

重要事項説明書

記入年月日	平成29年7月1日
記入者名	平井 正幸
所属・職名	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5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5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	法人	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	坂井来春会（さかいらいはるかひ）	
主たる事務所の所在地	〒919-0537 福井県坂井市坂井町折戸第1号58番地	
連絡先	電話番号	0776-72-7373
	FAX番号	0776-72-7171
	ホームページアドレス	http:
代表者	氏名	山本 文雄
	職名	理事長
設立年月日	平成 9年 7月22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	サンシャイン ゆり（さんしゃいん ゆり）
所在地	〒919-0473 福井県坂井市春江町本堂第27号1番地

主な利用交通手段	最寄駅	えちぜん鉄道三国芦原線 西春江ハートピア駅
	交通手段と所要時間	電車の場合 西春江ハートピア駅下車 徒歩5分 自動車利用の場合 同上駅から乗車1分
連絡先	電話番号	0776-51-8787
	FAX番号	0776-51-8899
	ホームページアドレス	http://sunshineyuri.com/
管理者	氏名	平井 正幸
	職名	施設長
建物の竣工日		平成27年10月31日
有料老人ホーム事業の開始日		平成27年11月16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	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	8504.46㎡	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
建物	延床面積	全体	5667.13㎡
		うち、老人ホーム部分	㎡
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	

	構造	1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	<input 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】	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.60 m ²	29	一般居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	20.15 m ²	19	一般居室個室
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	23.40 m ²	2	一般居室個室
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	24.00 m ²	12	一般居室個室
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	26.00 m ²	6	一般居室個室
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	27.95 m ²	6	一般居室個室
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	29.20 m ²	18	一般居室個室	
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	32.79 m ²	8	一般居室個室	
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	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	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	2ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	2ヶ所		
ストレッチャー浴			ヶ所			
その他 ()			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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 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	入居者に24時間の安心と、自然で自由な生活を送れるように、状態把握や生活相談サービスを主として、その他サービスを選択により提供する。また、入居者の生活において医療・保険・福祉機関と連携を密にし、適切な支援となるよう常に質の向上に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	入居者に寄り添った心が繋がるサービスを提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 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

（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	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
	医療機関連携加算	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
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		<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 (2・3は状況に応じ対応する)	
協力医療機関	1	名称	医療法人 博俊会 春江病院
		住所	福井県坂井市春江町針原 65-7
		診療科目	内科・外科・呼吸器科・循環器内科・泌尿器科他
		協力内容	緊急時の受診、緊急入院
	2	名称	医療法人 響 二の宮クリニック
		住所	福井県福井市大宮 3 丁目 31-37
		診療科目	内科・外科・胃腸科・肛門科・リハビリテーション科
		協力内容	往診
協力歯科医療機関	名称	大野歯科	
	住所	福井県坂井市春江町江留上本町 6-14	
	協力内容	歯科治療全般	

(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	<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	身元引受人は契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して遂行の責を負います。また必要な時には入居者の身柄を引取ります。		
契約の解除の内容	契約書第16条		
事業主体から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間		
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"/> あり(内容:一週間程度を限度として体験入居の便宜を図る)		
入居定員	100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)	10名		常勤換算人数 ※1※2
	合計	10名		
		常勤	非常勤	
管理者	1名	1名		1.0
生活相談員	1名	1名		1.0

直接処遇職員	6名	5名	1名	1.6
介護職員	6名	5名	1名	1.6
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1名		1名	0.8
その他職員	1名		1名	0.2
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。				
※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	
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	5名	4名	1名
実務者研修の修了者	1名	1名	
初任者研修の修了者	1名	1名	
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	
		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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時30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	人	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり								
		資格等の名称	社会福祉施設長資格							
	<input checked="" type="checkbox"/> 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										
応じた業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に	1年未満									
	1年以上			2名						
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上				1名					
	10年未満									
10年以上			3名		1名					

従業者の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" 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 2 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が連続7日以上の場合に限り、安否確認・生活支援費は日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	契約書第4条
	手続き	運営懇談会で合意を得る

(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2	要介護1
	年齢	80歳	70歳
居室の状況	床面積	18.60㎡	26.00㎡
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	174,000円	213,000円
月額費用の合計		145,000円	155,000円
家賃		58,000円	71,000円

特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		円	円	
サービス費用	介護保険外 ^{※2}	食費	46,500円	46,500円
		管理費	18,000円	18,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	3,000円	実費
		安否確認, 生活相談	19,500円	19,500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	施設整備等を基礎として近傍同種の施設の家賃相場を参考に算定した
敷金	家賃の 3ヶ月分
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	近傍同種の施設の管理費を参考に算定した
食費	近傍同種の施設の食費を参考に算定した
光熱水費	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（サービスの一覧）の他、居室内の電話代、NHK受信料、衛星放送受信料等
その他のサービス利用料	実費サービス

(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	円

(入居者の属性)

平均年齢	82歳
入居者数の合計	11人
入居率※	10.0%
※ 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	5人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	1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	4人 (解約事由の例) 自宅住居の改築期間のみ入居し、完成したことで退去された。

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	サンシャイン ゆり 苦情相談窓口	
電話番号	0776-51-8787	
対応している時間	平日	随時
	土曜	随時
	日曜・祝日	随時
定休日	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)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容)
	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)
	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	<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 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 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回程度
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: ケアセンターゆり・坂井ケアセンター)	
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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	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（別に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 平成 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			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	坂井訪問介護二の宮センター 訪問介護事業所サンシャインゆり	坂井町折戸1-58 春江町本堂27-1
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	さかいデイサービスセンター ゆりデイサービスセンター	坂井町折戸1-58 春江町本堂27-1
通所リハビリテーション	あり	なし	坂井ケアセンター通所リハビリテーション	坂井町折戸1-58
短期入所生活介護	あり	なし	ショートステイやすらぎさかい ショートステイやすらぎはるえ	坂井町折戸1-58 春江町本堂27-1
短期入所療養介護	あり	なし	坂井ケアセンター短期入所療養介護	坂井町折戸1-58
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	グループホームさかい グループホームゆり	坂井町折戸1-58 春江町本堂27-1
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	ケアセンターゆり	春江町本堂27-1
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	デイホームゆり	春江町本堂27-1
居宅介護支援	あり	なし	坂井ケアセンター居宅介護支援事務所 居宅介護支援事業所ケアセンターゆり	坂井町折戸1-58 春江町本堂27-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	坂井訪問介護二の宮センター 訪問介護事業所サンシャインゆり	坂井町折戸1-58
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	さかいデイサービスセンター ゆりデイサービスセンター	坂井町折戸1-58 春江町本堂27-1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	坂井ケアセンター通所リハビリテーション	坂井町折戸1-58
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	ショートステイやすらぎさかい ショートステイやすらぎはるえ	坂井町折戸1-58 春江町本堂27-1
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	坂井ケアセンター短期入所療養介護	坂井町折戸1-58
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	グループホームさかい グループホームゆり	坂井町折戸1-58 春江町本堂27-1
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし	ケアセンターゆり	春江町本堂27-1
介護老人保健施設	あり	なし	坂井ケアセンター	坂井町折戸1-58
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

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 （利用者負担※1）	個別の利用料で、実施するサービス （利用者負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	なし	あり				
介護サービス						
食事介助	あり	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり			
おむつ代	あり	なし	あり			
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり			
特浴介助	あり	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり			
機能訓練	あり	なし	あり			
通院介助	あり	なし	あり		500円	基本はご家族にて対応する
生活サービス						
居室清掃	あり	なし	あり			
リネン交換	あり	なし	あり			
日常の洗濯	あり	なし	あり			
居室配膳・下膳	あり	なし	あり			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり			
おやつ	あり	なし	あり			
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり			
買い物代行	あり	なし	あり		100円	近隣店舗にて購入できるものに限る
役所手続き代行	あり	なし	あり	○		
金銭・貯金管理	あり	なし	あり			
健康管理サービス						
定期健康診断	あり	なし	あり			
健康相談	あり	なし	あり	○		
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	○		
服薬支援	あり	なし	あり	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし	あり			100円/2km 以降2km増すごとに100円増加
入退院時の同行	あり	なし	あり			基本は家族にて対応する 職員にて対応の場合は、上記移送サービスを含む。
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	○		

※1：利用者の所得等に依り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、月額の利用料にサービス費用が、月額の利用料に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依りて、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。

