別紙様式

**重要事項説明書**

**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）しゃかいふくしほうじんらいふけあたかさご社会福祉法人ライフケア高砂 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒747-0062 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0835 - 22 - 5500 |
| FAX番号 | 0835 - 22 - 5504 |
| ホームページアドレス | http:// life-care-takasago.jp |
| 代表者 | 氏名 | 上田　巌 |
| 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 平成 10 年 7 月 13 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）らいふろはすたかさごライフロハス高砂 |
| 所在地 | 〒747-0062山口県防府市大字上右田334 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR　防府駅 |
| 交通手段と所要時間 | ①バス利用の場合防府駅より防長バスで乗車15分ライフケア高砂停留所で下車 徒歩1分②自動車利用の場合防府インター下車　約10分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0835 - 22 - 5500 |
| FAX番号 | 0835 - 22 - 5504 |
| ホームページアドレス | http:// life-care-takasago.jp |
| 管理者 | 氏名 | 金永　万有美 |
| 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | 昭和・平成　29 年 3 月 14 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成　29 年 11 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 | 山口県 |
| 事業所の指定日 | 平成 29 年 11 月 1 日 |
| 指定の更新日（直近） | 令和　3 年　7 月 1 日 |

**３．建物概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 土地 | 敷地面積 | 1,249㎡ |
| 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 |
|  | 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 |
| 契約の自動更新 | １　あり　　２　なし |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1,020 ㎡ |
| うち、老人ホーム部分 | 984.04㎡ |
| 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 |
|  | 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 | 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 | 17.4㎡ | 27 |  |
| タイプ 2 | 有／無 | 有／無 | 17.4㎡ | 5 |  |
| タイプ 3 | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ 4 | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ 5 | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ 6 | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ 7 | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ 8 | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ 9 | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| タイプ10 | 有／無 | 有／無 | ㎡ |  |  |
| ※「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 | 4ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 3ヶ所 |
| うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4ヶ所 |
| 共用浴室 | 1ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 |
| 大浴場 | 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 |
| 緊急通報装置等 | 居室１　あり２　一部あり３　なし | 便所１　あり２　一部あり３　なし | 浴室１　あり２　一部あり３　なし | その他（　　　　）１　あり２　一部あり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 | ロハス（健康で持続的なライフスタイル）を指針とし、入居者様の健康で自分らしい暮らしをサポートする |
| サービスの提供内容に関する特色 | 併設の訪問介護事業所における介護保険利用限度額を超える介護サービスについては包含の施設サービスで対応する |
| 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 |

**（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 | ライフクリニック |
| 住所 | 山口県防府市上右田336-1番地 |
| 診療科目 | 内科・外科・小児科 |
| 協力科目 | 内科・外科 |
| 協力内容 | 月1回の訪問診療による健康管理・緊急時の対応（医療費・その他の費用は自己負担） |
| ２ | 名称 | 山口博愛病院 |
| 住所 | 山口県防府市お茶屋町2-12 |
| 診療科目 | 消化器内科・糖尿病・代謝内科・血液内科・循環器内科・呼吸器内科神経内科・外科・整形外科・皮膚科・アレルギー科・放射線科 |
| 協力科目 | 同上科目 |
| 協力内容 | 緊急時等の入院受け入れ体制 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 周陽歯科医院 |
| 住所 | 山口県防府市大字新田590-3 |
| 協力内容 | 週2回の訪問歯科診療・口腔ケア（医療費、その他の費用は自己負担） |

**（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 | 自立・要支援の場合、別途料金加算 |
| 契約の解除の内容 | 1. 死亡
2. 入居者又は事業者から契約解除が行われた場合
 |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | ①入居者の行動が、他の入居者・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等②反社会的勢力に関与がある場合③その他不適切な行為・行動があった場合（審議の上決定） |
| 解約予告期間 | １ヶ月（急務により解約する場合はこの限りではない） |
| 入居者からの解約予告期間 | １ヶ月（急務により解約する場合はこの限りではない） |
| 体験入居の内容 | １　あり（内容：2,000円/日、別途食事代1,450円/日）* 朝350円・昼600円・夕500円

２　なし |
| 入居定員 | 32室32名（1室夫婦入居の場合はこの限りではない） |
| その他 |  |

**５．職員体制**

**（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 |
| 生活相談員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 直接処遇職員 | 11 | 7 | 4 | 9 |
|  | 介護職員 | 8 | 6 | 2 | 7 |
|  | 看護職員 | 3 | 2 | 1 | 2.5 |
| 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 | 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 |
| ※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。 |

**（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 | 7 | 5 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 3 | 1 | 2 |
| 初任者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 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 | 3 | 2 | 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 |

**（夜勤を行う看護・介護職員の人数）**

|  |
| --- |
| 夜勤帯の設定時間（　17　時～　10　時） |
|  | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員 | 1 | 0 |
| 介護職員 | 1 | 　　　　1 |

**（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 | 社会福祉士 |
| 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 |  | 1 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |
| 前年度１年間の退職者数 |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | １年未満 |  |  |  | 　 | 1 |  |  |  |  |  |
| １年以上３年未満 |  |  | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |
| ３年以上５年未満 |  |  | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |
| ５年以上10年未満 |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10年以上 | 　1 | 　2 | 　4 | 　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　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 | 物価変動、人件費上昇により、改定する場合がある。 |
| 手続き | 運営懇談会の意見を聴く。 |

**（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5 |
| 年齢 | 80歳 | 85歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 17.4㎡ | 17.4㎡ |
| 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 | 125,400円 | 114,400円 |
|  | 家賃 | 40,000円 | 38,000円 |
|  | サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※１の費用 | 円 | 円 |
|  | 介護保険外※２ | 食費 | 43,350円 | 43,350円 |
|  | 管理費 | 35,000円 | 35,000円 |
|  | 光熱費 | 利用分実費 | 利用分実費 |
|  |  |  | その他 | 都度払いサービス有（介護保険外実） | 都度払いサービス有（介護保険外実） |
| ※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 | 施設の建設費、修繕費を基礎とし、近隣の住宅家賃等を参考に算定 |
| 敷金 | 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 | 共有部分の維持管理費、事務管理部門の人件費及び事務費、サービス提供のための人件費、介護保険サービス以外の日常的な介護に関する人件費 |
| 食費 | 朝食350円　昼食600円　夕食500円 |
| 電気代 | 自室内の電気使用量メーターあり。使用分実費 |
| 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 |  |

**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 | 10人 |
| 女性 | 22人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| 65歳以上75歳未満 | 1人 |
| 75歳以上85歳未満 | 6人 |
| 85歳以上 | 25人 |
| 要1介護度別 | 自立 | 0人 |
| 要支援１ | 0人 |
| 要支援２ | 0人 |
| 要介護１ | 10人 |
| 要介護２ | 10人 |
| 要介護３ | 6人 |
| 要介護４ | 2人 |
| 要介護５ | 4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 | 17人 |
| ５年以上10年未満 | 0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 | 89.3歳 |
| 入居者数の合計 | 32人 |
| 入居率※ | 100％ |
| ※ 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 | 0人 |
| 医療機関 | 3人 |
| 死亡者 | 4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）　・法人内、特別養護老人ホーム入居を希望 |

**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 | ライフロハス高砂苦情受付窓口 |
| 電話番号 | 0835－22－5500 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～18:00 |
| 土曜 | 9:00～18:00 |
| 日曜・祝日 | 9:00～18:00 |
| 定休日 | なし |

**（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 | 山口県健康福祉部長寿社会課 |
| 電話番号 | 083-933-2793 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:15 |
| 土曜 | なし |
| 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | 土日祝 |

**（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）損保ジャパンの社会福祉施設「施設の損害賠償」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。 |
| 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）事故対応マニュアルにもとづく |
| 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 | 3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　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：特別養護老人ホームライフケア高砂）　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 |  |
| 「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　　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）

　　　　　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　令和　　年　　月　　日

説明者署名

令和　３　年　８　月　１　日

有料老人ホーム　ライフロハス高砂　重要事項説明書を、

利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を文書にて説明し交付しました。

<事業者>

所 在 地 山口県防府市大字上右田３３４

事業所名 社会福祉法人　ライフケア高砂

有料老人ホーム　ライフロハス高砂

施設長 金永　万有美　　　　 印

令和　３　年　８　月　１　日

有料老人ホーム　ライフロハス高砂　重要事項説明書を、

利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を文書にて説明を受け同意しました。

<利用者>

住 所

氏　 名 印

<代理人（選任した場合）>

住　 所

氏　 名 　印

利用者との続柄（　　　　　）

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 | ライフケア高砂訪問介護事業所(ライフロハス) | 防府市上右田334 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 |  |  |
| 訪問看護 | あり | あり | 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 | ライフケア高砂 | 防府市上右田334 |
| 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 | ライフケア高砂 | 防府市上右田334 |
| 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 | ライフケア高砂 | 防府市上右田334 |
| ＜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 | ライフケア高砂 | 防府市上右田334 |
| 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 |  |  |
| 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(個別介護サービス)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 | 備　　考 |
| （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 |  |  |  | 介護保険外で食事介助が必要な場合 |
|  | 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 介護保険外で排泄、オムツ交換必要時 |
|  | おむつ代 |  |  | なし | あり |  | 〇 | 実費 |  |
|  | 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり |  | 〇 |  | 湯はりのみ500円／回身体介護1,500円／回 |
|  | 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 | 〇 |  |  | 訪問介護 |
|  | 機能訓練 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  |
|  | 特別な介護 | なし | あり | なし | あり | 〇 |  | 10,000 | 個別認知ケア（常時見守りが必要な場合） |
|  | 通院介助 | なし | あり | なし | あり |  | 〇 | 1,500 | 1時間 |
|  | 歯ブラシ代 | なし | あり | なし | あり |  | 〇 | 100 | 1本　 |
|  | マスク代 | なし | あり | なし | あり |  | 〇 | 500 | 25枚　 |
|  | 口腔ケアガーゼ代 | なし | あり | なし | あり |  | 〇 | 600 | 口腔内清拭　200枚 |
|  | エアコン清掃代 | なし | あり | なし | あり |  | 〇 | 1,000 | 感染・衛生管理の為年4回実施 |
|  | 看取り | なし | あり | なし | あり | 〇 |  | 10,000 | 看取り契約を締結後／月 |
|  | 実費包括サービス |  | あり | なし | あり |  |  | 10,000 | 要介護認定がない（要支援）場合／月 |
| 5,000～30,000 | 見守り・オムツ交換・食事介助等常時必要な場合（1ヶ月） |
| 生活サービス |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 居室清掃 | なし | あり | なし | あり |  | 〇 | 1,300 | リネン交換含む／回 |
|  | ポータブルトイレ設置 | なし | あり | なし | あり |  | 〇 | 5,000 | ／月 |
|  | 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | 〇 |  | 3,500～ | ／月　外部委託　週2回洗濯 |
|  | 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり |  | 〇 | 300 | 介護保険サービスを利用しない場合で、感染病理等で居室対応を強いる場合を除き特別に居室配膳下膳をする場合 |
|  | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 |  |  | なし | あり |  | 〇 | 実費 |  |
|  | ドリンク・おやつ等 |  |  | なし | あり | 〇 |  | 2,000 | ／月　10：00～ |
|  | 理美容師による理美容サービス |  |  | なし | あり |  | 〇 | 実費 | 外部より第1・第3月曜日 |
|  | 買い物代行 | なし | あり | なし | あり |  | 〇 |  | 500／回生活必需品・実用品当買物代行 |
|  | 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり |  |  | 実費 |  |
|  | 金銭・貯金管理 |  |  | なし | あり |  |  |  | 現金管理500／月・通帳管理1,000／月 |
| 健康管理サービス |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 定期健康診断 |  |  | なし | あり |  |  |  | 年1回（＊実施機会を確保） |
|  | 健康相談 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 基本施設サービスに包含 |
|  | 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 基本施設サービスに包含 |
|  | 服薬支援 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 基本施設サービスに包含 |
|  | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 基本施設サービスに包含 |
| 入退院時・入院中のサービス |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 移送サービス | なし | あり | なし | あり |  |  | 1,500 | 往復（片道20分） |
|  | 入院退院時の同行 | なし | あり | なし | あり |  |  | 1,500 | 1時間あたり |
|  | 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり |  |  | 1,500 | ／回 |
|  | 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | 基本施設サービスに包含 |

※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。