

重要事項説明書 I

記入年月日	令6年7月1日
記入者名	金谷治郎
所属・職名	介護型有料老人ホーム神田 管理者

1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん ちしおかい 医療法人 地塩会	
主たる事務所の所在地	〒783-0011 南国市後免町3丁目1-27	
連絡先	電話番号	088-864-0001
	FAX番号	088-864-0332
	ホームページアドレス	www.chisio-group.or.jp
代表者	氏名	久保 道生
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成61年12月26日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) かいごがたゆうりょうろうじんほーむ こうだ 介護型有料老人ホーム神田	
所在地	〒780-8040 高知市神田 2323-1	
主な利用交通手段	最寄駅	高知駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・とさでん交通「船岡南団地行き」堺町乗車約10分、「河ノ瀬停留所」で下車、約300m ② 自家用車利用の場合 ・堺町乗車約10分
連絡先	電話番号	088-837-7788
	FAX番号	088-834-0171
	ホームページアドレス	www.chisio-group.or.jp/□
管理者	氏名	金谷 治郎
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・平成19年12月25日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成20年2月1日	

(類型) 【表示事項】

1	<input checked="" type="checkbox"/> 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	3970107557
	指定した自治体名	高知市
	事業所の指定日	令和4年7月1日
	指定の更新日(直近)	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,880.72 m ²		
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		2 事業者が賃借する土地	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
		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 (平成19年4月1日から50年間) 2 なし	
契約の自動更新		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	3741.67 m ²	
		うち、老人ホーム部分	3720.71 m ²	
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()		
		構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室(縁故者居室を含む)	
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 checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.73 m ²	28	一般居室個室
タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	19.07 m ²	22	〃
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	19.36 m ²	8	〃
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	19.72 m ²	8	〃
タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	20.34 m ²	8	〃
共有施設	共有便所における 便房	10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	9ヶ所	
	共用浴室	8ヶ所	個室	7ヶ所	
			大浴場 * 個浴3箇所（各個に仕切り有）	1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"/> 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		
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他（ ）	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1あり	1あり	
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部なし	
	3 なし	3 なし	3 なし	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	<p>要介護状態の利用者に対し入浴排泄食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことによりその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。</p> <p>要支援状態の利用者に対し入浴排泄食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。</p>
サービスの提供内容に関する特色	(介護予防) 特定施設入居者生活介護事業所であり、適宜の介護サービスを提供いたします。複数の協力医療機関や近隣の協力歯科医療機関・訪問看護ステーションとも連携し、機能訓練や服薬管理等の療養上の介護も支援いたします。
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	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	
	協力医療機関連携加算 (I)	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	
	退所時情報提供加算	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	*原則は家族様対応。
		3 通院介助	*原則は家族様対応。
		4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	南国中央病院
		住所	南国市後免町3丁目1-27
		診療科目	内科、消化器科、腎臓内科、呼吸器内科、循環器内科、糖尿病・内分泌代謝内科、外科、整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科
		協力科目	内科、消化器科、腎臓内科、呼吸器内科、循環器内科、糖尿病・内分泌代謝内科、外科、整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科
		協力内容	入居者の定期往診、受診、入院
	2	名称	川村病院
		住所	高知市上町5丁目6-20
		診療科目	内科、胃腸科・消化器科、循環器科、外科、心療内科、糖尿病科
		協力科目	内科、胃腸科・消化器科、循環器科、外科、心療内科、糖尿病科
		協力内容	入居者の往診、受診、入院

3	名称	田中整形外科病院
	住所	高知市上町3丁目2-6
	診療科目	整形外科、リハビリテーション科、 麻酔科ペインクリニック内科、リウマチ科、内科
	協力科目	整形外科、リハビリテーション科、 麻酔科・ペインクリニック内科、リウマチ科、内科
	協力内容	入居者の受診、入院
協力歯科医療機関	名称	たかぎ歯科
	住所	高知市上町3丁目5-11
	協力内容	入居者の定期往診、受診

(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 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		
契約の解除の内容	入居契約書第 27.28.29 条を参照してください	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第 28 条

	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	30日以上	
体験入居の内容	1 あり (内容) 2 なし	
入居定員	74人	
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		1.0
生活相談員	2	2		1.5
直接処遇職員	32	27	5	28.8
介護職員	26	24	2	25.8
看護職員	6	3	3	3.5
機能訓練指導員	8	6	2	6.3
計画作成担当者	3	3		1.5
栄養士	1	1		1.0
調理員	4	4		4.0
事務員	1	1		1.0
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				40.00
※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	24	23	1

実務者研修の修了者	2	0	2
初任者研修の修了者	0	0	
介護支援専門員	3	3	

(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	6	3	3
理学療法士	1	1	
作業療法士	2	2	
言語聴覚士	1		1
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 (21時30分～6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	3人	3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	契約上の職員配置比率	A1.5 : 1 以上 B2 : 1 以上 C2.5 : 1 以上 ①3 : 1 以上
	実際の配置人数 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.5 : 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		

(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		3	13	2						
前年度1年間の退職者数			10							
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	3	11	2						
	1年以上 3年未満		2							
	3年以上 5年未満	1	7		1		1			
	5年以上 10年未満		4		1		3	1	1	
	10年以上	2		3	2	1		2		2
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	経済事情の変動等により、改定が必要となった場合。
	手続き	事業者と契約者との協議。

(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	2	1
	年齢	85歳	92歳
居室の状況	床面積	18.73㎡	20.34㎡
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無

	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>	
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		136,120円	144,140円	
家賃		58,000円	68,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用 基本単価 30日計算 1割負担	18,270円	16,260円	
	介護保険外※2	食費	40,500円	40,500円
		管理費	19,500円	19,500円
		介護費用	円	円
		光熱水費（各室メーターによる）	円	円
		その他	円	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	利便性、設備、面積等による
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	共用施設等の維持管理費、諸経費
食費	食材費、人件費、食事サービス提供費用
光熱水費	各部屋に設置の計測器による
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）

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	要介護（要支援）度に応じて、費用1割（2割又は3割）を徴収
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	なし

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	12人
	女性	62人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	9人
	85歳以上	61人
要介護度別	自立	1人
	要支援 1	4人
	要支援 2	4人
	要介護 1	21人
	要介護 2	14人
	要介護 3	14人
	要介護 4	9人
	要介護 5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	6人
	1年以上 5年未満	40人
	5年以上 10年未満	18人
	10年以上 15年未満	2人
	15年以上	1人

(入居者の属性)

平均年齢	90.3歳
入居者数の合計	74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	1人
	医療機関	7人
	死亡者	6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	8人
		(解約事由の例) 医療機関、社会福祉施設転居、在宅復帰

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		介護型有料老人ホーム神田
電話番号		088-837-7788
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		

窓口の名称		医療法人地塩会 南国中央病院本部
電話番号		088-864-0001
対応している 時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~12:30
	日曜・祝日	
定休日		日曜日・祝日

窓口の名称		高知市介護保険課
電話番号		088-823-9632
対応している 時間	平日	08:30~17:15
	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	(その内容) 全老健 福祉事業者総合賠償責任保険
	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	1 あり	(その内容) 上記保険の補償内容にて対応。
	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 2 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「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	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（別の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）

説明年月日 令和 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。

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

入居者

住所 _____

氏名 _____

家族代表者

住所 _____

氏名 _____

身元引受人

住所 _____

氏名 _____

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	
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	訪問看護ステーション南国 南国市岡豊町中島1521-1
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	南国中央病院 南国市後免町3丁目1番27号
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	南国中央病院 南国市後免町3丁目1番27号
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	南国中央病院 通所リハビリテーション 介護老人保健施設夢の里 通所リハビリテーション 南国市後免町3丁目1番27号 南国市岡豊町中島1521-1
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	介護老人保健施設夢の里 短期入所療養介護 南国市岡豊町中島1521-1
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	隣接：グループホーム神田 併設：グループホーム新荘の里 高知市神田2322番地1 須崎市下分甲606番3
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	南国中央病院・夢の里 南国市後免町3丁目1番27号
<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	南国中央病院 通所リハビリテーション 介護老人保健施設夢の里 通所リハビリテーション 南国市後免町3丁目1番27号 南国市岡豊町中島1521-1
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	介護老人保健施設夢の里 南国市岡豊町中島1521-1
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	隣接：グループホーム神田 併設：グループホーム新荘の里	高知市神田 2322 番地 1 須崎市下分甲 606 番 3
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	介護老人保健施設夢の里	南国市岡豊町中島 1 5 2 1 - 1
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		
	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)			都度※2	料金※3	備考
			包含※2					
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		〇	525円/回	夜間等、介護保険サービスが受けられない時に有料老人ホームが行います
おむつ代			なし	あり		〇	実費	注文代行
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
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		〇	1,050円/時	緊急時等介護保険サービスが受けられない時に有料老人ホームが行います
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		〇	525円/回	1回あたり15分単位
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		〇	1,575円/回	1回あたり6k以内
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
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		〇	実費	理美容師への予約代行
買い物代行	なし	あり	なし	あり		〇	315円/回	1回あたり15分単位
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		〇	実費	対象者がいる場合、年2回実施
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		〇	3,150円/月	服薬支援(追加費用月額限度額適応外)
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								
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		〇	1,050円/時	原則は、家族対応。緊急時対応。
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				
								実費以外のサービスの追加費用月額限度額20,000円

※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、月額サービスの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、いずれかの欄に〇を記入する。

※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。