

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 5年 8月 10日
記入者名	木道茉莉
所属・職名	取締役

## 1. 設置者概要

種類	法人	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやきどう 株式会社木道		
主たる事務所の所在地	〒811-4221	福岡県遠賀郡岡垣町大字山田913番地 1	
連絡先	電話番号	093-281-3720	
	FAX番号	093-281-3721	
	ホームページアドレス		
代表者	氏名	木道雅幸	
	職名	代表取締役	
設立年月日	平成 25 年 10月 2日		
主な実施事業	介護サービス ※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

名称	(ふりがな) かわせみのもり かわせみの杜		
所在地	〒811-4221	福岡県遠賀郡岡垣町大字山田673番地2	
主な利用交通手段	最寄駅	JR鹿児島本線 海老津 駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	岡垣コミュニティバス:海老津駅南・竜王団地線 山田バス停下車 所要時間:海老津駅(北口)-山田 間 およそ30分 タクシー利用時の所要時間:およそ10分	
連絡先	電話番号	093-482-8141	
	FAX番号	093-701-8470	
	ホームページアドレス	なし	
	メールアドレス	yamadanokomichi@dream.ocn.ne.jp	
管理者	氏名	木道雅幸	
	職名	代表取締役	
建物の竣工日	令和 2年 6月 15日		
有料老人ホーム事業の開始日	令和 2年 7月 15日		
※同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日	昭和 / 平成 年 月 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の指定を受けている場合)		
2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合)		
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	
	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	1037.38 m <sup>2</sup>		
	所有関係	① 設置者が自ら全てを所有する土地		
		2 設置者が自ら一部を所有・一部を賃借する土地		
		3 設置者が賃借する土地		
		※ 1 又は 2 に該当する場合		
		抵当権の有無	有 / 無	
※ 2 又は 3 に該当する場合				
契約期間	有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) / 無			
契約の自動更新	有 / 無			
建物	規模	2 階建		
		延床面積	全体	745.56 m <sup>2</sup>
			うち、有料老人ホーム部分	745.56 m <sup>2</sup>
	構造	1 鉄筋コンクリート造		
		2 鉄骨造		
		③ 木造		
		4 その他 ( )		
	耐火構造	1 耐火建築物		
		② 準耐火建築物		
		3 その他 ( )		
所有関係	① 設置者が自ら所有する建物			
	2 設置者が賃借する建物			
	※ 1 に該当する場合			
	抵当権の有無	有 / 無		
	※ 2 に該当する場合			
	契約期間	有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) / 無		
契約の自動更新	有 / 無			

居室の状況	居室区分	① 全室個室 2 相部屋あり				
	【表示事項】	※2に該当する場合				
		最小	人部屋		最大	人部屋
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数
	タイプ1	有/無	有/無	有/無	13.24 m <sup>2</sup>	15
	タイプ2	有/無	有/無	有/無	13.24 m <sup>2</sup>	5
	タイプ3	有/無	有/無	有/無	m <sup>2</sup>	
タイプ4	有/無	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ5	有/無	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」のいずれかを記入。						
共用施設	共用便所における 便房	6 か所	うち男女別の対応が可能な便房	6 か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4 か所		
	共用浴室	4 か所	個室	4 か所		
			大浴場	か所		
	共用浴室に設 置された介助 浴槽	0 か所	チェアー浴	か所		
			リフト浴	か所		
			ストレッチャー浴	か所		
その他 ( )			か所			
食堂					有 / 無	
入居者や家族が利用できる調理設備					有 / 無	
エレベーター ※複数選択可	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					有 / 無
	自動火災報知設備					有 / 無
	火災通報設備					有 / 無
	スプリンクラー					有 / 無
	防火管理者					有 / 無
	防災計画					有 / 無
その他						

#### 4 サービスの内容

(全体の方針)

運営の方針	穏やかで心身ともに充実・安定した生活環境を提供し、個性を尊重した、安心・安全な介護サービスを提供する。
サービスの提供内容に関する特色	自宅での生活の延長をテーマに、外部の人とのかかわりを持ちながら心身ともに健やかな生活を目指す。
入浴、排せつ又は食事の介護	① サービスの提供あり (設置者が実施) 2 サービスの提供あり (設置者以外が実施) 3 サービスの提供なし
食事の提供	① サービスの提供あり (設置者が実施) 2 サービスの提供あり (設置者以外が実施) 3 サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 サービスの提供あり (設置者が実施) 2 サービスの提供あり (設置者以外が実施) ③ サービスの提供なし
健康管理の供与	① サービスの提供あり (設置者が実施) 2 サービスの提供あり (設置者以外が実施) 3 サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	① サービスの提供あり (設置者が実施) 2 サービスの提供あり (設置者以外が実施) 3 サービスの提供なし
生活相談サービス	① サービスの提供あり (設置者が実施) 2 サービスの提供あり (設置者以外が実施) 3 サービスの提供なし

(介護サービスの内容)

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	有 / ⑥無	
	夜間看護体制加算	有 / ⑥無	
	医療機関連携加算	有 / ⑥無	
	看取り介護加算	有 / ⑥無	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	有 / ⑥無
		(Ⅱ)	有 / ⑥無
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) イ	有 / ⑥無
		(Ⅰ) ロ	有 / ⑥無
		(Ⅱ)	有 / ⑥無
(Ⅲ)		有 / ⑥無	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		有 / ⑥無	
※有の場合、介護・看護職員の配置率		:	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> ① 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 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	おかがき病院
		住所	福岡県遠賀郡遠賀町大字尾崎 1725 番地 2
		診療科目	内科、外科、整形外科 他
		協力内容	健康診断、訪問診療、救急時の診察
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	水巻歯科診療所	
	住所	福岡県遠賀郡頃末南 3-8-12	
	協力内容	日常的な診察、相談	

(入居後に居室を住み替える場合)

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 <input checked="" type="checkbox"/> ③ その他 ( 本人希望時または、管理者の判断で必要時 )	
判断基準の内容		・入居者が希望する時で移動先の居室に空室がある場合 ・著しい要介護状態の変化等、適切な介護を提供するために居室変更が必要と管理者が判断した場合	
手続きの内容		本人及び家族に連絡、相談し了承を得る。 居室変更の書類を作成し本人、施設が1部ずつ保管する。	
追加的費用の有無		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
居室利用権の取扱い		当初入居した居室から住み替えの居室に利用権が移動します	
前払金償却の調整の有無		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	便所の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	浴室の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	洗面所の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	その他の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	※有の場合、変更内容

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	1 自立している者 ② 要支援の者 ③ 要介護の者	
留意事項		
契約の解除の内容	入居契約書第 30 条による	
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 29 条による
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居	① 有 / 無	
	※有の場合、内容	6000円～8000円(1泊2食)
入居定員	1室あたり1名まで	
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。(同一法人が運営する他の事業所と有料老人ホームを兼業する職員も記載することがある。)

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1			
生活相談員				
直接処遇職員	7	3	4	
うち介護職員	7	3	4	
うち看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	4	2	2	
事務員				
その他職員	2		2	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40時間
※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。				

(介護職員が有している資格の総数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	6	3	3
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1		1
介護支援専門員			

(機能訓練指導員が有している資格の総数)

	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		17時 ~ 9時	
	平均人数	最小時人数 (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】	1	1.5 : 1 以上
		2	2 : 1 以上
		3	2.5 : 1 以上
		4	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)		

※広告、パンフレット等における記載内容と合致すること

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)	有料老人ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名所	
	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									有 / <input checked="" type="radio"/> 無	
	業務に係る資格等		有 / <input checked="" type="radio"/> 無								
	※ 有の場合、資格等の名称										
	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年間の採用数											
前年度1年間の退職者数											
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満			1							
	10年以上			2	4						
従業者の健康診断の実施状況									<input checked="" type="radio"/> 有 / 無		



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】	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 4 選択方式	
	※ 4の場合 複数選択可	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	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	
入院等による不在等における 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 <input checked="" type="radio"/> 3 不在期間が14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	入居契約書27条による
	手続き	入居契約書27条による

(利用料金のプラン)

(税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	プラン5	
入居者の状 況※1	要介護度	要支援1・2	要介護1・2	要介護3	要介護4・5	要介護1・2	
	年齢	不問	不問	不問	不問	不問	
居室内の状況※2		タイプ1	タイプ1	タイプ1	タイプ1	タイプ2	
床面積		13.24 m <sup>2</sup>	13.24 m <sup>2</sup>	13.24 m <sup>2</sup>	13.24 m <sup>2</sup>	13.24 m <sup>2</sup>	
便所		有 / <input checked="" type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	
浴室		有 / <input checked="" type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	
台所		有 / <input checked="" type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	
入居時点で 必要な費用	前払金※3	円	円	円	円	円	
	敷金	80,000 円	80,000 円	80,000 円	80,000 円	80,000 円	
月額費用の合計※4		176,000 円	131,000 円	130,000 円	129,000 円	133,500 円	
家賃		45,000 円	45,000 円	45,000 円	45,000 円	47,500 円	
サービス 費用	特定施設入居者生 活介護等の費用	円	円	円	円	円	
	介護保 険外	食費	48,000 円	48,000 円	48,000 円	48,000 円	48,000 円
		管理費	80,000 円	35,000 円	34,000 円	33,000 円	35,000 円
		介護費用※5	円	円	円	円	円
		光熱水費	3,000 円	3,000 円	3,000 円	3,000 円	3,000 円
その他	円	円	円	円	円		
都度払いとなるサービス		<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	

- ※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載しています。
- ※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載しています。
- ※3 利用料金の支払い方式が選択方式の場合は、前払金の有無以外の条件が同一となる2つのプランを含めて記載しています。
- ※4 月ごとの利用日数に応じて月額プランを設定している場合は、利用日数を30日として記載しています。
- ※5 有料老人ホーム事業として受領する費用のみを記載しています。(訪問介護などの介護保険サービスに係る介護費用は、設置者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ません。)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	地域の市場相場による
敷金	家賃の 1.6 か月分
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	<p>要介護度の高い利用者は各種介護保険サービスを利用することが想定されるが、要支援の利用者は介護保険サービスの利用が限られている。そのため事業者が要支援の利用者に費やす人件費も増加すると想定される。この人件費を要介護の利用者と比較したとき、パートタイマー等で確保する場合、最低 217,000 円 (時間給 1,000 円×7 時間×31 日=217,000 円、福利厚生費・交通費除) の固定経費が実質必要である。</p> <p>要支援者は 20 名定員中 2~3 名迄の利用と想定しており、現在の要支援者と要介護者の管理費差額はミニマムで 35,000 円×3 名=105,000 円、最低人件費 217,000 円-105,000 円=112,000 円以上の赤字。その補填は、計画従業員、又は株式会社 木道 内人員による兼務、支援等により不足を補う。</p> <p>当社は、市場の幅広いニーズを今事業にて受け入れ、将来に向けた投資として考え赤字補填をその他の利用者、他の事業のそれぞれの利益より少しずつ捻出し長期的な視点にて事業を計画している。これは、一時的な利用者の満足に縛られず、利用者本人のみならず、家族や親族、知人等へ認知される事で将来の事業の安定。その結果、各施設の利用者に手厚いサービスを提供できると確信している結果である。一方、事業経営の短期的な視点から検討した時、必ずしも有益な事だけではない為、要支援者に関しては 3 以下の定員と設定する事でその不足を補う事が出来る事業収支の計画となっている為、すすんで多くの軽度の利用者を受け入れる事は想定しておらず、特に開設初期は特別な理由により受入が必要と判断した利用者のみと想定する。</p>
食費	朝食:500 円、昼食・夕食:550 円。3 食×30 日の合計
光熱水費	地域の市場相場による
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	実費
その他のサービス利用料	※おむつ代等の日常生活費や放送受信料、電話代等の利用者の嗜好による経費を記載する 実費

(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)		か月
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 月を越えた契約終了	
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 ( )	

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	4 人	女性	16 人
年齢別	65 歳未満	人	65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上 85 歳未満	4 人	85 歳以上	16 人
要介護度別	自立	人	要支援 1	人
	要支援 2	人	要介護 1	4 人
	要介護 2	2 人	要介護 3	4 人
	要介護 4	7 人	要介護 5	3 人
入居期間別	6 か月未満	3 人	6 か月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	13 人	5 年以上 10 年未満	人
	10 年以上 15 年未満	人	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	90.4 歳
入居者数の合計	20 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る割合。

なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人	社会福祉施設	3人
	医療機関	1人	死亡者	6人
	その他	1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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状悪化のため入院</li> <li>・他施設への転居(花みずき含む)</li> <li>・体験利用</li> </ul>	

### 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)

窓口の名称		総合受付	福岡県介護保険課
電話番号		093-281-3720	092-643-3251
対応している時間	平日	9:00~17:00	8:30~17:30
	土曜	9:00~17:00	
	日曜・祝日	9:00~17:00	
定休日		年末年始(12/29~1/3)	土、日曜日、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 加入済み 2 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	
		加入する保険の名称	
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 対応あり(事故対応及びその予防のための指針あり) 2 対応あり(事故対応及びその予防のための指針なし) 3 対応なし		

(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 取組あり 2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	令和 2年 7月 15日
		結果の開示	① あり( ) 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 実施済み ② 未実施		
	※1の場合	実施日	平成 年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり( ) 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
管理規定	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 設置済み 2 未設置（代替措置あり） 3 未設置（代替措置なし）	
	※1の場合、開催頻度	年 2 回
	※2の場合、代替措置の内容	担当者会議、面会時等、利用者及び家族等が往訪した際に苦情、相談等を受け、対応策を講じたうえで記録する。
提携ホームへの移行【表示事項】	1 移行あり（提携ホーム名： ） ② 移行なし	
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 届出あり 2 届出なし（届出義務なし） 3 届出なし（届出義務あり）	
有料老人ホーム設置運営指導指針「6. 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可	1 不適合事項あり（代替措置を実施済み） 2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み） 3 不適合事項あり（1又は2以外） ④ 不適合事項なし 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備	
※1、2又は3の場合、不適合事項の内容 ※該当する項目にチェック	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が13㎡未満（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に） <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし（ <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー） <input type="checkbox"/> その他（具体的に）	
※1の場合、代替措置の概要		
※2の場合、改善計画の概要		
※5の場合、構造設備の基準と	1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み）	

なる制度の名称	2 高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み）
有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無 ※複数選択可	1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） 3 指導事項なし
※1又は2の場合、指導内容	

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 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、かわせみの杜に関する重要事項説明を受け、交付を受けました。

入居者氏名 \_\_\_\_\_

代理人 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

別添1 設置者が福岡県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	有		
訪問入浴介護	無		
訪問看護	無		
訪問リハビリテーション	無		
居宅療養管理指導	無		
通所介護	有	山田の小道	遠賀郡岡垣町大字山田913番地2
通所介護	有	りんどう	遠賀郡岡垣町大字山田673番地2
通所リハビリテーション	無		
短期入所生活介護	無		
短期入所療養介護	無		
特定施設入居者生活介護	無		
福祉用具貸与	無		
特定福祉用具販売	無		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無		
夜間対応型訪問介護	無		
認知症対応型通所介護	無		
小規模多機能型居宅介護	無		
認知症対応型共同生活介護	無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	無		
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	無		
看護小規模多機能型居宅介護	無		
地域密着型通所介護	無		
居宅介護支援	有	ケアプラン燦々山田	遠賀郡岡垣町大字山田673番地2
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	無		
介護予防訪問看護	無		
介護予防訪問リハビリテーション	無		
介護予防居宅療養管理指導	無		
介護予防通所リハビリテーション	無		
介護予防短期入所生活介護	無		
介護予防短期入所療養介護	無		
介護予防特定施設入居者生活介護	無		
介護予防福祉用具貸与	無		
特定介護予防福祉用具販売	無		
<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	無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	無		
介護予防支援	無		
<介護福祉施設>			
介護老人福祉施設	無		
介護老人保健施設	無		
介護医療院	無		
介護療養型医療施設	無		

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						有 / (無)
	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※4
		(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	無	有	○			
口腔ケア消耗品	無	有		○	1000円~/月	口腔ケアスポンジ、とろみ調整剤等
排泄介助・おむつ交換	無	有	○			
おむつ代		有		○	2000～ 円	使用量によってひと月の金額が決定します。
入浴（一般浴）介助・清拭	無	無				
看取り追加料金	無	有		○	5000～16000円	死亡日以前8日～前日：5000円 死亡日：10000円
身辺介助（移動・着替え等）	無	有	○			
通院介助	無	有		○	付き添い 900円/30分	送迎費：町内500円（片道）、町外要相談
生活サービス						
居室清掃	無	無				
リネン交換	無	無				
電動ベッドレンタル(マットレス含)	無	有		○	3000円	ひと月につき(1日につき100円)
寝具一式	無	有		○	3000円	ひと月につき(1日につき100円)
日常の洗濯	無	有		○	1回250円	ひと月3000円
入居者の嗜好に応じた特別な食事		有	○			
おやつ		無	○			15時のおやつは無料。それ以外は個別相談
理美容師による理美容サービス		有		○	1回1400円	散髪のみ
買い物代行	無	有		○	1回500円	日用消耗品、おやつ等の日用品
金銭・貯金管理		有		○	無料	現金管理のみ。別途契約が必要
健康管理サービス						
定期健康診断		無				
健康相談	無	有	○			
生活指導・栄養指導	無	無				
服薬支援	無	有	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	無	有	○			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	無	有		○	片道500円～	町内500円（片道）、町外要相談
入退院時の同行	無	有		○	900円/30分	付き添いのみ
入院中の洗濯物交換・買い物	無	無				