

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

| | | |
|------------|--|--|
| 名称 | (ふりがな) いりょうほうじんしゃだん いっしかい 医療法人社団 一士会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 761-4111 香川県小豆郡土庄町字甲半ノ池甲 1 3 6 0 番地 1 0 5 | |
| 連絡先 | 電話番号／FAX番号 | 0879-62-1701／0879-62-1706 |
| | メールアドレス | hiraiclinic@estate.ocn.ne.jp |
| | ホームページアドレス | http://hamahirugao.jp/ |
| 代表者（職名／氏名） | 理事長 / 平井 潔 | |
| 設立年月日 | 平成 27年3月3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) ゆうりょうろうじんほ一む はまひるがおうちのみ 有料老人ホームはまひるがお内海 | |
| 届出・登録の区分 | 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 | |
| 有料老人ホームの類型 | 住宅型 | |
| 所在地 | 〒 761-4411 香川県小豆郡小豆島町安田乙 1 5 8 番地 2 | |
| 主な利用交通手段 | 小豆島オーリーブス(株) 南回り福田線安田上バス停留所下車 徒歩約15分 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0879-62-8277 |
| | FAX番号 | 0879-62-8278 |
| | ホームページアドレス | http://hamahirugao.jp/ |
| 管理者（職名／氏名） | / | |
| 有料老人ホーム事業開始日／届出受理日・登録日（登録番号） | 平成 29年 4月 15日 / | 平成 29年 3月 21日 |

3 建物概要

| | | | | | | | | | |
|--------|------------------------|--------------------------------------|------------------------|------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------|------|--------------------|
| 土地 | 権利形態 | 抵当権 | 契約の自動更新 | なし | | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | ～ | | | | | | | |
| | 面積 | 3,854.0 m ² | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 抵当権 | 契約の自動更新 | | | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | ～ | | | | | | | |
| | 延床面積 | 2,293.6 m ² (うち有料老人ホーム部分) | 1,298.5 m ² | | | | | | |
| | 竣工日 | | 用途区分 | | | | | | |
| | 耐火構造 | 準耐火建築物 | その他の場合： | | | | | | |
| | 構造 | 鉄骨造 | その他の場合： | | | | | | |
| | 階数 | 2階 | (地上 | 2階、地階 | 階) | | | | |
| | サ高住に登録している場合、登録基準への適合性 | | | | | | | | |
| 居室の状況 | 総戸数 | 50戸 | 届出又は登録をした室数 | | | | 室 | | |
| | 部屋タイプ | トイレ | 洗面 | 浴室 | 台所 | 収納 | 面積 | 室数 | 備考(部屋タイプ、相部屋の定員数等) |
| | 一般居室個室 | × | ○ | × | × | ○ | 14.50m ² | 15 | タイプ1 |
| | 一般居室個室 | × | ○ | × | × | ○ | 16.50m ² | 13 | タイプ2 |
| | 一般居室個室 | × | ○ | × | × | ○ | 16.80m ² | 2 | タイプ3 |
| | 一般居室個室 | × | ○ | × | × | ○ | 17.40m ² | 8 | タイプ4 |
| | 一般居室個室 | × | ○ | × | × | ○ | 18.00m ² | 2 | タイプ5 |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.00m ² | 10 | タイプ6 |
| | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 13ヶ所 | うち男女別の対応が可能なトイレ | | | | 0ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ | | | | 13ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 個室 | 4ヶ所 | ヶ所 | | | | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | チェア浴 | 0ヶ所 | ヶ所 | | | | その他： | |
| | 食堂(談話室) | | 2ヶ所 | 面積 | 1F:(57.42m ²) | 2F:(131.82m ²) | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | なし | | | | | | | |
| | エレベーター | あり(ストレッチャー対応) | | | | 1ヶ所 | | | |
| | 廊下 | 中廊下 | 3m | 片廊下 | 3m | | | | |
| | 汚物処理室 | 3ヶ所 | | | | | | | |
| | 緊急通報装置 | 居室 | あり | トイレ | あり | 浴室 | あり | 脱衣室 | |
| | 通報先 | スタッフルーム(1F・2F) | | 通報先から居室までの到着予定時間 | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | あり | 自動火災報知設備 | あり | 火災通報設備 | あり | | | |
| | スプリンクラー | あり | なしの場合(改善予定時期) | | | | | | |
| | 防火管理者 | あり | 防災計画 | あり | 避難訓練の年間回数 | 2回 | | | |

4 サービスの内容
(職種の職員数)

| | | |
|------------------|---|--------------------------------------|
| 運営に関する方針 | 地域における高齢者向けの住まいとして、入居者の生活の安全と便宜を図ることを目的とし、安定的かつ継続的な事業運営に努めること。 | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 個別的なサービスを提供するために、担当介護者を配置するとともに日々の健康管理やニーズの充足に努めること。 | |
| サービスの種類 | 提供形態 | 委託業者名等 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 自ら実施 | 介護保険での訪問介護サービスをご利用下さい。 |
| 食事の提供 | 自ら実施 | |
| 掃除等 | 自ら実施 | 介護保険での訪問介護サービスをご利用下さい。 |
| 健康管理の支援（供与） | 自ら実施 | 実施は協力医療機関。受診等の取次や医療機関との調整などをお手伝いします。 |
| 状況把握・生活相談サービス | 自ら実施 | |
| 提供内容 | 管理規程 P17 別表IV-4 生活相談・助言サービス 参照 | |
| サ高住の場合、常駐する者 | | |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | 協力医療機関 内海平井クリニック |
| | 提供方法 | |
| 利用者の個別な選択によるサービス | ※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） | |
| 虐待防止 | 施設管理者を虐待防止責任者として、研修や業務指導を通じ、入居者の方々の人権尊重を第一として、サービスの提供を行います。 | |
| 身体的拘束 | 入居者の方々の生命又は身体の保護のため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為はいたしません。 | |

(併設している高齢者居宅生活支援事業者)

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

| | |
|------------|---|
| 事業所名称 | (ふりがな) いりやうほうじんしゃだん 医療法人社団一士会 訪問介護事業所はまひるがお内海 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒761-4411 香川県小豆郡小豆島町安田乙158番地2 |
| 事業者名 | (ふりがな) |
| 併設内容 | |

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

| | |
|------------|---|
| 事業所名称 | (ふりがな) いりやうほうじんしゃだん うちのみひらくりにつく 医療法人社団一士会 内海平井クリニック |
| 主たる事務所の所在地 | 〒761-4432 香川県小豆郡小豆島町草壁本町下川西602番地18 |
| 事業者名 | (ふりがな) |
| 連携内容 | |

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

| | | |
|----------|----------------------|------------------------------|
| 医療支援 | 救急車の手配、入退院の付き添い 通院介助 | |
| | その他の場合： 訪問診療医の確保 | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人社団一士会 内海平井クリニック |
| | 住所 | 香川県小豆郡小豆島町草壁本町下川西602番地18 |
| | 診療科目 | 内科、外科、眼科 |
| | 協力内容 | 訪問診療、急変時の対応 往診 |
| | | その他の場合 健康診断 |
| | 名称 | 小豆島中央病院企業団 小豆島中央病院 |
| | 住所 | 香川県小豆郡小豆島町池田2060番地1 |
| | 診療科目 | 内科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科等 |
| | 協力内容 | 急変時の対応 |
| | | その他の場合 病状の急変時に備え、入院や休日夜間等の対応 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | あきた歯科医院 |
| | 住所 | 香川県小豆郡小豆島片城161-1 |
| | 協力内容 | 訪問診療 |
| | | その他の場合 |

(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】

| | | |
|----------------|---|----------|
| 入居後に居室を住み替える場合 | その他 | |
| | その他の場合：見守り体制のある居室への変更 | |
| 判断基準の内容 | 疾病等に由来する、継続的な見守りの必要性の有無 | |
| 手続の内容 | 入居者側からの要望あるいは施設側から上記必要性の判断があった場合に双方が協議し、合意に至れば契約を更改 | |
| 追加的費用の有無 | あり 追加費用 家賃45,000円の居室よりトイレ付きの居室 家賃68,000円の居室に移転した場合3,000円の利用料差額が追加費用として発生する。 | |
| 居室利用権の取扱い | 居室利用権は住み替え後の居室に移転する。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | なし | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | あり 変更の内容 |
| | 便所の変更 | あり 変更の内容 |
| | 浴室の変更 | なし 変更の内容 |
| | 洗面所の変更 | なし 変更の内容 |
| | 台所の変更 | なし 変更の内容 |
| | その他の変更 | なし 変更の内容 |

(入居に関する要件)

| | | |
|----------------|---|--|
| 入居対象となる者 | 要支援、要介護 | |
| 留意事項 | 要支援又は要介護の認定を受けた高齢者が入居対象となること。 | |
| 契約の解除の内容 | ①逝去された場合②入居者からの解除③事業者からの正当事由もっての解除④入居者の要支援及び要介護度区分変更の結果、自立（非該当）になった場合 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等。 |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | |
| 体験入居 | あり 内容 | 施設の環境、食事、サービス等の体験(介護保険サービスは利用できません) |
| 入居定員 | 50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

(職種別の職員数)

令和2年6月30日現在

| | 職員数 (実人数) | | | 兼務している職種名及び人数 |
|---------|-----------|----|-----|--------------------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | |
| 生活相談員 | 0.5 | 1 | | 訪問介護事業所はまひるがお内海管理者 (1名) |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 5 | 3 | 1 | 訪問介護事業所はまひるがお内海介護職員 (5名) |
| 看護職員 | 1.8 | 1 | 3 | デイサービスはまひるがお内海 (3名) |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | 1 | 1 | | |
| 調理員 | 5 | 3 | 2 | |
| 事務員 | 1 | 1 | | |
| その他職員 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | | 備考 |
|---------------|----|-----|---|----|
| | 常勤 | 非常勤 | | |
| 介護福祉士 | 1 | 0 | 1 | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 2 | 2 | 0 | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 2 | 2 | 0 | |
| 看護師 | 4 | 2 | 2 | |
| 准看護師 | 3 | 2 | 1 | |

(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 | 7 | 4 | 3 |
| 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・介護職員等の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (19時～7時) | | | | |
|-------------------|------|---|---------------------|---|
| | 平均人数 | | 最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く) | |
| 看護職員 | 0 | 人 | 0 | 人 |
| 介護職員 | 1 | 人 | 1 | 人 |
| 生活相談員 | 0 | 人 | 0 | 人 |
| | | 人 | | 人 |

(職員の状況)

| 管理者 | 他の職務との兼務 | | | | あり | | | | | |
|----------------------|----------|-----|--------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 業務に係る資格等 | | 資格等の名称 | | 看護師 | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 栄養士 | | 調理員 | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| 就業した業務に就いた経験年数に応じた人数 | | | 1 | 2 | | | | | | 1 |
| 1年未満 | | | 5 | 1 | | | | | 1 | |
| 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 | 1 | | 1 | | 1 | 1 |
| 備考 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | あり | | | | | | | | | |

6 利用料金

(職種別の職員数)

| | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 居住の権利形態 | 利用権方式 | |
| 利用料金の支払い方式 | 月払い方式 | |
| | 選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択 | |
| 年齢に応じた金額設定 | なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 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 | あり | |
| | 内容： | 不在期間が、90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 | 物価変動、人件費上昇により、改定する場合がある。 |
| | 手続き | 運営懇談会の意見を聴く |

(代表的な利用料金のプラン)

| | | 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2 |
| | 年齢 | 65歳以上 | 65歳以上 |
| 居室の状況 | 部屋タイプ | 一般居室個室 | 一般居室個室 |
| | 床面積 | 14.5㎡ | 18.0㎡ |
| | トイレ | なし | あり |
| | 洗面 | あり | あり |
| | 浴室 | なし | なし |
| | 台所 | なし | なし |
| | 収納 | あり | あり |
| 入居時点で必要な費用 | 敷金 | 135,000円 | 144,000円 |
| | | | |
| 月額費用の合計 | | 120,000円 | 123,000円 |
| 家賃 | | 45,000円 | 48,000円 |
| ※費用（介護保険外） | 食費 | 45,000円 | 45,000円 |
| | 管理費 | 15,000円 | 15,000円 |
| | 生活支援費 | 15,000円 | 15,000円 |
| | | | |
| 備考：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等)

| | |
|----------------------|--|
| 家賃 | 土地建物賃借料、設備備品、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。 |
| 敷金 | 家賃の 3ヶ月分 解約時の対応 退去時に居室の原状回復費用に充当する。 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 食費 | 厨房維持費、及び3食を提供するための費用。 |
| 管理費 | 共用施設の維持管理・修繕費。事務管理部門の人件費・事務費。居室における水光熱費。 |
| 生活支援費（健康管理費及び行事参加費等） | 健康管理費（毎日の血圧等の測定、生活リズム記録等）、行事（夏祭り、年忘れパーティー等）参加費 |
| 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 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| 想定居住期間（償却年月数） | |
| 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） | |
| 初期償却額 | |
| 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 | |

7 入居者の状況

(入居者の人数)

令和2年6月30日現在

| | | |
|---------------------|------------|---------|
| 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 | 12人 |
| | 85歳以上 | 36人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 4人 |
| | 要介護1 | 15人 |
| | 要介護2 | 13人 |
| | 要介護3 | 12人 |
| | 要介護4 | 4人 |
| | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 4人 |
| | 6か月以上1年未満 | 15人 |
| | 1年以上5年未満 | 30人 |
| | 5年以上10年未満 | 0人 |
| | 10年以上 | 0人 |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 0人 / 0人 |
| 入居者数 | | 49人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|------|-----|------|-----|-------|----------|
| 性別 | 男性 | 12人 | 女性 | 37人 | |
| 男女比率 | 男性 | 24% | 女性 | 76% | |
| 入居率 | 98% | 平均年齢 | 87歳 | 平均介護度 | 2.1(要介護) |

(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 | 8人 |
| | 医療機関 | 7人 |
| | 死亡者 | 5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 | 16人 (解約事由の例) ①特別養護老人ホーム入所が決まった ②医療機関に入院継続のため ③自宅での生活に戻りたいため |

8 苦情・事故等に関する体制

(職種別の職員数)

| | | |
|--------------------|-------|-----------------------------|
| 窓口の名称 (事業者) | | 有料老人ホーム はまひろがお内海 (ご意見窓口内) |
| 電話番号 / FAX | | 0879-62-8277 / 0879-62-8278 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30 ~ 17:30 |
| | 土曜 | 8:30 ~ 17:30 |
| | 日曜・祝日 | 8:30 ~ 17:30 |
| 定休日 | | 年中無休 |
| 窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁) | | 小豆島町地域包括支援センター |
| 電話番号 | | 0879-82-7006 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30 ~ 17:30 |
| 定休日 | | 土日祝祭日 |
| 窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁) | | 香川県健康福祉部長寿社会対策課 施設サービスグループ |
| 電話番号 | | 087-832-3266 / 087-832-3268 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30 ~ 17:15 |
| 定休日 | | 土日祝祭日 |

(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 | 加入先 | 東京海上日動火災保険 (株) |
| | 加入内容 | |
| | その他 | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 事故対応マニュアルに基づく | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | あり | |

(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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況 | あり | ありの場合 | |
| | | 実施日 | 平成 29年9月25日～30日 |
| | | 結果の開示 | あり |
| | | 開示の方法 | |
| 第三者による評価の実施状況 | なし | ありの場合 | |
| | | 実施日 | 平成 |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | |
| | | 開示の方法 | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|----------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に公開 |
| 管理規程 | 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書 | 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 公開していない |

10 その他

| | | | |
|--|----------------------------|---------------|--|
| (職種別の職員数) | あり | ありの場合 | |
| | | 開催頻度 | 年 2回以上 |
| | | 構成員 | 入居者家族、施設職員、地域住民代表、地域包括支援センターの職員、町の職員、(併設施設) 居宅介護支援事業所管理者 |
| | | なしの場合の代替措置の内容 | |
| 提携ホームへの移行 | なし | ありの場合の提携ホーム名 | |
| 個人情報の保護 | 個人情報に関する同意書に基づいて対応いたします。 | | |
| 緊急時等における対応方法 | 緊急時対応マニュアルに沿って、適切に対応いたします。 | | |
| 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 | なし | 不適合の場合の内容 | |
| 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 | 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 | 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 | 適合している | | |
| | 代替措置等の内容 | | |
| 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入居者への説明 | | | |

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）

上記の重要事項の内容、並びに介護サービス等及びその提供事業者を自由に選択できることについて、事業者より説明を受けました。

(入居者)

住 所

氏 名

様

(入居者代理人)

住 所

氏 名

様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日 令和 年 月 日
説明者署名

(別添1) 事業主体が当該ホームの所在市町において実施する他の介護サービス

| (職種別の職員数) | 事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------------|--------|------------------------------------|
| <居宅サービス> | | |
| 訪問介護 | あり | 訪問介護事業所はまひるがお内海 小豆郡小豆島町安田乙158番地2 |
| 訪問入浴介護 | なし | |
| 訪問看護 | あり | 内海平井クリニック 小豆郡小豆島町草壁本町下川西602番地18 |
| 訪問リハビリテーション | なし | |
| 居宅療養管理指導 | あり | 内海平井クリニック 小豆郡小豆島町草壁本町下川西602番地18 |
| 通所介護 | あり | デイサービスはまひるがお内海 小豆郡小豆島町安田乙158番地2 |
| 通所リハビリテーション | なし | |
| 短期入所生活介護 | なし | |
| 短期入所療養介護 | なし | |
| リネン交換 | なし | |
| 福祉用具貸与 | なし | |
| 特定福祉用具販売 | 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 | なし | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | |
| 地域密着型通所介護 | なし | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | |
| 認知症対応型共同生活介護 | なし | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | 介護付き有料老人ホームはまひるがお 小豆郡土庄町甲1356番地1 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | なし | |
| 居宅介護支援 | あり | 居宅介護支援事業所はまひるがお内海 小豆郡小豆島町安田乙158番地2 |
| <居宅介護予防サービス> | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | 訪問介護事業所はまひるがお内海 小豆郡小豆島町安田乙158番地2 |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | |
| 介護予防訪問看護 | なし | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | 内海平井クリニック 小豆郡小豆島町草壁本町下川西602番地18 |
| 介護予防通所介護 | なし | デイサービスはまひるがお内海 小豆郡小豆島町安田乙158番地2 |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | なし | |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 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 | なし | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | |
| 介護予防支援 | なし | |
| <介護保険施設> | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | |
| 介護老人保健施設 | なし | |
| 介護療養型医療施設 | 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

| (職種別の職員数) | 個別の利用料で実施するサービス | 介護サービスでの利用が困難な場合に限る | | 備 考 | |
|-----------|--------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| | | 料金※ (税抜) | | | |
| 介護サービス | 食事介助 | なし | | | |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | あり | 1,650円/1回 | 居宅サービス計画書に位置付けられた場合のみ | |
| | おむつ代 | あり | | 袋単位で実費となります。 | |
| | 入浴 (一般浴) 介助・清拭 | あり | 1,650円/1回 | 居宅サービス計画書に位置付けられた場合のみ | |
| | 特浴介助 | なし | | | |
| | 身辺介助 (移動・着替え等) | あり | | 居宅サービス計画書に位置付けられた場合のみ | |
| | 機能訓練 | なし | | | |
| 通院介助 | あり | | 1,000円/2時間まで、1時間超えることに+1,000円 | 実費になります。 | |
| 生活サービス | 居室清掃 | あり | 1,800円/1回 | 介護保険サービス(介護給付)での利用ができない場合に限りです。 | |
| | リネン交換 | あり | 200円/1日 | 介護保険サービス(介護給付)での利用ができない場合に限りです。 | |
| | 日常の洗濯 | あり | | 1回各100円(洗濯と乾燥で、200円) | それぞれ実費になります。 |
| | 居室配膳・下膳 | なし | IV-4 生活相談・助言サービス 参照 | | |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | | | |
| | おやつ | なし | | | |
| | ベッドのレンタル(台数に限りあり) | あり | | 1日200円(要支援1, 要支援2, 要介護1の方 等) | 介護保険サービス(介護給付)での利用ができない場合に限りです。 |
| | 理美容師による理美容サービス | あり | | 事業者の規定による(希望者のみ) | 訪問理美容の機会設定あり(自己負担になります。) |
| | 買い物代行 | あり | 500円/1回 | 週2回まで | 介護保険サービス(介護給付)での利用ができない場合に限りです。 |
| | 外出支援(移送等) | あり | 片道1,000円 | | 実費になります。 |
| 役所手続代行 | なし | | | | |
| 金銭・貯金管理 | なし | | | | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | あり | | 予防接種・健康診断等 | 実費になります。 |
| | 健康相談 | なし | | | |
| | 生活指導・栄養指導 | なし | | | |
| | 服薬支援 | あり | 2,000円/月 | | |
| | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | | | |
| 入退院のサービス | 移送サービス | あり | | 1,000円/片道 | 介護タクシー等の利用をお勧めしています(利用のための支援は致しません) |
| | 入退院時の同行(見守り、片付けなど) | あり | | 1,000円/2時間まで、1時間超えることに+1,000円 | 原則として、ご家族で対応下さい。 |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | | | |
| | 入院中の見舞い訪問 | なし | | | |

※「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額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、1回当たりの金額など単位を明確に記入する。