

重要事項説明書

記入年月日	令和2年6月30日
記入者名	
所属・職名	

※ 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	個人 <input checked="" type="radio"/> 法人 <input type="radio"/>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ へるしーえいじんぐ 株式会社 ヘルシーエイジング	
主たる事務所の所在地	〒769-1508	
連絡先	電話番号	0875-62-1870
	FAX 番号	0875-62-1871
	ホームページアドレス	http://healthy-aging.co.jp/
代表者	氏名	荻田 千代子
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 22年 8月 22日	
主な実施事業	※別添1（別を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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ おれんじ 住宅型有料老人ホーム オレンジ
----	--

所在地	〒769-1508 香川県三豊市豊中町下高野 1092 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	本山駅
	交通手段と所要時間	①徒歩の場合 ・JR本山駅から徒歩 10 分 ②自動車利用の場合 ・さぬき豊中 IC から国道 11 号線を観音寺方面へ走行。
連絡先	電話番号	0875-62-1870
	FAX 番号	0875-62-1871
	ホームページアドレス	http://healthy-aging.co.jp/
管理者	氏名	
	職名	
建物の竣工日		昭和・平成 25 年 5 月 28 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和平成 28 年 11 月 14 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	(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	4019.37 m ²	
	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	1625.50 m ²

		うち、老人ホーム部分	710.22 m ²			
耐火構造	<input checked="" type="radio"/> 1 耐火建築物 <input type="radio"/> 2 準耐火建築物 <input type="radio"/> 3 その他 ()					
構造	<input checked="" type="radio"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="radio"/> 2 鉄骨造 <input type="radio"/> 3 木造 <input type="radio"/> 4 その他 ()					
所有関係	<input checked="" type="radio"/> 1 事業者が自ら所有する建物					
	<input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 1 全室個室				
		<input type="radio"/> 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="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	11.2~11.31 m ²	30 室	一般居室個室
	タイプ2	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	m ²		
	タイプ3	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	m ²		
	タイプ4	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	m ²		
タイプ7	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	m ²			
タイプ8	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	m ²			
タイプ9	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 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	12 か所	うち男女別の対応が可能な便房	0 か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	12 か所		
	共用浴室	2 か所	個室	0 か所		
			大浴場	0 か所		
共用浴室における	2 か所	チェア浴	0 か所			

	介護浴槽		リフト浴	0か所
			ストレッチャー浴	0か所
			その他（特殊浴槽）	2か所
	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	
その他	居室面積は、既存建築物活用の為、13 m ² に満たず。			

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	きめ細やかなサービスをモットーにサービス提供を行います。			
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間スタッフが常駐し、入居者の日常生活をしっかりとサポートします。 ・緊急時の医療連携も充実しています。 			
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（入院中の洗濯物交換・買い物）	
協力医療機関	1	名称	そがわ医院
		住所	香川県三豊市豊中町下高野 1091 番地
		診療科目	内科・整形外科・リウマチ科等
		協力内容	入居者の健康、相談、受診、治療、その他医療全般
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	篠丸歯科医院	
	住所	香川県三豊市高瀬町比地 226-1	
	協力内容	歯科治療、口腔ケア、歯科検診等	

(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	なし。	
契約の解除の内容	<p>① 入居者が死亡したとき</p> <p>② 事業者が第27条（事業者からの契約解除）に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば滞納するとき（3か月）</p> <p>③ 第19条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき</p> <p>④ 入居者の行動が、他の入居者又は従業者の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>⑤入居者が第28条（入居者からの解約）に基づき解約をおこなったとき</p> <p>⑥入居者からの解除は、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>⑦入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第27条に記載
	解約予告期間	2か月
入居者からの解約予告期間		1か月

体験入居の内容	① あり（内容：部屋の空きがあり、原則 2 泊 3 日以内の日程で体験入居ができます。1 人 1 泊 8,000 円（消費税別）。食費、その他の費用は実費をご負担いただきます。） 2 なし
入居定員	30 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）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者		1 名		1
生活相談員			2 名	0.4
直接処遇職員		4 名	3 名	5.2
介護職員		3 名		3
看護職員		1 名	3 名	2.2
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士		1 名		1
調理員		4 名	1 名	4.6
事務員		1 名		0.5
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 時間
※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	1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	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 (18時～ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	1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		
		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
前年度1年間の採用者数		1				
前年度1年間の退職者数						
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年以上 3年未満			1		
	3年以上 5年未満			1		
	5年以上 10年未満	1				
	10年以上	1	2	3		
	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 7 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	入居契約書第 25 条に記載
	手続き	同上

(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	要支援 1		
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	11.2 m ²	m ²	
	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	円	
	敷金	50,000 円	円	
月額費用の合計		146,800 円	円	
家賃		50,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		0 円	
	2 介護保険外※	食費	48,000 円	円
		管理費	31,000 円	円
		介護費用	0 円	円
		光熱水費	11,000 円	円
		その他	6,800 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	近隣家賃相場より算出。
敷金	家賃の 1 か月分（退去時原状回復費を除き返金致します）
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	事務管理部門の人件費・事務費・共用施設等の維持費
食費	1 日 3 食：朝食 320 円、昼食・夕食 640 円
	療養食が必要な方は、朝食 320 円、昼食・夕食 740 円
光熱水費	請求金額×使用床面積／家屋総床面積
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	日用品費(100 円/日)・ベッドレンタル代 (3,800 円/月)

(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）	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 月を超えた契約終了
前払金の	1 連帯保証を行う銀行等の名称

保全先	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	7人
	女性	13人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	13人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	6人
	要支援2	1人
	要介護1	4人
	要介護2	5人
	要介護3	人
	要介護4	2人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	14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	86.1歳
入居者数の合計	20人
入居率※	66%
※ 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	3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	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0人
		(解約事由の例)

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		住宅型有料老人ホーム オレンジ
電話番号		0875-62-1870
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土・日・祝日及び12月30日~1月3日

窓口の名称		香川県健康福祉部長寿対策課
電話番号		087-832-3266
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土・日・祝日及び12月29日~1月3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	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険(株) 東京海上日動火災保険(株)
	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)賠償責任保険に加入している
	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	1 あり ② なし	
住宅の登録		
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 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	既存建築物活用の為、13㎡に満たず。	
「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 _____ 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 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
訪問入浴介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
訪問看護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
通所介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>	デイサービスオレンジホーム	三豊市豊中町下高野 1091 番地
通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>	ショートステイオレンジホーム	三豊市豊中町下高野 1091 番地
短期入所療養介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
福祉用具貸与	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
特定福祉用具販売	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
<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 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
夜間対応型訪問介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
認知症対応型通所介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>	居宅介護支援センターオレンジホーム	三豊市豊中町下高野 1091 番地
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護予防訪問入浴介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護予防訪問看護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護予防通所介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>	デイサービスオレンジホーム	三豊市豊中町下高野 1091 番地
介護予防通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>	ショートステイオレンジホーム	三豊市豊中町下高野 1091 番地
介護予防短期入所療養介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護予防福祉用具貸与	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
<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 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護予防支援	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>	居宅介護支援センターオレンジホーム	三豊市豊中町下高野 1091 番地
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護老人保健施設	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
介護療養型医療施設	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		

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	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※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			包含※2	都度※2		料金※3
	なし	あり	なし	あり	なし				
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり			○	200 円/日	オムツ・リハパン交換は 300 円/回。 香川県内に限る。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			○	300 円/日	
おむつ代			なし	あり			○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			○	500 円/回	
特浴介助	なし	あり	なし	あり			○	700 円/回	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			○	500 円/15 分	
機能訓練	なし	あり	なし	あり			○	1,000/30 分	
通院介助	なし	あり	なし	あり			○	500 円/15 分	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○			毎日居室清掃を行います。 定期交換以外は 100 円/回。 業者紹介または、施設内洗濯。
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			○	500 円/回	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○			要予約・要相談。 希望者のみ。
入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ			なし	あり			○	100 円/食	
理美容師による理美容サービス			なし	あり			○	2,500 円/回	
買い物代行	なし	あり	なし	あり			○	1,000 円/30 分	三観地区に限る。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			○	1,000 円/30 分	香川県内に限る。
金銭・貯金管理			なし	あり					金銭・貯金管理は行っておりません。
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり			○	実費	年 1 回。
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			○	3,500 円/月	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			○	3,000 円/月	
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			○	1,000 円/30 分	香川県内に限る。
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			○	1,000 円/30 分	香川県内に限る。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			○	1,000 円/30 分	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			○	1,000 円/30 分	

※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、月額の利用料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