

B. 重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和5年7月1日 |
| 記入者名 | 谷崎 啓子 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1. 設置者概要

| | | |
|------------|------------------------------------|--------------------|
| 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) ていーわす かぶしきかいしゃ ティーワス株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒751-0875 | |
| 連絡先 | 電話番号 | (083) 263-1011 |
| | FAX番号 | (083) 250-7783 |
| | ホームページアドレス | http://www.twas.jp |
| 代表者 | 氏名 | 河野 明子 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 13年 12月 14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) ゆうりょうろうじんほーむ ていほーむかわたな 有料老人ホーム デイホーム川棚 | |
| 所在地 | 〒759-6301 下関市豊浦町川棚 1500-3 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | J R山陰本駅 川棚温泉駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 自動車利用の場合 J R山陰本駅 川棚温泉駅より乗車10分 |
| 連絡先 | 電話番号 | (083) 774-2266 |
| | FAX番号 | (083) 774-2447 |
| | ホームページアドレス | http://www.twas.jp |
| 管理者 | 氏名 | 谷崎 啓子 |
| | 職名 | 施設長 |

| | | | | |
|---------------|-------|-----|-----|-----|
| 建物の竣工日 | 昭和・平成 | 19年 | 9月 | 13日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成 | 19年 | 12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） |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型 |
| 4 健康型 |

3. 建物概要

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| 土地 | 敷地面積 | 1,642.32 m ² | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2007年11月1日～) | |
| | 2 なし | | | |
| | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 445.14 m ² | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 440.58 m ² | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 () | | |
| | | 4 その他 () | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | |
| 2 鉄骨造 | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 | | | | |
| 4 その他 () | | | | |
| 所有関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 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 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 | |

| | | | | | | |
|--|--------------------|------------------|----------------------|--|-------|--------|
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | | | 1 人部屋 | |
| | 最大 | | | 2 人部屋 | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 9.937 m ² | 5 | 一般居室個室 |
| タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 9.937 m ² | 10 | 相部屋 | |
| タイプ3 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| タイプ4 | 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 | 2 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 | | 2 ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 1 ヶ所 | 個室 | | 1 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 | | ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | 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 | | | |
| 土砂災害警戒区域 | 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 | | |
| 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"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 高潮 想定浸水深 m ~ m | | |

| | | |
|----------------|--|--|
| | 要介護の者 | 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | | |
| 契約の解除の内容 | ①入居者が逝去の場合 ②長期（1か月以上）入院の場合 ③入居者又はご家族から退去の申し出があった場合 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | ①利用料金の未納 ②他の入居者や介護職員等に危害を与え、または与える恐れがある場合 ③その他 契約書 第5章 事業者からの契約解除の項目を参照 |
| | 解約予告期間 | 30日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり（内容：施設の雰囲気を体感して頂く） 2 なし ・空室があるときにご利用できます。原則、2泊3日まで ・一人部屋代 1泊：3,500円（朝・夕食費込み） ・二人部屋代 1泊：2,500円（朝・夕食費込み） ・おやつ 50円（1回）昼食 600円 ・生活用品、介護費、医療費等は別途必要 | |
| 入居定員 | 25人 | |
| その他 | 身元保証人が用意できない場合は事前にご相談下さい | |

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 | | |
| 生活相談員 | 0 | 0 | 0 | |
| 直接処遇職員 | 11 | 0 | 11 | |
| 介護職員 | 11 | 0 | 11 | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | 4 | | 4 | |
| 事務員 | 1 | 1 | | |
| その他職員 | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2} | | | | |
| <p>※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。</p> <p>※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。</p> | | | | |

(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 | 0 | 4 |
| 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 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (21時15分～8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 | 1人 |

(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 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 応じた業務に従事した経年数に 職員の人数 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年未満 | | | | | | | | | |
| 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 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】 | 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 手続き | 運営懇談会での承認 文書にて同意を得た後 |
|---------|-----------|-------------------------|

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | 個室 | 相部屋 (2人) | |
|--|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 2 | 2 | |
| | 年齢 | 69 歳 | 69 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 9.937 m ² | 9.937 m ² | |
| | 便所 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | 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 | | 120,000 円 | 85,000 円 | |
| 家賃 | | 45,000 円 | 25,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 0 円 | 0 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 45,000 円 | 45,000 円 |
| | | 管理費 | 30,000 円 | 15,000 円 |
| | | 介護費用 | 0 円 | 0 円 |
| | | 光熱水費 | 【実費】円 | 【実費】円 |
| その他 (個人消耗品) | | 【実費】円 | 【実費】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 | 土地の賃借料、建物の減価償却、借入金の支払利息、近隣地区の家賃相場等を勘案 |
| 敷金 | なし |
| 介護費用 | なし |
| 管理費 | 安否確認や事務処理に対応する人件費等 |
| 食費 | 朝食 350 円、昼食 600 円、おやつ 50 円夕食 500 円=1,500 円 (1日×30日) |
| 光熱水費 | 個室に設置された電気メーターの使用料に応じた料金 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2に記載の通り |
| その他のサービス利用料 | |

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 | 0 人 |
| | 女性 | 11 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 | 2 人 |
| | 85 歳以上 | 9 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 人 |
| | 要支援 1 | 0 人 |
| | 要支援 2 | 0 人 |
| | 要介護 1 | 1 人 |
| | 要介護 2 | 4 人 |
| | 要介護 3 | 3 人 |
| | 要介護 4 | 3 人 |
| | 要介護 5 | 1 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 0 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 3 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 4 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 3 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 | 88 歳 |
| 入居者数の合計 | 11 人 |
| 入居率* | 44 % |
| ※ 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 | 1 人 |
| | その他 | 0 人 |
| 生前解約の | 施設側の申し出 | 0 人 |

| | | |
|----|----------|-------------------------------|
| 状況 | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 3 人 |
| | | (解約事由の例) 医療機関及び老健等に入院・入所の為 |

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 | | 有料老人ホーム デイホーム川棚 |
| 電話番号 | | (083) 774-2266 |
| 対応している時間 | 平日 | 午前8時30分から午後5時30分 |
| | 土曜・日曜 | 対応しません |
| | 祝祭日 | 午前8時30分から午後5時30分 |
| 定休日 | | 土曜・日曜・年末年始(12月31日から1月3日) |
| 窓口の名称 | | ティーワス株式会社 本社 |
| 電話番号 | | (083) 263-1011 |
| 対応している時間 | 平日 | 午前8時から午後5時 |
| | 土曜・日曜 | 対応しません |
| | 祝祭日 | 午前8時から午後5時 |
| 定休日 | | 土曜・日曜・年末年始(12月31日から1月3日) |

(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 | | 下関市市役所 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 | 午前8時30分から午後5時15分 |
| | 土曜 | 対応しません |
| | 日曜・祝祭日 | 対応しません |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝祭日、年末年始(12月28日から1月3日) |
| 窓口の名称 | | 山口県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | | (083) 995-1010 |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時から午後5時 |
| | 土曜 | 対応しません |
| | 日曜・祝祭日 | 対応しません |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝祭日、年末年始(12月28日から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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 三井住友海上損害保険 (株) |
| | 2 なし | |
| 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) 三井住友海上損害保険 (株) |
| | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | 年 1回 以上 |
| | | 結果の開示 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり | (内容) 個別の面談や文章による通知 |
| | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <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「7. 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 | 居室面積不足 (13 m ² /人) 相部屋あり | |
| 「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 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

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)

※ _____ 様

説明年月日 令和 ____ 年 ____ 月

説明者氏名及び役職

(役職: _____)

※ 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 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|----------------------|----|----|--------------------|---------------------------------|
| ＜居宅サービス＞ | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | ティールスヘルパーステーション | 下関市秋根本町2-9-20 |
| 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 | ティホーム川棚 | 下関市豊浦町川棚1500-3 |
| 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 | | |
| 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 | ティールス居宅介護支援センター | 下関市長府才川2-4-27 |
| ＜介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | ティールスヘルパーステーション | 下関市秋根本町2-9-20 |
| 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 | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | ティホーム川棚 わくわくハウス | 下関市豊浦町川棚1500-3 下関市長府才川2-4-27 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 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 | ティールス居宅介護支援センター | 下関市長府才川2-4-27 |
| ＜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 | | |

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（消費税別）

| 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 |
|----------------------------------|--------------------------------|----------|----------|---|--|----|
| | 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 | | | | | 消費者物価指数及び人件費等を勘案し、料金の見直しを 年に1回見直し、改定する場合があります。 1 | |
| 食事介助 | なし | あり | | ○ | 備考 800円/回(30分未満) | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | | ○ | 備考 ・おむつ交換：200円/回 ・ポータブルトイレや排泄物破棄：200円/回 ※介護サービスを利用することもできます。 | |
| おむつ代 | なし | あり | | ○ | ・実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | | ○ | 備考 ・浴室利用料：500円/回(20分程度) ・入浴時に介助が必要な時：+500円/回 ・清拭：400円/回 ・清拭・更衣：800円/回 ※介護サービスを利用することもできます。 | |
| 特浴介助 | なし | あり | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | | ○ | ・500円/回。 ※介護サービスを利用することもできます。 | |
| 機能訓練 | なし | あり | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | | ○ | 備考 ①2000円/1時間以内 ※介護サービスを利用することもできます | |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | ○ | ○ | 備考 ・250円/10分(予約要する) ・ゴミ箱のごみ捨て1回/日は管理費に含みます。 ※介護サービスを利用することもできます | |
| リネン交換 | なし | あり | | ○ | 備考 ・100円/1枚 ※介護サービスを利用することもできます | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | | ○ | ・20～100円/枚 ※介護サービスを利用することもできます | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | | ○ | ・管理費に含みます。 | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | | ○ | ・体調や嚥下状態により、刻み、ペースト食に変更可能。 | |

| | | | | | | |
|-------------------|----|----|--|---|----|---|
| おやつ | なし | あり | | ○ | | ・ 50 円/回 |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | | ○ | | ・ 外部からの訪問理美容カット 1, 500 円程度 |
| 買い物代行 | なし | あり | | ○ | | ・ ※事業所周围での買い物代行は生活用品のみ。(高価なものや一人で運べないものは買い物いたしません)・ 宅急便受け取り、出し・郵便物の受け取り：900 円/回 (30 分程度) ※介護サービスを利用することもできます |
| 役所手続き代行 | なし | あり | | ○ | | ・ 役所の手続き、書類作成等の援助は、必要に応じて行います。(代行可能なもので行政書士法に抵触しないこと) 900 円/回 (30 分程度) |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | | ○ | | ・ 1500 円/月 |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | | ○ | | ・ 希望者は年 2 回、実費 (治療費、薬代は実費) |
| 健康相談 | なし | あり | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | | | | ・ 生活上の相談 (心配事や悩み) は月曜日から金曜日の午前 9 時から 17 時の間で 10 分から 20 分程度の相談に応じます。(すぐに対応ができないときがあります) |
| 服薬支援 | なし | あり | | ○ | | ・ 病院受診後、内服薬の受け取りは 750 円/回 ・ ご自身で服薬管理ができないときは、事業所で管理します ※介護サービスを利用することもできます |
| 生活リズムの記録 (排便・睡眠等) | なし | あり | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | | ○ | 備考 | ・ 2000 円/1 時間以内 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | | ○ | | ・ 2000 円/1 時間以内 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | | ○ | 備考 | ・ 1,000 円/回 (豊浦町内) 洗濯代は別途頂きます。 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | | ○ | 備考 | ・ 1,000 円/回 (豊浦町内) |