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	1636.30㎡
		うち、老人ホーム部分	1636.30㎡
	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 (令和4年6月1日～令和14年5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（縁故者居室を含む）				
		② 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
		最大	3 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	43.80 m <sup>2</sup>	1	一般居室夫婦屋
	タイプ2	有/無	有/無	21.00 m <sup>2</sup>	21	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	43.80 m <sup>2</sup>	4	一般居室相部屋
	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	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	4ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	2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（ ）	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	① あり	2 一部あり
	便所	① あり	2 一部あり
	浴室	① あり	2 一部あり
	その他（ホール）	① あり	2 一部あり
土砂災害警戒区域	該当	1 あり	② なし
浸水想定区域 （洪水・津波・高潮）	該当	1 あり	② なし
		1の場合 <input type="checkbox"/> 土石流 <input type="checkbox"/> 急傾斜地 <input type="checkbox"/> 地すべり	
		1の場合 <input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 高潮 想定浸水深 m～ m	

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

運営に関する方針	利用者の生活と心身機能の特性を考慮した住宅機能を整備し、要支援・要介護時において居宅サービスを活用した福祉機能を備え、その自立生活の維持に努めることにより、利用者が住み慣れた地域での生活が継続可能なサービス提供をおこなうとともに、利用者に自立の気持ちさえあればいつまでも住める環境づくりを自ら進んで取り組めるよう援助し、清潔で明るく住みよい施設づくりに努めます。
サービスの提供内容に関する特色	介護が必要な入居者の方は、居宅サービスをご利用して頂くことが可能です。また、プライベート空間を十分確保でき自宅と変わらない快適な空間となっております。さらに経験豊富な有資格者スタッフも多数在籍しており、24時間体制でご入居者様のサポートを行っています。
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

##### （介護保険サービスの内容） ※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
	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
	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 ケア加算	(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)イ 1 あり 2 なし (I)ロ 1 あり 2 なし (II) 1 あり 2 なし (III) 1 あり 2 なし
	介護職員処 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 あり 2 なし
	介護職員等 特定処遇改 善加算	(I) 1 あり 2 なし (II) 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	佐藤医院
		住所	下関市小月駅前一丁目6番25号
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	通常診療・外来診療・緊急時の医療行為
	2	名称	医療法人社団豊愛会 豊北病院
		住所	下関市豊北町栗野2397
診療科目		内科	

		協力科目	内科
		協力内容	入院治療・外来診療
協力歯科医療機関		名称	むらしま歯科菊川診療所
		住所	下関市菊川町大字下岡枝474-1
		協力内容	定期検診

**(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( )	
判断基準の内容		
手続きの内容		
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	入居契約書第19条の定めによる	
契約の解除の内容	入居者又は事業者からの解約解除の申し入れがあった場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第28条の定めによる
	解約予告期間	6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: 空室がある場合のみ受付を行い、1泊2日を上限とし、費用は4,000円とします。) 2 なし	

入居定員	35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		1.0
生活支援員	4	1	3	1.9
直接処遇職員				
介護職員	3	1	2	1.2
看護職員	3	1	2	1.4
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	1	1		1.0
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	1	2	
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		
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 ( 19時30分～翌朝7時30分)		
	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	0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 老人ホームの介護保険サービス提供体制 (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											
前年度1年間の退職者数											
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										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
10年以上											
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	(1) 土地又は建物に対する租税その他の負担の増減により賃料が不相当となった場合 (2) 土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により賃料が不相当となった場合 (3) 近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合
	手続き	1 事業者は、前項の費用の改定にあたっては、施設が所在する行政機関が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、入居者及び入居者家族と協議の上で改定するものとします。 2 入居者が支払うべき費用を改定する場合は、あらかじめ事業者は入居者及び身元引受人等に通知します。

(利用料金のプラン【代表的なプランを3例】)

		プラン1 (一般居室 夫婦部屋利用 (1人分料金プラン))	プラン2 (一般居室 個室料金プラン)	プラン3 (生活保護受給者)	
入居者の状況	要介護度	要介護2	要介護3		
	年齢	70歳	68歳	68歳	
居室の状況	床面積	43.80㎡	21.00㎡	21.00㎡	
	便所	①有 ②無	①有 ②無	①有 ②無	
	浴室	①有 ②無	①有 ②無	①有 ②無	
	台所	①有 ②無	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	0円	
	敷金	0円	0円	0円	
月額費用の合計		109,100円	121,100円	89,100円	
家賃		30,000円	40,000円	25,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	0円	0円	0円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	49,100円	49,100円	49,100円
		管理費	20,500円	20,500円	5,500円
		介護費用	0円	0円	0円
		光熱水費	4,500円	6,000円	4,000円
その他(リネ・クリーニング費等)		5,500円	5,500円	5,500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	施設賃貸借費用、設備備品費等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	徴収しない。
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	共用部分の清掃、館内設備の保守点検、入浴備品
食費	朝食360円、昼食615円、夕食640円とする。
光熱水費	年間平均使用料の推移予測等を基礎として、1室あたりの光熱水費を算出した。
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	
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		人
	女性		人
年齢別	65歳未満		人
	65歳以上 75歳未満		人
	75歳以上 85歳未満		人
	85歳以上		人
要介護度別	自立		人
	要支援 1		人
	要支援 2		人
	要介護 1		人
	要介護 2		人
	要介護 3		人
	要介護 4		人
	要介護 5		人
入居期間別	6ヶ月未満		人
	6ヶ月以上 1年未満		人
	1年以上 5年未満		人
	5年以上 10年未満		人
	10年以上 15年未満		人
	15年以上		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		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡者		人
	その他		人

生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	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	こころハウス	
電話番号	083-287-0001	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	無し	

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※設置者や施設以外の窓口を記入すること。

窓口の名称	下関市福祉部長寿支援課 施設係	
電話番号	083-231-1168	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土・日・祝 年末年始	
窓口の名称	公益社団法人全国有料老人ホーム協会	
電話番号	03-3548-1077	
対応している時間	平日	10:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
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	損保ジャパン ウォームハート (介護事業者&福祉事業者向け賠償責任保険)
	2 なし	
サービスの提供により賠償すべ	① あり	保険金支払等

き事故が発生したときの対応	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	
		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 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】	1 あり（提携ホーム名： ） 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住宅の登録	1 あり ② なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「7. 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	一部個室ではなく、多床室となっている 一部多床室にて床面積が基準に達していない
「8. 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	一部、個室ではなく多床室となっている、夜勤職員が 1 名で、休憩時間は 0 人となる 一部多床室にて床面積が基準に達していない

#### 添付書類

別添 1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表

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  
(個別選択による介護サービス一覧表)

11 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

上記内容について、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	山口県下関市菊川町大字久野94番地1
	法人名	株式会社支援の森
	代表者名	代表取締役 麻生 太郎
	事業所名	こころハウス
	説明者氏名	(印)

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	(印)
代筆者	住所	
	氏名	(印)
	続柄	
※利用者自ら署名ができない場合に、代筆者の氏名等の記載をお願いします。		
代理人	住所	
	氏名	(印)
	関係	
※法定代理人等が選任されている場合のみ、代理人の氏名等の記載をお願いします。		

別添 1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表

介護保険サービスの種類			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	こころハウスヘルパーステーション	
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		
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	ケアプロダクツ支援の森	
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	ケアプロダクツ支援の森	
< 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	Green DelSole	
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	こころハウスヘルパーステーション	
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	ケアプロダクツ支援の森	

特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	ケアプロダクツ支援の森	
<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		
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		備 考		
	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		
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	50円/回
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	100円/回
おむつ代			なし	あり			おむつが無くなった（足りなくなった）場合、業者の紹介が可能です。紹介業者から購入する場合は、業者へ対し直接の費用のお支払いをお願いします。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1,000円/回
特浴介助	なし	あり	なし	あり			入浴介助の場合は1回につき1,000円とします。また、清拭のみの場合は、1回につき500円とします。
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	100円/回
機能訓練	なし	あり	なし	あり			移動介助、着替え等の身辺介助が必要な場合は、1回につき100円とします。また、義歯洗浄については、1回につき50円とします。
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	400円～
							下関市内の場合、30分毎に400円とします。下関市外の長門市、美祢市及び山陽小野田市の場合は、1時間毎に400円とします。なお協力医療機関への受診の場合は、費用は発生しません。また、上記以外の地域は対応しておりません。
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	800円/回
寝具貸付及びリネン交換	なし	あり	なし	あり		○	700円/回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	500円/回
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	50円/回
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			
理美容師による理美容サービス			なし	あり			提携理美容業者へ直接のお支払いをお願いします。
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	800円/時
							30分毎に400円とします。ただし、買い物代行できる範囲は原則として日用品に限り、酒類やたばこ等の嗜好品の買い物代行は行いません。

役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,600円/時	30分毎に800円とします。
金銭・貯金管理			なし	あり			1,000円/月	事務所にて預かり金の管理を行う場合
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	○			9時から17時までの間で対応します。なお、施設運営の都合上、ご希望の時間を変更させて頂く場合があります。
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			9時から17時までの間で対応します。なお、施設運営の都合上、ご希望の時間を変更させて頂く場合があります。
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○	500円/月	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○			9時から17時までの間で対応します。なお、施設運営の都合上、ご希望の時間を変更させて頂く場合があります。
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		○	400円/時	下関市内の場合、30分毎に400円とします。下関市外の長門市、美祢市及び山陽小野田市の場合は、1時間毎に400円とします。
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。