

## 重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

### 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) (ゆ) けんこうふくししやあふていあーる 有限会社 健康福祉社アフティアール	
主たる事務所の所在地	〒860-0852 熊本市中央区薬園町10番17号	
連絡先	電話番号	096-346-2223
	FAX番号	096-346-8827
	ホームページアドレス	<a href="http://shoukoen.com/?page_id17">http://shoukoen.com/?page_id17</a>
代表者	氏名	柿木 孝哉
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 10年 3月 17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) ぱーしもんほたくぼ パーシモン保田窪	
所在地	〒862-0926 熊本市東区保田窪4丁目14番33号	
主な利用交通手段	最寄駅 (バス停)	「長嶺南1丁目」バス停
	交通手段と所要時間	バス利用の場合 交通センター駅から都市バス託麻南行きに 乗車33分、長嶺南1丁目下車、徒歩4分
連絡先	電話番号	096-285-1791
	FAX番号	096-387-1505

	ホームページアドレス	http:// persimmonhotakubo@yahoo.co.jp
管理者	氏名	和田 孝子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 24年 10月 15日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 24年 11月 18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	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	2195.96 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	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり ( 2012年10月16日～2038年4月30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	1160.14 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	967.92 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		
	抵当権の設定	1 あり 2 なし	

		契約期間	<input type="checkbox"/> あり ( 2012年10月16日～2038年4月30日 ) <input type="checkbox"/> なし			
		契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
		最大	1人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.84 m <sup>2</sup>	30	一般居室個室
	タイプ2	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
エレベーター	<input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> あり (上記1・2に該当しない) <input checked="" type="checkbox"/> なし					
消防用設備	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

等	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
その他					

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	地域におけるセーフティネットの役割を果たし、安心してお過ごしいただける運営を目指します。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関及び近隣介護施設との連携を図り、きめ細やかなサービスを受けることができます。なお、OT が常在しリハビリに特化した併設の通所介護では、ご希望により専門職による機能訓練を受けることができます。
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		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	柏田内科クリニック
		住所	熊本市中央区坪井 3-1-44
		診療科目	内科、胃腸内科、等
		協力内容	内科医の訪問診療、年2回の健康診断実施(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	小島内科小児科医院
		住所	熊本市東区帯山 5-25-27
		診療科目	内科、呼吸器科、循環器科、胃腸科、等
		協力内容	内科医の訪問診療、年2回の健康診断実施(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
協力歯科医療機関		名称	パール歯科
		名称	ハロー歯科
		協力内容	訪問歯科診療

(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 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	ホームは住まいであり、入居後に特定の療養管理や処置が必要になった場合は一般在宅と同じく医療保険を利用して入居を維持できるが、当施設は医療に対する職員体制をとっていないため外部からの医療にて対応して頂くことになります。	
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 ③ 契約期間が満了した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	① 契約書第 13 条の規定に違反した時 ② 入居申込書または本契約に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により本物件に入居したとき ③ 入居申込書または本契約に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により本物件に入居したとき ④ 賃料等の支払を拒絶し、または賃料等の 2 カ月分以上を滞納したとき ⑤ 賃料等の支払をたびたび遅滞することにより、支払能力がないものと甲が認め、かつ、かかる遅滞が本契約における乙と甲との信頼関係を著しく害するものであると甲が認めたとき ⑤ 本物件および本物件に附属する施設（浄化槽、倉庫、ゴミ置場、花壇、駐車場等）、またはその敷地内を故意または重大な過失により、汚損、毀損、破壊、または滅失したとき ⑥ 本物件における他の居住者との共同生活の秩序を乱す行為があったとき

		⑦甲の要求する条件を満たす連帯保証人および身元引受人を立てられないとき
	解約予告期間	相当の期間
入居者からの解約予告期間		2ヶ月
体験入居の内容	1 あり（内容：空室がある場合、1日食事生活支援込み（税別） 円～ 円 介護度により料金設定あり） 2 なし	
入居定員		30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				
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
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				
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				
※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	3	3	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	6	3	3
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 21時～ 7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			3	2						
前年度1年間の退職者数			5	4						
応じた業務に従事した経年数に 業務に従事した職員 の人数	1年未満		1							
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上			2	1					
	5年未満									
	5年以上			3	2					
	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

		<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 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	物価の上昇、
	手続き	事前に入居者に告知し改定する

(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	1	3
	年齢	80歳	85歳
居室の状況	床面積	18.84㎡	18.84㎡
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" 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		122,460円	122,460円
家賃		50,000円	50,000円
サービス費用	介護保険外※ <sub>2</sub>	特定施設入居者生活介護※ <sub>1</sub> の費用	0円
		食費	46,260円
		共益費	10,000円
		生活支援費	16,500円
		その他	0円
		円	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、等を基礎とし1室あたりの家賃を算出した
敷金	家賃の 0ヶ月分
生活支援費用	生活支援サービスの人件費・事務費 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	共用施設の維持管理・修繕費。事務管理費。水光熱費。
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用
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	
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	6人
	女性	18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	11人
	85歳以上	12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	3人
	要介護2	6人
	要介護3	5人
	要介護4	5人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	16人
	5年以上10年未満	6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	82歳
入居者数の合計	24人
入居率※	80%
※ 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	1人
	医療機関	2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	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	3人
		(解約事由の例) 他施設入居、長期入院、死亡

### 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		パーシモン保田窪 担当者：和田 孝子
電話番号		096-285-1791
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		-

窓口の名称		(有限会社)健康福祉社アフティアール
電話番号		096-346-2223
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	-
定休日		日曜日

窓口の名称		熊本市 高齢介護福祉課
電話番号		096-328-2311
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝日

(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	1 あり	あいおいニッセイ同和損害保険(株) 損害賠償責任保険
	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	事故対応マニュアルに基づく
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 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	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	なし
不適合事項がある場合の内容	





上記の通り高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を致しました。

重要事項説明・重要事項説明書交付日	
令和	年 月 日
事業者	
住 所	熊本県熊本市中央薬園町10番17号
事業者名	有限会社 健康福祉社 アフティアール
代表者名	代表取締役 柿木 孝哉 ㊟
施設名	パーシモン保田窪
説明者	㊟

介護保険サービスの利用の為に市町村居宅支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは適切な在宅療養または救急医療等の為に医療機関等への利用者及び家族の個人情報提供に対し同意します。上記の通り高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による内容の説明を受け、了承しました。

入居者	
住 所	
氏 名	㊟
署名代行者氏名(続柄)	㊟
署名代行事由	
連帯保証人	
住 所	
氏 名(続柄)	( ) ㊟
電話番号	
身元引受人(身元保証人)	
住 所	
氏 名(続柄)	( ) ㊟
電話番号	



別添 1 事業主体が熊本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	指定訪問介護園	熊本市東区保田窪 4-14-33
訪問入浴介護		
訪問看護		
訪問リハビリテーション		
居宅療養管理指導		
通所介護	指定地域通所介護園	熊本市中央区栗園町 10-17 熊本市東区保田窪 4-14-33
通所リハビリテーション		
短期入所生活介護		
短期入所療養介護		
特定施設入居者生活介護		
福祉用具貸与		
特定福祉用具販売		
<地域密着型サービス>		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
夜間対応型訪問介護		
認知症対応型通所介護		
小規模多機能型居宅介護		
認知症対応型共同生活介護		
地域密着型特定施設入居者生活介護		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
看護小規模多機能型居宅介護		
居宅介護支援	居宅介護支援事業所 昭孝園	熊本市中央区栗園町 10-17
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問介護		
介護予防訪問入浴介護		

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			
介護予防在宅療養管理指導	あり	なし			
介護予防通所介護	あり	なし	指定地域 密着介護 所	熊本市中央区築園町10-17	
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			
<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

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の有無		個別の利用料で、実施するサービス		包含 <sup>※2</sup>		料 <sup>※3</sup>		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 <sup>※1</sup> ）		（利用者が全額負担）		都度 <sup>※2</sup>		料金 <sup>※3</sup>		あり	
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○	300 円/回	介護サービス利用限度額を超えて希望される場合		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○	300 円/回	介護サービス利用限度額を超えて希望される場合で、10 分以上対応した場合は都度 300 円		
おむつ代			なし	あり	○	2,000 円/回	介護サービス利用限度額を超えて希望される場合または自立の方の場合		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	1,000 円/30 分	① 協力機関 週 1 回保険給付で、週 2 回は実費で提供 ② 協力機関以外月 2 回まで実費で実施		
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	○				
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	1,000 円/回	介護サービス利用限度額を超えて希望される場合		
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	500 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	○		希望により		
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	なし	あり	○	1,500 円/回	外部からの訪問理美容 内容により金額変動		
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	1,000 円/30 分	介護サービス利用限度額を超えて希望される場合		
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて実施		
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	○				
健康管理サービス									
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	○		希望により年 2 回、自己負担適宜実施		
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	○		〃		
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									

移送サービス	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり					
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1,000円/30分	市内の医療機関の場合に適宜実施	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり					
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			市内の医療機関の場合に適宜実施	

※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、月額の利用者サービス費用に含まれる場合と、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。