別紙様式１

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 令和3年4月1日 |
|  | 記入者名 | 高哲也 |
| 所属・職名 | シティライフこまつ管理者 |

※　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／法人　法人 | |
| ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | （ふりがな）にし・うえるねす　かぶしきがいしゃ  ニシ・ウエルネス　株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒923-0811　石川県小松市白江町ト121-1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0761-22-6141 |
| FAX番号 | 0761-22-6123 |
| ホームページアドレス | <http://www.nishi-wellness.jp> |
| 代表者 | 氏名 | 西　正次 |
| 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成　11年　7月　1日 | |
| 主な実施事業 | ※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**

**（住まいの概要）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | （ふりがな）してぃらいふこまつ  シティライフこまつ | |
| 所在地 | 〒923-0861  石川県小松市沖町480番地 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 小松駅 |
| 交通手段と所要時間 | ①バス利用の場合  小松バス市内循環線 オレンジこまち乗車20分、こまつソフィア病院前停留所で下車、徒歩3分  ②自動車利用の場合  小松駅から車で5分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0761-46-6524 |
| FAX番号 | 0761-46-6574 |
| ホームページアドレス | <http://www.nishi-wellness.jp> |
| 管理者 | 氏名 | 田中　博良 |
| 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 平成　25年　11月　11日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成　25年　12月　16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 | 県（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 | 1,946.004㎡ | | | | | | | | | |
| 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  （平成25年10月～平成75年3月31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 | | | | | 1,549.620㎡ | | | | |
| うち、老人ホーム部分 | | | | | 1,326.868㎡ | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
|  | 抵当権の設定 | | | | □１　あり　　☑２　なし | | | | |
| 契約期間 | | | | ☑１　あり  （平成25年10月～平成75年3月31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 | | | | | | | | | |
| □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 | | | 13.66㎡ | 34 | | 一般居室個室 |
| タイプ２ | ☑有／□無 | | | □有／☑無 | | | 18.21㎡ | 6 | | 一般居室個室 |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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 | | | 7ヶ所 | | うち男女別の対応が可能な便房 | | | | 0ヶ所 | |
| うち車椅子等の対応が可能な便房 | | | | 3ヶ所 | |
| 共用浴室 | | | 3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 | | | 1ヶ所 | | チェアー浴 | | | | 0ヶ所 | |
| リフト浴 | | | | 1ヶ所 | |
| ストレッチャー浴 | | | | 0ヶ所 | |
| その他（　　　　　　） | | | | 0ヶ所 | |
| 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 |  | | | | | | | | | | |

**４．サービスの内容**

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | 第１条　事業者は、入居者に対し、老人福祉法その他関連法令、石川県有料老人ホーム設置運営指導を遵守し、本契約の定めに従い、入居者に対し当該施設を終身にわたり利用する権利を与え各種サービスを提供する。  ２　　施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。 |
| サービスの提供内容に関する  特色 | ・２４時間３６５日、職員の常駐。  ・ヘルパーコールや職員の巡回による見守り、緊急時も迅速に対応可能。  ・第２の家作りをめざします。  ・お楽しみ活動の実施。（五感を刺激し、自分らしさを発揮できる野外活動、残存能力を生かす生きがい活動の提供、地域に密着した行事の参加　を実施します。） |
| 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 |

**（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（基本的には家族様に行ってもらうが、通院介助・送迎も有料サービスであり。） | |
| 協力医療機関 | １ | 名称 | 小松ソフィア病院 |
| 住所 | 石川県小松市沖町478番地 |
| 診療科目 | 内科一般・整形外科・その他 |
| 協力内容 |  |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 協力内容 |  |

**（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 | 以下の方がご利用いただけます。  自立の方、要支援および要介護の方。  共同生活を営める方。  常時医療提供が必要ない方。  暴力行為を起こさない方。  月額利用料がお支払できる方。  健康診断を受けて問題のない方。 | |
| 契約の解除の内容 | 契約書確認のこと。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 契約書確認のこと。 |
| 解約予告期間 | 3ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | ☑１　あり（内容：健康診断終了後、入居を前提とした体験入居）  □２　なし | |
| 入居定員 | 40人 | |
| その他 | ◆身元引受人を２名定めていただきます。  （３親等内の親族の方で、原則として入居者より年下の方）  ◆管理費等の支払いについて、入居者と連帯して責任を負う  ことになります。  入居者の健康生活上の連絡窓口（相談先）になって  いただき、引取等の責任を負うことになります。 | |

**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 | 1 |  |  |
| 生活相談員 | | 1 | 1 |  |  |
| 直接処遇職員 | |  |  |  |  |
|  | 介護職員 | 6 | 5 | 1 |  |
|  | 看護職員 | 2 | 1 | 1 |  |
| 機能訓練指導員 | |  |  |  |  |
| 計画作成担当者 | |  |  |  |  |
| 栄養士 | |  |  |  |  |
| 調理員 | |  |  |  |  |
| 事務員 | | 1 |  | 1 |  |
| その他職員 | | 3 |  | 3 |  |
| 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 | 5 | 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 |  |  |  |

**（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 | 2 | 1 | 1 |
| 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 |  |  |  |
| 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（　　19時～　　7時） | | |
|  | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員 | 0人 | 0人 |
| 介護職員 | 1人 | 1人 |

**（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 | | | | 介護福祉士・介護支援専門員 | | | | |
| □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 | |  |  | 4 | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| 前年度１年間の退職者数 | |  |  | 5 | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| 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 | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| １年以上３年未満 |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| ３年以上５年未満 |  |  | 1 | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| ５年以上10年未満 |  |  | 1 | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| 10年以上 | 1 | 1 | 4 | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| 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　　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 | 人件費・物価の変動があった場合。 | |
| 手続き | 運営懇親会等にて審議の上、決定します。 | |

**（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 | 要介護2 |
| 年齢 | | 85歳 | 85歳 |
| 居室の状況 | | | 床面積 | | 18.21㎡ | 13.66㎡ |
| 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 | 0円 |
| 敷金 | | 100,000円 | 100,000円 |
| 月額費用の合計 | | | | | 155,200円 | 150,200円 |
|  | 家賃 | | | | 65,000円 | 60,000円 |
|  | サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※１の費用 | | | 0円 | 0円 |
|  | 介護保険外※２ | | 食費 | 52,200円 | 52,200円 |
|  | 管理費 | 0円 | 0円 |
|  | 介護費用 | 0円 | 0円 |
|  | 光熱水費 | 0円 | 0円 |
|  | その他 | 38,000円 | 38,000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 | 居室家賃・光熱費・管理費 |
| 敷金 | 100,000円（退去時返還金＝100,000円－居室現状復帰費用） |
| 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 | 家賃に含まれる |
| 食費 | 朝食：500円　昼食：640円　夕食：600円　１日計：1,740円を30日計算で算出 |
| 光熱水費 | 家賃に含む |
| 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 | 共益費(共用部分の維持・管理費)・生活サービス費(事務員等の人件費・その他入居者サービスをしていくにあたっての運営維持費として、事務用品・消耗品、システム維持費、通信費等) |
| その他必要な料金 | ＮＨＫ受信料(ＮＨＫと直接契約)、医療費、理美容費、オムツ等の介護用品代、おやつ・嗜好品、日用品、寝具及び福祉用具等購入・リース代、クリーニング代など個人的に使われる費用、レクリエーション活動等に要する参加費(材料費等の諸費用)、特別食、専門家(弁護士・税理士等)への相談費　等 |

**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 | 6人 |
| 女性 | 31人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 2人 |
| 65歳以上75歳未満 | 3人 |
| 75歳以上85歳未満 | 6人 |
| 85歳以上 | 26人 |
| 要介護度別 | 自立 | 6人 |
| 要支援１ | 4人 |
| 要支援２ | 5人 |
| 要介護１ | 15人 |
| 要介護２ | 7人 |
| 要介護３ | 0人 |
| 要介護４ | 0人 |
| 要介護５ | 0人 |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | 10人 |
| ６ヶ月以上１年未満 | 2人 |
| １年以上５年未満 | 11人 |
| ５年以上10年未満 | 14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 | 86.5歳 |
| 入居者数の合計 | 37人 |
| 入居率※ | 92.5％ |
| ※ 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 | 1人 |
| 社会福祉施設 | 3人 |
| 医療機関 | 5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 | 9人 |
| （解約事由の例）  ・他の高齢者施設に引っ越しを希望された。  ・家族と生活するため。 |

**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 | | シティライフこまつ苦情相談窓口 |
| 電話番号 | | 0761-46-6524 |
| 対応している時間 | 平日 | 午前8時30分～午後5時30分 |
| 土曜 | ― |
| 日曜・祝日 | ― |
| 定休日 | | 土曜・日曜・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　あり | （その内容）業務の遂行や施設所有・使用または管理に起因する事故、利用者に提供した飲食物などの生産物や業務の結果に起因する事故によって、サービス利用者や第三者に損害を与え、法律上の損害賠償責任を負担した場合に損害の賠償を行います。  ・施設所有（管理）者賠償責任保険　１事故につき５億円（限度額）  ・生産物賠償責任保険　１事故につき５億円（限度額） |
| □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）同上 |
| □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：ウエルネスふらま・ウエルネスかねの）  □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  □　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 | | □　あり　　☑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」に合致しない事項 | | □　あり　　☑２　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 | 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 | | □　あり　　☑２　なし | | | |
|  | 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　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。

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 | ☑なし |  | |  |
| 訪問入浴介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 訪問看護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 訪問リハビリテーション | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 居宅療養管理指導 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 通所介護 | | ☑あり | □なし | ウエルネスいまえ | | 小松市今江町1-328-1 |
| 通所リハビリテーション | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 短期入所生活介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 短期入所療養介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 特定施設入居者生活介護 | | ☑あり | □なし | ウエルネスふらま  ウエルネスかねの | | 小松市千代町と100-1  小松市金平町ラ100-1 |
| 福祉用具貸与 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 特定福祉用具販売 | | □あり | ☑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 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 夜間対応型訪問介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 認知症対応型通所介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 小規模多機能型居宅介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 認知症対応型共同生活介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 居宅介護支援 | | | ☑あり | □なし | ニシ・ウエルネス居宅介護支援事業所 | | 小松市沖町480番地 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | | | |
|  | 介護予防訪問介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護予防訪問入浴介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護予防訪問看護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護予防通所介護 | | ☑あり | □なし | ウエルネスいまえ | | 小松市今江町1-328-1 |
| 介護予防通所リハビリテーション | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護予防短期入所生活介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護予防短期入所療養介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | ☑あり | □なし | ウエルネスふらま  ウエルネスかねの | | 小松市千代町と100-1  小松市金平町ラ100-1 |
| 介護予防福祉用具貸与 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | □あり | ☑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 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護予防支援 | | | ☑あり | □なし | ニシ・ウエルネス居宅介護支援事業所 | | 小松市沖町480番地 |
| ＜介護保険施設＞ | | | | | | | |
|  | | 介護老人福祉施設 | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護老人保健施設 | □あり | ☑なし |  | |  |
| 介護療養型医療施設 | □あり | ☑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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  | | 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 | |
| （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 | ☑なし | あり | なし | ☑あり |  | ☑ | 300円／日 |  | |
|  | 排泄介助・おむつ交換 | ☑なし | あり | なし | ☑あり |  | ☑ |  | 7時～19時：500円／回、19時～7時：600円／回 | |
|  | おむつ代 |  |  | ☑なし | あり |  |  |  | 全額本人負担 | |
|  | 入浴（一般浴）介助・清拭 | ☑なし | あり | なし | ☑あり |  | ☑ |  | 要介護：500円／回 要支援：350円／回 自立の方200円／回(自立の方のみに適用 見守り：200円、直接介助：400円) | |
|  | 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 |  | ☑ | 1,000円／１時間 | 小松市内のみ | |
| 生活サービス | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 居室清掃 | ☑なし | あり | なし | ☑あり | ☑ | ☑ |  | 特別清掃は1,000円／回  なお、月1回の床の掃除機がけ、平日のトイレ掃除は包含です。 | |
|  | リネン交換 | ☑なし | あり | なし | ☑あり | ☑ |  |  | 寝具一式リース3,000円／月を利用している場合はその中に含まれます。 | |
|  | 日常の洗濯 | ☑なし | あり | なし | ☑あり |  | ☑ | 300円 | 本人がすべて行う場合は100円／回(機械使用料として) | |
|  | 居室配膳・下膳 | ☑なし | あり | なし | ☑あり | ☑ |  |  | 体調不良等の特殊な場合のみ | |
|  | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 |  |  | ☑なし | あり |  |  |  | アレルギー等で除いた食事等は可能 | |
|  | 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 | ☑ |  |  | 本人希望あれば紹介を行う：費用は本人負担 | |
|  | 買い物代行 | ☑なし | あり | なし | ☑あり |  | ☑ | 500円／30分 | 一般的な買い物のみ：職員の状況によりすぐに買いに行けない場合もある。 | |
|  | 役所手続き代行 | ☑なし | あり | なし | ☑あり |  | ☑ | 500円／30分 |  | |
|  | 金銭・貯金管理 |  |  | ☑なし | あり |  |  |  |  | |
| 健康管理サービス | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 定期健康診断 |  |  | なし | ☑あり | ☑ |  |  | 希望があれば本人通院時に医療機関にて実施してもらう。 | |
|  | 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 | ☑ |  |  | 簡単な程度の指導のみ | |
|  | 服薬支援 | ☑なし | あり | なし | ☑あり |  | ☑ | 400円／日 |  | |
|  | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | ☑なし | あり | なし | ☑あり | ☑ |  |  |  | |
| 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／１時間 | 基本的に家族様対応でお願いします。車いす等で困難な場合は上記の通院介助と同じ。 | |
|  | 入退院時の同行 | ☑なし | あり | なし | ☑あり |  | ☑ | 1,000円／１時間 | 基本的に家族様対応でお願いします。車いす等で困難な場合は上記の通院介助と同じ。 | |
|  | 入院中の洗濯物交換・買い物 | ☑なし | あり | なし | ☑あり |  | ☑ | 1,000円／１時間 |  | |
|  | 入院中の見舞い訪問 | ☑なし | あり | なし | ☑あり | ☑ |  |  |  | |

※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。