

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	今川 立
所属・職名	株式会社Green 代表取締役

1. 設置者概要

種類	個人 / 法人	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ぐりーん 株式会社 Green		
主たる事務所の所在地	〒807-1141	福岡県北九州市八幡西区楠橋上方二丁目16番13号	
連絡先	電話番号	093-980-2253	
	FAX番号	093-980-2254	
	メールアドレス	green1121@quartz.ocn.ne.jp	
	ホームページアドレス	http://www.green1121.com	
代表者	氏名	今川 立	
	職名	代表取締役	
設立年月日	平成24年11月21日		
主な実施事業	通所介護事業 ※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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ ぐりーん 2ゴウカン 住宅型有料老人ホームGreen II号館		
所在地	〒807-1141	福岡県北九州市八幡西区楠橋上方2-15-19	
主な利用交通手段	最寄駅	筑豊電気鉄道 楠橋駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	筑豊電気鉄道楠橋駅より徒歩15分	
連絡先	電話番号	093-981-1252	
	FAX番号	093-981-1253	
	ホームページアドレス	http://www.green1121.com	
	メールアドレス	green1121@quartz.ocn.ne.jp	
管理者	氏名	今川 綾子	
	職名	施設長	
建物の竣工日	令和2年8月1日		
有料老人ホーム事業の開始日	令和2年8月1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	福岡県
	事業所の指定日	令和2年8月1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	948.68 m ²		
	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	463.04 m ²
			うち、有料老人ホーム部分	463.04 m ²
	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 (な し)		
	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 【表示事項】	① 全室個室 2 相部屋あり					
		※ 2に該当する場合					
	最小	1人部屋			最大	1人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	有/無	13.14 m ²	13	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	有/無	13.14 m ²	5	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	有/無	m ²		
タイプ4	有/無	有/無	有/無	m ²			
タイプ5	有/無	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」のいずれかを記入。							
共用施設	共用便所における便房	2か所	うち男女別の対応が可能な便房		か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1か所		
	共用浴室	1か所	個室		1か所		
			大浴場		か所		
	共用浴室に設置された介助浴槽	1か所	チェア浴		か所		
			リフト浴		か所		
			ストレッチャー浴		か所		
その他（一般浴槽）			1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	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） ※複数選択可 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	日常生活支援を要する者を対象とする有料老人ホームとして、より一層入居者の個人としての尊厳を確保しつつ福祉の向上を図ることとします。
サービスの提供内容に関する特色	認知症・身体に障害があってもその人らしい生活を送れるサービスを行い、最期まで安心して笑顔で生活を送る事が出来るサービスを提供します。
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	入居継続支援加算	有 / 無
	生活機能向上連携加算	有 / 無
	個別機能訓練加算	有 / 無
	夜間看護体制加算	有 / 無
	若年性認知症入居者受入加算	有 / 無
	科学的介護推進体制加算	有 / 無
	医療機関連携加算	有 / 無
	口腔衛生管理体制加算	有 / 無
	栄養スクリーニング加算	有 / 無
	看取り介護加算	有 / 無

	認知症専門ケア加算	1. 加算 I 2. 加算 II 3. なし
	サービス提供体制強化加算	1. 加算 I 2. 加算 II 3. 加算 III 4. なし
	介護職員処遇改善加算	1. 加算 I 2. 加算 II 3. 加算 III 4. 加算 IV 5. 加算 V 6. なし
	介護職員等特定処遇改善加算	1. 加算 I 2. 加算 II 3. なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		有 / 無
	※有の場合、介護・看護職員の配置率	: 1

(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（緊急時の医療機関受診の付き添い等）	
協力医療機関	1	名称	西村医院
		住所	福岡県北九州市八幡西区楠橋上方 2-1-10
		診療科目	内科/小児科/医療その他
		協力科目	内科
		協力内容	健康管理、緊急時の対応（投薬、注射等の医療行為は健康保険での実費）
	2	名称	新中間病院
		住所	福岡県中間市通谷 1 丁目 3 6 番 1 号
		診療科目	内科・外科・整形外科・胃腸科・肛門科・リハビリテーション科・人工透析内科
		協力科目	外科
		協力内容	健康管理、緊急時の対応（投薬、注射等の医療行為は健康保険での実費）

協力歯科医療機関	名称	たかむら歯科医院
	住所	福岡県北九州市八幡西区里中 3-1-3
	協力内容	診察・往診

(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 3 その他 (実施していない)	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無	有 / 無	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	有 / 無	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	有 / 無
	便所の変更	有 / 無
	浴室の変更	有 / 無
	洗面所の変更	有 / 無
	台所の変更	有 / 無
	その他の変更	有 / 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	介護保険法における要介護認定者
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者の要介護認定区分が自立・要支援と認定された場合 ③ 入居者から契約解除が行われた場合 ④ 事業者から契約解除が行われた場合 ⑤ 入居者は書きに該当した場合は 30 日以上前に規定様式の解約届を事業者提出し、契約を解除することが出来ます。 1 入居者及び身元引受人が退去を希望する場合 2 事業者が守秘義務に違反した時 3 事業者が故意又は過失により入居者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為その他重大な事情が認められる場合

	<p>4 他の入居者が入居者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合</p> <p>⑥ 事業者は以下に該当した時は、1ヶ月の予告期間をもって契約を解除することができます。</p> <p>1 他の入居者の生活、又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき</p> <p>2 利用料等の支払いを2ヶ月以上滞納したとき</p> <p>3 入居時の提出書類で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>4 入院、外出等で3ヶ月以上居室を利用できなくなったとき。</p> <p>5 その他、利用契約の条項に反したとき。</p>	
設置者から解約を求める場合	解約条項	
	解約予告期間	30日
入居者からの解約予告期間		30日
体験入居	有 / (無)	
	※ 有の場合、内容	
入居定員		18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。(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	1		0.5
生活相談員				
直接処遇職員	18		18	
うち介護職員	18		18	
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				
事務員				
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				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		5
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者		
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		18時00分～9時00分	
	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	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】	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	有料老人ホームの職員数	人
--------------------------------	-------------	---

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）	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 / (無)	
	業務に係る資格等		有 / (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				5							
前年度1年間の退職者数				3							
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満			2							
	1年以上 3年未満			1							
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満				7						
	10年以上				12						
従業者の健康診断の実施状況									(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】		<ol style="list-style-type: none"> 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】		<ol style="list-style-type: none"> 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
		<table border="1"> <tr> <td>※ 4の場合 複数選択可</td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 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 </td> </tr> </table>
※ 4の場合 複数選択可	<ol style="list-style-type: none"> 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 / ①無
要介護状態に応じた金額設定		有 / ①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		<ol style="list-style-type: none"> 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	ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案して改定する。
	手続き	料金改定の際は、1 カ月以上前に文書により利用者及びその家族に説明をし、別紙「料金改定同意書」にて契約を締結する。

(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						
	年齢						
居室の状況※2		タイプ	タイプ	タイプ	タイプ	タイプ	
床面積		13.14 m ²	13.14 m ²	m ²	m ²	m ²	
便所		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
浴室		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で必要な費用	前払金※3	0円	0円	0円	0円	円	
	敷金	0円	0円	0円	0円	円	
月額費用の合計※4		96200円	89000円	円	円	円	
家賃		35000円	30000円	円	円	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	41400円	41400円	円	円	円
		管理費	15400円	14300円	円	円	円
		光熱水費	4400円	3300円	円	円	円
			円	円	円	円	円
		その他	円	円	円	円	円
都度払いとなるサービス		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	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。生活保護受給者については要相談。

※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	① トイレあり : 35000円 トイレなし : 30000円 初期投資額及び、月額賃借料の一部をもとに算出。
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	トイレあり：15400円／月　トイレなし：14300円 共用部光熱水費・ホーム整備・維持管理費・車両維持管理費・事務費・人件費
食費	41400円／月・人（30日計算） お召し上がりになった分（朝食330円、昼食500円（おやつ含む）、夕食550円）を加算方式により精算いたします。
水道光熱費	トイレ有：4400円　トイレ無：3300円
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別紙2
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 デイサービス・ヘルパー等の介護保険利用者負担金（1割・2割負担金） 自費による介護費用／医療費／おむつ代／理美容代／リネン代（寝具リース料）／クリーニング・洗濯代／日用品の購入費

7. 入居者の状況

（入居者の人数）

性別	男性	7人	女性	10人
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	8人	85歳以上	8人
要介護度別	自立	0人	要支援1	0人
	要支援2	0人	要介護1	0人
	要介護2	0人	要介護3	2人
	要介護4	9人	要介護5	6人
入居期間別	6か月未満	1人	6か月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	15人	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	85歳
入居者数の合計	17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	0人	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人	死亡者	4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	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)

窓口の名称	住宅型有料老人ホーム Green II 号館		
電話番号	093-981-1252		
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		

(設置者の責めに帰すべき事由による賠償すべき事故が発生した時の対応)

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	あいおいニッセイ同和損保 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	設置者の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した時の対応	① あり (その内容) 対人賠償 10 億円/1 事故・対物賠償 1 千万円/1 事故 2 なし	
事故対応及びその予防の為の指針	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 取組あり 2 取組なし		
	※ 1の場合	実施日・開始日 結果の開示	平成 年 月 日 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 評価機関名称	平成 年 月 日

		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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> 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 1 回
	※ 2 の場合、代替措置の内容	
提携ホームへの移行【表示事項】	1 移行あり (提携ホーム名：) <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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) <input checked="" type="radio"/> 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、構造設備の基準となる制度の名称	
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	

契約書及び重要事項説明書について説明を受け、内容に同意しましたので受領します。

説明・同意日 令和 年 月 日

住所： _____

氏名： _____ ⑩（続柄： _____）

説明者署名 _____ ⑩

※ 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 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		設置の状況	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	有 / 無	併設・隣接		
訪問入浴介護	有 / 無	併設・隣接		
訪問看護	有 / 無	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	有 / 無	併設・隣接		
居宅療養管理指導	有 / 無	併設・隣接		
通所介護	有 / 無	併設・隣接	Smile Life NATURAL	八幡西区楠橋上方2-16-13
通所リハビリテーション	有 / 無	併設・隣接	Green ライフ	八幡西区楠橋上方2-15-18
短期入所生活介護	有 / 無	併設・隣接		
短期入所療養介護	有 / 無	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	有 / 無	併設・隣接		
福祉用具貸与	有 / 無	併設・隣接		
特定福祉用具販売	有 / 無	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	有 / 無	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	有 / 無	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	有 / 無	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	有 / 無	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	有 / 無	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / 無	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	有 / 無	併設・隣接		
居宅介護支援	有 / 無	併設・隣接	ケアプランセンタ ーGreen	八幡西区楠橋上方2-15-19
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	有 / 無	併設・隣接		
介護予防訪問入浴介護	有 / 無	併設・隣接		
介護予防訪問看護	有 / 無	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	有 / 無	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	有 / 無	併設・隣接		
介護予防通所介護	有 / 無	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	有 / 無	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	有 / 無	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	有 / 無	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / 無	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	有 / 無	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	有 / 無	併設・隣接		

<地域密着型介護予防サービス>		設置の状況	事業所の名称	所在地
介護予防認知症対応型通所介護	有 / 無	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / 無	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / 無	併設・隣接		
介護予防支援	有 / 無	併設・隣接		
<介護福祉施設>				
介護老人福祉施設	有 / 無	併設・隣接		
介護老人保健施設	有 / 無	併設・隣接		
介護療養型医療施設	有 / 無	併設・隣接		
介護医療院	有 / 無	併設・隣接		
<介護予防・日常生活総合事業>				
訪問型サービス	有 / 無	併設・隣接		
通所型サービス	有 / 無	併設・隣接	SmileLifeNATURAL	八幡西区楠橋上方2-16-13
その他の生活支援サービス	有 / 無	併設・隣接	Green ライフ	八幡西区楠橋上方2-15-18

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 / <input checked="" type="radio"/> 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	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	○			
排泄介助・おむつ交換		有	○			
おむつ代		有		○	備考参照	おむつ代は実費となります。
入浴（一般浴）介助・清拭		無				
特浴介助		無				
身辺介助（移動・着替え等）		有	○			
機能訓練		無				
通院介助		有		○	備考参照	緊急時を除く。指定病院のみ。1500円/時間
生活サービス						
居室清掃		有	○			
リネン交換		有	○			
日常の洗濯・寝具リース		有		○	備考参照	私物クリーニング（4000円/月）寝具リース（1500円/月）
居室配膳・下膳		無				
入居者の嗜好に応じた特別な食事		無				糖尿食や食事形態は対応可。
おやつ		無				
理美容師による理美容サービス		有		○	備考参照	理美容サービスは実費となります。
買い物代行		無				
役所手続き代行		無				
金銭・貯金管理		有		○	備考参照	2000円/月
健康管理サービス						
定期健康診断		有		○	備考参照	自費
健康相談		有	○			
生活指導・栄養指導		有	○			
服薬支援		有	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）		有	○			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス		無				
入退院時の同行		無				
入院中の洗濯物交換・買い物		無				
入院中の見舞い訪問		無				

※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 「有」の場合は、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、該当する欄に「○」を記入する。

※3 都度払いの場合は、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※4 サービスの範囲や条件を明確に記入する。