

重要事項説明書

記入年月日	令和7年1月1日
記入者名	森下 将司
所属・職名	施設長

※ 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4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4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="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんさんせつかい 医療法人三継会	
主たる事務所の所在地	〒506-0825 岐阜県高山市石浦町五丁目1番地ネオコーポイシウラ2階	
連絡先	電話番号	0577-34-5648
	FAX番号	0577-57-5660
	メールアドレス	info@sansetukai.com
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	山下 直哉
	職名	理事長
設立年月日	平成 23年8月10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) ふぁいんしにあけやき ファインシニアけやき	
所在地	〒506-0053 岐阜県高山市昭和町3丁目180-1	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	駅から1,000m(徒歩約13分)
連絡先	電話番号	0577-57-5858
	FAX番号	0577-57-5859
	メールアドレス	info@fine-senior.com
	ホームページアドレス	http://fine-senior.com/
管理者	氏名	森下 将司
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 30年5月 末日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 30年6月 1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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1872.19 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 (普通賃借 ・ 定期賃借)				
		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	1666.55 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1666.55 m ²			
	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 (普通賃借 ・ 定期賃借)				
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】	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	有/無	有/無	13.25 m ²	46	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/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	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	9ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	9ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所	
			大浴場	1ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	1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	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	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり
		2	一部あり	3	なし
	便所	1	あり	2	一部あり
		2	一部あり	3	なし
	浴室	1	あり	2	一部あり
		2	一部あり	3	なし
	その他（ ）	1	あり	2	一部あり
		2	一部あり	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	地域における医療依存度の高い高齢者の住まいとしての役割を果たす。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関と連携し、訪問診療、訪問看護、訪問介護など専門職による高度なサービスを提供する。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	医療機関連携加算	1 あり	2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	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	
	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
	介護職員処遇改善加算	(III)	1 あり	2 なし
		(IV)	1 あり	2 なし
(V)		1 あり	2 なし	
(VI)		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		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 (訪問診療医の確保)	
協力医療機関	1	名称	なかしまクリニック
		住所	岐阜県高山市昭和町 3 丁目 180-1
		診療科目	内科、皮膚科
		協力科目	
		協力内容	内科医、皮膚科医の訪問診療
	2	名称	高山赤十字病院
		住所	岐阜県高山市天満町 3 丁目 11 番地
		診療科目	内科、循環器内科、整形外科、外科、脳神経外科、泌尿器科、小児科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、診療内科、皮膚科、放射線科、リハビリテーション科、麻酔科、歯科口腔外科
		協力科目	内科、循環器内科、整形外科、外科、脳神経外科、泌尿器科、小児科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、診療内科、皮膚科、放射線科、リハビリテーション科、麻酔科、歯科口腔外科
	3	名称	久美愛厚生病院
		住所	岐阜県高山市中切町 1 番地 1
		診療科目	内科、整形外科、外科、脳神経外科、泌尿器科、小児科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、診療内科、皮膚科
協力科目		内科、整形外科、外科、脳神経外科、泌尿器科、小児科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、診療内科、皮膚科	
協力歯科医療機関	名称	医療法人三継会 いしうら歯科医院	
	住所	岐阜県高山市石浦町 5 丁目 1 番地	
	協力内容	歯科医師による訪問歯科診療	

(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	入居時介護保険が利用可能な方	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、または事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者・身元引受人の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常のサービス提供方法・人員配置等ではこれを防止することができないとき 「利用者又は身元引受人が著しく信頼関係を破壊する行為をしたとき」あるいは「背信行為をしたとき」
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容: 空室がある場合) 2 なし	
入居定員	46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 42 人	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	20	15	5	
看護職員	8	4	4	
機能訓練指導員	2	2		
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	8	1	7	
事務員	1		1	
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 20 人		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	13	8	5
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	6	6	
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 2 人		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士	1	1	
作業療法士	1	1	
言語聴覚士			
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 (16 時 30 分～9 時 30 分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2 人	2 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		歯科医師						
			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				2							
前年度1年間の退職者数				3	2						
応じた業務に従事した経験年数に の人数	1年未満			1							
	1年以上			4							
	3年未満										
	3年以上			1		1					
	5年未満										
	5年以上			2	1						
	10年未満										
10年以上	5	3	7	4			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 <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 物価変動、人件費上昇により、年に1回改定する場合がある。
	手続き 運営懇談会で意見を聞く。

（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	要介護5		
	年齢	65歳	歳	
居室の状況	床面積	13.25㎡	㎡	
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		139,500円(税抜き)	円	
家賃		50,000円(非課税)	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	52,500円(税抜き)	円
		管理費	24,500円(税抜き)	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	12,500円(税抜き)	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> <p>※3 水分、食事に施設のトロミ剤を利用の場合、別途固定で毎月1,500円（税抜き）が必要です。</p>				

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	高山地区の間取り1Rの物件の、占有面積1㎡に対する家賃の相場が約1,477円/㎡。これを居室13.25㎡の面積とレンタル比(36%)を考慮して算出した。
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	共用施設の維持管理・修繕費。事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費。
食費	朝食 470 円、昼食 640 円、夕食 640 円の 1,750 円/日を 1 か月分(30 日)で計算。算定根拠は給食委託費を総調理数で除した金額。
光熱水費	施設全体の光熱費の約 35%を個人居室分とし、総個室で除した金額。
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	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	14人
	女性	24人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	4人
	85歳以上	29人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	1人
	要介護 3	1人
	要介護 4	9人
	要介護 5	27人
入居期間別	6ヶ月未満	13人
	6ヶ月以上 1年未満	7人
	1年以上 5年未満	14人
	5年以上 10年未満	3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	85歳
入居者数の合計	33人
入居率※	72%
※ 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	2人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	4人
	死亡者	29人
	その他	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		9人
		(解約事由の例) 他施設へ転居のため。	

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		ファイナンスけやき
電話番号		0577-57-5858
対応している時間	平日	8時45分～12時00分、13時00分～17時00分
	土曜	8時45分～12時00分
	日曜・祝日	休み
定休日		定休日

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 入居契約書 第10条の通り
	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	(その内容) 入居契約書 第10条の通り
	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	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 2 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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」	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
に合致しない事項	
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	
不適合事項がある場合の内容	
実習の受け入れについて	当施設では高校、専門学校等の養成機関からの依頼を受け、現場実習の受け入れを行います。実習生が期間中に一人の利用者の方を受け持ち、実際の援助をさせていただくこともあります。実習生が入所者の方々に対して適切な援助を行えるよう養成機関や当施設従事者により指導を行っていきます。なお、実習生も従業者と同様に個人情報の取り扱いを適正に行うものとします。

添付書類：別添1（別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 事業主体が岐阜県内で実施する他の介護サービス等

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	ファイニンシアけやきヘルパーステーション	岐阜県高山市昭和町3丁目180-1
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	ファイニンシアけやき訪問看護ステーション	岐阜県高山市昭和町3丁目180-1
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	いしうら歯科医院	岐阜県高山市石浦町5丁目1番地 ネオコーポイシウラ2階
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		
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		
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	ファイニンシアけやき福祉用具貸与事業所	岐阜県高山市昭和町3丁目180-1
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		
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	ファイニンシアけやき居宅介護支援センター	岐阜県高山市昭和町3丁目180-1
<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		
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		

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	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）			備考
	なし	あり	なし	あり	包含※2	都度※2	料金※3	
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				
おむつ代			なし	あり				
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		○	2,500円/30分 (税抜き)	通院介助(要予約)
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
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		○	880円 /1ネット (税抜き)	業者に依頼可能
汚染物の緊急洗濯	なし	あり	なし	あり		○	500円/回 (税抜き)	洗濯乾燥まで行った場合のみ 下洗いのみの場 300円/回(税抜き)
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			必要時のみ
入居者の嗜好に応じた特別な食事 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			2,200円/回 (通常カット) 3,300円/回 (ベッドサイド カット) 4,400円/回 (カラーのみ) 6,600円/回 (カット含む カラー)	業者に依頼可能。ともに税抜き価格
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
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				

支払代行	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	1,000 円/回 (税抜き)	振込手数料は別途徴収
健康管理サービス								
定期健康診断			<input type="checkbox"/> なし	あり				主治医の訪問診療で対応
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり				
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	2,500 円/30 分 (税抜き)	必要時のみ、市内病院のみ対応
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
その他サービス	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	2,500 円/30 分 (税抜き) 1,000 円/10 分 (税抜き)	通院、入院、退院に際し、職員による事務手続きの代行等、その他ご本人ご家族の希望により提供するサービス
物品レンタル・リース								
寝具類			なし	<input type="checkbox"/> あり		○	121 円/日 (税抜き)	
吸引器			なし	<input type="checkbox"/> あり		○	150 円/日 (税抜き)	
福祉用具(特殊寝台・サイドレール 2 本・マットレス)			なし	<input type="checkbox"/> あり		○	1,500 円/月 (税抜き)	月途中のレンタル開始及び入院等による不在時における減額なし
物品販売			なし	<input type="checkbox"/> あり		○	価格の詳細は別紙参照	

※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○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。