

## 重要事項説明書

Ver 1.1

|           |                |
|-----------|----------------|
| 記入年月日     | 2024 年 7 月 1 日 |
| 記入者名      | 川島由美華          |
| 所属・職名     | 本部事務局 総務部      |
| 取込種別      | 2 修正           |
| 被災確認事業所番号 |                |

### 1 事業主体概要

|            |                             |                          |   |             |   |      |
|------------|-----------------------------|--------------------------|---|-------------|---|------|
| 種類         | 2 法人                        |                          |   |             |   |      |
|            | ※法人の場合、その種類                 | 5 営利法人                   |   |             |   |      |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃのうりはびりねっとわーく |                          |   |             |   |      |
|            | 株式会社脳リハビリネットワーク             |                          |   |             |   |      |
| 法人番号       | 法人番号有無                      | 1 有                      |   |             |   |      |
|            | 法人番号                        | 6080401009783            |   |             |   |      |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 432 - 8069                |                          |   |             |   |      |
|            | 浜松市中央区志都呂1丁目5番20号           |                          |   |             |   |      |
| 連絡先        | 電話番号                        | 053                      | - | 449         | - | 6900 |
|            | FAX番号                       | 053                      | - | 449         | - | 6902 |
|            | メールアドレス                     | nouriha @ wine.ocn.ne.jp |   |             |   |      |
|            | ホームページ有無                    | 1 有                      |   |             |   |      |
|            | ホームページアドレス                  | http://                  |   | nouriha.jp/ |   |      |
| 代表者        | 氏名                          | 清水孝俊                     |   |             |   |      |
|            | 職名                          | 代表取締役                    |   |             |   |      |
| 設立年月日      | 2003 年 7 月 24 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) りふれっしゅらいふしとろ  |                                                                                     |      |                |   |      |
|               | 有料老人ホーム リフレッシュライフ志都呂 |                                                                                     |      |                |   |      |
| 所在地           | 〒                    | 432                                                                                 | -    | 8069           |   |      |
|               | 浜松市中央区志都呂1丁目5番20号    |                                                                                     |      |                |   |      |
| 所在地 (建物名等)    | 脳リハビリセンター            |                                                                                     |      |                |   |      |
| 市区町村コード       | 都道府県                 | 静岡県                                                                                 | 市区町村 | 221309 浜松市     |   |      |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                  | J R 浜松 駅                                                                            |      |                |   |      |
|               | 交通手段と所要時間            | JR浜松駅から8km 遠鉄バス 宇布見・山崎行き (約30分) バス停 西見寺入口より徒歩1分 (100m)<br>自動車利用の場合 東名浜松西インターより車で25分 |      |                |   |      |
| 連絡先           | 電話番号                 | 053                                                                                 | -    | 449            | - | 6900 |
|               | FAX番号                | 053                                                                                 | -    | 449            | - | 6902 |
|               | メールアドレス              | nouriha @ wine.ocn.ne.jp                                                            |      |                |   |      |
|               | ホームページ有無             | 1 有                                                                                 |      |                |   |      |
|               | ホームページアドレス           | http://                                                                             |      | www.nouriha.jp |   |      |
| 管理者           | 氏名                   | 渥美三枝子                                                                               |      |                |   |      |
|               | 職名                   | 所長                                                                                  |      |                |   |      |
| 建物の竣工日        |                      | 2003                                                                                | 年    | 9              | 月 | 1 日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                      | 2010                                                                                | 年    | 6              | 月 | 1 日  |

(類型) 【表示事項】

|                |             |   |   |   |
|----------------|-------------|---|---|---|
| 類型             |             |   |   |   |
| 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    |   |   |   |
|                | 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            | 1288             | m <sup>2</sup>         |
|         | 所有関係            | 2 事業者が賃借する土地     |                        |
|         |                 | 2 事業者が賃借する土地の場合  |                        |
|         |                 | 賃貸の種別            | 2 定期賃借                 |
|         |                 | 抵当権の有無           | 2 なし                   |
|         |                 | 契約期間             | 1 あり                   |
|         |                 |                  | 開始                     |
|         |                 |                  | 2004 年 9 月 1 日         |
|         |                 |                  | 終了                     |
|         | 2029 年 8 月 31 日 |                  |                        |
| 契約の自動更新 | 1 あり            |                  |                        |
| 建物      | 延床面積            | 全体               | 1261.05 m <sup>2</sup> |
|         |                 | うち、老人ホーム部分       | 645.45 m <sup>2</sup>  |
|         | 耐火構造            | 1 耐火建築物          |                        |
|         |                 | 3 その他の場合         |                        |
|         |                 | 別棟の浴室等のみ耐火構造ではない |                        |
|         | 構造              | 2 鉄骨造            |                        |
|         |                 | 4 その他の場合         |                        |
|         |                 |                  |                        |

|       |                |                 |     |                      |       |          |  |
|-------|----------------|-----------------|-----|----------------------|-------|----------|--|
|       | 所有関係           |                 |     |                      |       |          |  |
|       |                | 2 事業者が賃借する建物の場合 |     |                      |       |          |  |
|       |                | 賃貸の種別           |     | 2 定期貸借               |       |          |  |
|       |                | 抵当権の有無          |     | 2 なし                 |       |          |  |
|       |                | 契約期間            |     | 1 あり                 |       |          |  |
|       |                |                 |     | 開始                   |       |          |  |
|       |                |                 |     | 2004 年 9 月 1 日       |       |          |  |
|       |                |                 |     | 終了                   |       |          |  |
|       |                |                 |     | 2029 年 8 月 31 日      |       |          |  |
|       |                | 契約の自動更新         |     | 1 あり                 |       |          |  |
| 居室の状況 | 居室区分<br>【表示事項】 | 1 全室個室（縁故者個室含む） |     |                      |       |          |  |
|       |                | 2 相部屋ありの場合      |     |                      |       |          |  |
|       |                | 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           | 2 無             | 2 無 | 12.96 m <sup>2</sup> | 13    | 1 一般居室個室 |  |
|       | タイプ2           |                 |     | m <sup>2</sup>       |       |          |  |
|       | タイプ3           |                 |     | m <sup>2</sup>       |       |          |  |
|       | タイプ4           |                 |     | m <sup>2</sup>       |       |          |  |
|       | タイプ5           |                 |     | m <sup>2</sup>       |       |          |  |
|       | タイプ6           |                 |     | m <sup>2</sup>       |       |          |  |
|       | タイプ7           |                 |     | m <sup>2</sup>       |       |          |  |
|       | タイプ8           |                 |     | m <sup>2</sup>       |       |          |  |
|       | タイプ9           |                 |     | m <sup>2</sup>       |       |          |  |
|       | タイプ10          |                 |     | m <sup>2</sup>       |       |          |  |

|                      |                  |               |         |                 |   |    |  |
|----------------------|------------------|---------------|---------|-----------------|---|----|--|
| 共用施設                 | 共用便所における<br>便房   | 6             | ヶ所      | うち男女別の対応が可能な便房  | 3 | ヶ所 |  |
|                      |                  |               |         | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 1 | ヶ所 |  |
|                      | 共用浴室             | 1             | ヶ所      | 個室              |   | ヶ所 |  |
|                      |                  |               |         | 大浴場             | 1 | ヶ所 |  |
|                      | 共用浴室における<br>介護浴槽 | 0             | ヶ所      | チェアー浴           |   | ヶ所 |  |
|                      |                  |               |         | リフト浴            |   | ヶ所 |  |
|                      |                  |               |         | ストレッチャー浴        |   | ヶ所 |  |
|                      |                  |               |         | その他             |   | ヶ所 |  |
|                      | 食堂               | 1             | あり      |                 |   |    |  |
| 入居者や家族が利用<br>できる調理設備 | 1                | あり            |         |                 |   |    |  |
| エレベーター               | 2                | あり（ストレッチャー対応） |         |                 |   |    |  |
| 消防用設備<br>等           | 消火器              | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|                      | 自動火災報知設備         | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|                      | 火災通報設備           | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|                      | スプリンクラー          | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|                      | 防火管理者            | 1             | あり      |                 |   |    |  |
|                      | 防災計画             | 1             | あり      |                 |   |    |  |
| 緊急通報装<br>置等          | 居室               | 1             | 全ての居室あり |                 |   |    |  |
|                      | 便所               | 1             | 全ての便所あり |                 |   |    |  |
|                      | 浴室               | 3             | なし      |                 |   |    |  |
|                      | その他              |               |         |                 |   |    |  |
|                      |                  |               |         |                 |   |    |  |
| その他                  |                  |               |         |                 |   |    |  |

#### 4 サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | <p>(1) リフレッシュライフ志都呂は、早期認知症高齢者の認知症状態の安定改善のための脳リハビリプログラムをより高度で最適な形態で提供致します。</p> <p>(2) 御入居者の人格を尊厳したサービスを行います。</p> <p>(3) 職員は、御入居者に対し高度な脳リハビリプログラムを提供するために、自己啓発し、研鑽を積み、質的向上を目指します。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | 2003年より認知症の予防・維持・改善に取り組んできた実績をもとにサービスを提供                                                                                                                                            |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施                                                                                                                                                                              |
| 食事の提供           | 1 自ら実施                                                                                                                                                                              |
| 洗濯・掃除等の家事の供与    | 1 自ら実施                                                                                                                                                                              |
| 健康管理の供与         | 1 自ら実施                                                                                                                                                                              |
| 安否確認又は状況把握サービス  | 1 自ら実施                                                                                                                                                                              |
| 生活相談サービス        | 1 自ら実施                                                                                                                                                                              |

（介護サービスの内容） ※特定施設入居者生活介護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<br>の加算の対象となるサ<br>ービスの体制の有無 | 入居継続支援加算（Ⅰ）    |     |  |
|                                        | 入居継続支援加算（Ⅱ）    |     |  |
|                                        | 生活機能向上連携加算（Ⅰ）  |     |  |
|                                        | 生活機能向上連携加算（Ⅱ）  |     |  |
|                                        | 個別機能訓練加算（Ⅰ）    |     |  |
|                                        | 個別機能訓練加算（Ⅱ）    |     |  |
|                                        | ADL維持等加算（Ⅰ）    |     |  |
|                                        | ADL維持等加算（Ⅱ）    |     |  |
|                                        | 夜間看護体制加算       |     |  |
|                                        | 若年性認知症入居者受入加算  |     |  |
|                                        | 医療機関連携加算       |     |  |
|                                        | 口腔衛生管理体制加算     |     |  |
|                                        | 口腔・栄養スクリーニング加算 |     |  |
|                                        | 科学的介護推進体制加算    |     |  |
|                                        | 退院・退所時連携加算     |     |  |
|                                        | 看取り介護加算（Ⅰ）     |     |  |
|                                        | 看取り介護加算（Ⅱ）     |     |  |
|                                        | 認知症専門ケア加<br>算  | （Ⅰ） |  |
|                                        |                | （Ⅱ） |  |

|                      |              |                                                       |  |
|----------------------|--------------|-------------------------------------------------------|--|
|                      | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)                                                   |  |
|                      |              | (Ⅱ)                                                   |  |
|                      |              | (Ⅲ)                                                   |  |
|                      | 介護職員処遇改善加算   | (Ⅰ)                                                   |  |
|                      |              | (Ⅱ)                                                   |  |
|                      |              | (Ⅲ)                                                   |  |
|                      |              | (Ⅳ)                                                   |  |
|                      |              | (Ⅴ)                                                   |  |
| 介護職員等特定処遇改善加算        | (Ⅰ)          |                                                       |  |
|                      | (Ⅱ)          |                                                       |  |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 |              | 1    ありの場合 <div> (介護・看護職員の配置率) <div></div> : 1 </div> |  |

（医療連携の内容）

|                    |                       |                                                                                                                                                 |  |
|--------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 医療支援<br><br>※複数選択可 | <input type="radio"/> | 救急車の手配                                                                                                                                          |  |
|                    | <input type="radio"/> | 入退院の付き添い                                                                                                                                        |  |
|                    | <input type="radio"/> | 通院介助                                                                                                                                            |  |
|                    |                       | その他                                                                                                                                             |  |
| 1                  | 名称                    | 浜松医療センター                                                                                                                                        |  |
|                    | 住所                    | 浜松市中央区富塚町328                                                                                                                                    |  |
|                    | 診療科目                  | 総合診療科、呼吸器科、消化器科、循環器科、血液科、感染科、腎臓・こう原病科、内分泌科、精神科、神経内科、小児科、新生児科、皮膚科、画像診断科、放射線治療科、透析療法科、外科、呼吸器外科、高齢者脳神経科、脳神経外科、心臓血管外科、整形外科、形成外科、小児外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳 |  |
|                    | 協力科目                  | 総合診療科、呼吸器科、消化器科、循環器科、血液科、感染科、腎臓・こう原病科、内分泌科、精神科、神経内科、小児科、新生児科、皮膚科、画像診断科、放射線治療科、透析療法科、外科、呼吸器外科、高齢者脳神経科、脳神経外科、心臓血管外科、整形外科、形成外科、小児外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳 |  |
|                    | 協力内容                  | 年1回の健康診断の実施及び上記診療科目において当施設のご入居者への医療行為・健康維持に協力する。<br>（医療費その他の費用は御入居者の自己負担となります。）                                                                 |  |

|        |   |      |                                                                                 |
|--------|---|------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 協力医療機関 | 2 | 名称   | 加藤内科クリニック                                                                       |
|        |   | 住所   | 浜松市西区入野町16100-1                                                                 |
|        |   | 診療科目 | 内科、消化器科                                                                         |
|        |   | 協力科目 | 内科、消化器科                                                                         |
|        |   | 協力内容 | 年1回の健康診断の実施及び上記診療科目において当施設のご入居者への医療行為・健康維持に協力する。<br>(医療費その他の費用は御入居者の自己負担となります。) |
|        | 3 | 名称   |                                                                                 |
|        |   | 住所   |                                                                                 |
|        |   | 診療科目 |                                                                                 |
|        |   | 協力科目 |                                                                                 |
|        |   | 協力内容 |                                                                                 |

|          |   |      |                                                               |
|----------|---|------|---------------------------------------------------------------|
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称   | 本田歯科クリニック                                                     |
|          |   | 住所   | 浜松市南区安松町86-4                                                  |
|          |   | 協力内容 | 記診療科目において当施設のご入居者への医療行為・健康維持に協力する。（医療費その他の費用は御入居者の自己負担となります。） |
|          | 2 | 名称   | 大石歯科                                                          |
|          |   | 住所   | 浜松市西区入野町16100-1                                               |
|          |   | 協力内容 | 記診療科目において当施設のご入居者への医療行為・健康維持に協力する。（医療費その他の費用は御入居者の自己負担となります。） |

（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<br>※複数選択可 |        | 一時介護室へ移る場合 |  |
|                          |        | 介護居室へ移る場合  |  |
|                          |        | その他        |  |
| 判断基準の内容                  |        |            |  |
| 手続きの内容                   |        |            |  |
| 追加的費用の有無                 |        |            |  |
| 居室利用権の取扱い                |        |            |  |
| 前払金償却の調整の有無              |        |            |  |
| 従前の居室との仕様の<br>変更         | 面積の増減  |            |  |
|                          | 便所の変更  |            |  |
|                          | 浴室の変更  |            |  |
|                          | 洗面所の変更 |            |  |
|                          | 台所の変更  |            |  |
|                          | その他の変更 |            |  |
|                          |        | 1 ありの場合    |  |
|                          | (変更内容) |            |  |

(入居に関する要件)

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者                                                                                                                                                                                                                                                  | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                 | なし |
|                    | 要支援の者                                                                                                                                                                                                                                                    | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                 | なし |
|                    | 要介護の者                                                                                                                                                                                                                                                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                 | あり |
| 留意事項               | <p>原則として満60歳以上の方。<br/> 健康保険に加入の方（扶養家族でも可）。<br/> リフレッシュライフ志都呂の理念を、ご理解ご同意いただける方で脳リハビリネットワークが認めた方。<br/> ○身元引受人等の条件・義務等<br/> 身元引受人を御一人定めていただきます。<br/> （身元引受人がいない場合は任意後見制度の利用による入居についてご相談ください）御入居の費用のお支払い等については連帯して責任を負うと共に、入居契約が解約された時には、御入居者を引き取ることになりま</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |
| 契約解除の内容            | <p>①御入居者が逝去された場合<br/> ②御入居者から契約解除が行われた場合<br/> ③業者から入居契約書の解除要件により契約解除が行われた場合。</p>                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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御入居したとき</li> <li>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</li> <li>・契約書第20条の施設利用にあたり禁止されている規定に違反したとき</li> <li>・御入居者の行動が、他の入居者又は従業員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</li> </ul> |    |
|                    | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |
|                    | 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ありの場合                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |
|                    | (内容)                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>原則、平日の宿泊で、期間は1泊2日<br/> 費用 宿泊費・1泊1名 4,978円〈税込〉<br/> 4,526円〈税抜〉<br/> 三食付き</p>                                                                                                                                                                                                    |    |
| 入居定員               | 13                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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<br>※1 ※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|-----------------|
|                                                                                                  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                 |
|                                                                                                  |          |    |     |                 |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  |     |                 |
| 生活相談員                                                                                            | 4        |    | 4   |                 |
| 直接処遇職員                                                                                           | 9        |    | 9   |                 |
| 介護職員                                                                                             | 6        |    | 6   |                 |
| 看護職員                                                                                             | 4        | 1  | 3   |                 |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 3        |    | 3   |                 |
| 計画作成担当者                                                                                          |          |    |     |                 |
| 栄養士                                                                                              | 1        | 1  |     |                 |
| 調理員                                                                                              | 8        | 2  | 6   |                 |
| 事務員                                                                                              | 6        |    | 6   |                 |
| その他職員                                                                                            | 2        |    | 2   |                 |
| 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     | 4  |    | 4   |
| 実務者研修の修了者 | 1  |    | 1   |
| 初任者研修の修了者 | 1  |    | 1   |
| 介護支援専門員   | 1  |    | 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   | 3  |    | 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 |    |    |     |
| 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 | （ 17 時 30 分 ～ 8 時 30 分 ） |   |                |   |
|----------|--------------------------|---|----------------|---|
|          | 平均人数                     |   | 最少時人数（休憩者等を除く） |   |
| 看護職員     | 0                        | 人 |                | 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<br>の利用者に対する看護・<br>介護職員の割合<br><br>（一般型特定施設以外の場<br>合、本欄は省略可能）        | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】                |     |
|                                                                                | 実際の配置比率<br>（記入日時点での利用者数：常勤換算職<br>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<br>ある有料老人ホームの介護サー<br>ビス提供体制<br>（外部サービス利用型特定施設以<br>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    |     |                 |     |  |  |
|                                                         |                | 業務に係る<br>資格等 |      | 1 あり    |     |       |     |         |     |                 |     |  |  |
|                                                         |                |              |      | 1 ありの場合 |     |       |     |         |     |                 |     |  |  |
|                                                         |                |              |      | 資格等の名称  |     |       |     |         |     | 看護師<br>認知症予防専門士 |     |  |  |
|                                                         |                | 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                                             |                |              |      |         | 1   |       |     |         |     |                 |     |  |  |
| 前年度1年間の退職者数                                             |                |              |      |         | 1   |       |     |         |     |                 |     |  |  |
| に業<br>応務<br>じに<br>た従<br>職事<br>員の<br>た人<br>経数<br>験年<br>数 | 1 年未満          |              |      |         |     |       |     |         |     |                 |     |  |  |
|                                                         | 1 年以上<br>3 年未満 |              |      |         |     |       |     |         |     |                 |     |  |  |
|                                                         | 3 年以上<br>5 年未満 |              |      |         |     |       |     |         |     |                 |     |  |  |
|                                                         | 5 年以上<br>10年未満 |              |      |         |     |       |     |         |     |                 |     |  |  |
|                                                         | 10年以上          |              |      |         | 3   |       |     |         |     |                 |     |  |  |
| 従業者の健康診断の実施状況                                           |                |              | 1 あり |         |     |       |     |         |     |                 |     |  |  |

## 6 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

|                            |     |                                                   |               |
|----------------------------|-----|---------------------------------------------------|---------------|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】          |     | 1 利用権方式                                           |               |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】       |     | 4 選択方式                                            |               |
|                            |     | 4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択                             |               |
|                            |     | <input type="checkbox"/>                          | 全額前払い方式       |
|                            |     | <input type="radio"/>                             | 一部前払い・一部月払い方式 |
|                            |     | <input type="radio"/>                             | 月払い方式         |
| 年齢に応じた金額設定                 |     | 1 あり                                              |               |
| 要介護状態に応じた金額設定              |     | 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 |     | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額                        |               |
|                            |     | 3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合                     |               |
|                            |     | 不在期間が 30 日以上                                      |               |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 料金の改定にあたっては、施設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換算する  |               |
|                            | 手続き | 運営懇談会の意見を聞いたうえで改定する。改定にあたっては入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。 |               |

(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             |      | 介護 2    |                |        |                |  |
|            | 年齢               |      | 85      | 歳              |        | 歳              |  |
| 居室の状況      | 床面積              |      | 12.96   | m <sup>2</sup> |        | m <sup>2</sup> |  |
|            | 便所               |      | 2       | 無              |        |                |  |
|            | 浴室               |      | 2       | 無              |        |                |  |
|            | 台所               |      | 2       | 無              |        |                |  |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金              |      | 3800000 | 円              |        | 円              |  |
|            | 敷金               |      |         | 円              |        | 円              |  |
| 月額費用の合計    |                  |      | 142347  | 円              | 210061 | 円              |  |
| 家賃         |                  |      |         | 円              | 30000  | 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   | 61680   | 円              | 61680  | 円              |  |
|            |                  | 管理費  | 80667   | 円              | 118381 | 円              |  |
|            |                  | 介護費用 |         | 円              |        | 円              |  |
|            |                  | 光熱水費 |         | 円              |        | 円              |  |
|            | その他              |      | 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                            | 入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用施設等の費用として、終身にわたって受領する家賃相当費用・地代・建築費・借入利息等を基礎とし、家賃相場及び、想定居住期間を勘案して算出 |
| 敷金                            | 家賃のヶ月分                                                                                   |
| 介護費用<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |                                                                                          |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理費                  | <p>施設管理費<br/>           管理部門の person 費及び事務費、入居者に対する日常生活支援サービス等に係る person 費、一般居室の維持・管理費、一般居室で使用する水道・電気・ガス等の使用料、施設の共用部分にかかる維持・管理費や光熱費、施設警備・防犯にかかる費用。</p> <p>健康管理費<br/>           認知症予防のための職員・インストラクター・脳機能リハビリテーションスタッフ等の person 費、プログラムを実施するためのコンピュータ運用費、機材・備品等の使用に要する費用、健康相談・</p> |
| 食費                   | <p>食材費、栄養士その他食事部門の person 費、設備・備品代等（調理具・食器等）に充当させていただきます。</p> <p>食事代 一日1,892円（※1食当たり朝576円 昼658円 夜658円&lt;税込&gt;）</p>                                                                                                                                                             |
| 光熱水費                 | 管理費に含む                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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          | <p>その他に、各一般居室で使用する電話代、インターネット使用料等御入居者の希望により提供した個人的サービス等の費用は各戸・各人でご負担頂きます。</p>                                                                                                                                                                                                    |

(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※に対する自己負担額                      |      |
| 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                                | 入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用施設等の費用として、終身にわたって受領する家賃相当費用・地代・建築費・借入利息等を基礎とし、家賃相場及び、想定居住期間を勘案して算出 |    |
| 想定居住期間（償却年月数）                       | 120                                                                                      | 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） | 760000                                                                                   | 円  |
| 初期償却率                               | 20                                                                                       | %  |

|              |                    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------|--------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 返還金の算<br>定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了     |    | 入居金償却期間の起算日から3月以内において、本契約第30条に基づく入居者の解約の申し出がなされた場合は、本契約第34条の規定にかかわらず、居室明け渡し日までの本契約第2条に定める目的施設の利用の対価として、短期解約特例の場合の1日あたりの利用料（1日あたり2,082円）及び日割り計算に基づく本契約第24条から第26条に定める費用及び第31条に定める原状回復費用を事業者に支払うことで契約を終了できるものとします。                                                                                                                                                                   |
|              | 入居後 3 月を超えた契約終了    |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居金償却期間内に施設を使用するための費用の前受け分として、入居一時金の80%相当額を受け取り、無利息の預り金とします。本契約に基づく利用月毎に、事業者は預り金より当該月の施設使用の費用を徴収します。想定居住期間を越えて契約が継続する場合に備えて受領する額として、入居一時金の20%相当額をただちに事業者は取得します。</li> <li>・入居金償却期間内の場合<br/>基本入居金分<math>\times 0.80 \times (120\text{ヶ月} - \text{経過日数}) / 120\text{ヶ月}</math></li> <li>・入居金償却期間を超える場合<br/>返還金はなく、入居金の追加徴収は行いません。</li> </ul> |
| 前払金の保<br>全先  | 1 全国有料老人ホーム協会      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|              | 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|              |                    | 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         |    | 人 |
|       | 女性         | 13 | 人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0  | 人 |
|       | 65歳以上75歳未満 | 0  | 人 |
|       | 75歳以上85歳未満 | 3  | 人 |
|       | 85歳以上      | 10 | 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      | 5  | 人 |
|       | 要介護 2      | 2  | 人 |
|       | 要介護 3      | 4  | 人 |
|       | 要介護 4      | 2  | 人 |
|       | 要介護 5      | 0  | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 1  | 人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 2  | 人 |
|       | 1年以上5年未満   | 7  | 人 |
|       | 5年以上10年未満  | 2  | 人 |
|       | 10年以上15年未満 | 1  | 人 |
|       | 15年以上      | 0  | 人 |

### （入居者の属性）

|                                                 |      |   |
|-------------------------------------------------|------|---|
| 平均年齢                                            | 87.9 | 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 13   | 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）

|         |          |                     |   |
|---------|----------|---------------------|---|
| 退居先別の人数 | 自宅等      |                     | 人 |
|         | 社会福祉施設   |                     | 人 |
|         | 医療機関     | 3                   | 人 |
|         | 死亡       |                     | 人 |
|         | その他      |                     | 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 | 3                   | 人 |
|         |          | (解約事由の例)<br>医療機関へ入院 |   |

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1

|          |       |                                                                                   |   |   |   |     |    |   |   |      |  |
|----------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-----|----|---|---|------|--|
| 窓口の名称    |       | リフレッシュライフ志都呂 苦情窓口（苦情処理担当者を定め体制を整備してあります。御入居者様からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応し、苦情の申出による差別的 |   |   |   |     |    |   |   |      |  |
| 電話番号     |       | 053                                                                               |   | - |   | 449 |    | - |   | 6900 |  |
| 対応している時間 | 平日    | 9                                                                                 | 時 | 0 | 分 | ～   | 17 | 時 | 0 | 分    |  |
|          | 土曜    | 9                                                                                 | 時 | 0 | 分 | ～   | 17 | 時 | 0 | 分    |  |
|          | 日曜・祝日 | 9                                                                                 | 時 | 0 | 分 | ～   | 17 | 時 | 0 | 分    |  |
| 定休日      |       | なし                                                                                |   |   |   |     |    |   |   |      |  |

|          |       |  |                    |   |      |   |      |    |   |    |   |
|----------|-------|--|--------------------|---|------|---|------|----|---|----|---|
| 窓口2      |       |  |                    |   |      |   |      |    |   |    |   |
| 窓口の名称    |       |  | 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 |   |      |   |      |    |   |    |   |
| 電話番号     |       |  | 03                 | - | 3272 | - | 3781 |    |   |    |   |
| 対応している時間 | 平日    |  | 10                 | 時 | 0    | 分 | ～    | 16 | 時 | 0  | 分 |
|          | 土曜    |  |                    | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
|          | 日曜・祝日 |  |                    | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
| 定休日      |       |  | 土、日、祝日             |   |      |   |      |    |   |    |   |
| 窓口3      |       |  |                    |   |      |   |      |    |   |    |   |
| 窓口の名称    |       |  | 西行政センター 中央福祉事業所    |   |      |   |      |    |   |    |   |
| 電話番号     |       |  | 053                | - | 597  | - | 1119 |    |   |    |   |
| 対応している時間 | 平日    |  | 8                  | 時 | 30   | 分 | ～    | 17 | 時 | 15 | 分 |
|          | 土曜    |  |                    | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
|          | 日曜・祝日 |  |                    | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
| 定休日      |       |  | 土、日、祝日             |   |      |   |      |    |   |    |   |
| 窓口4      |       |  |                    |   |      |   |      |    |   |    |   |
| 窓口の名称    |       |  |                    |   |      |   |      |    |   |    |   |
| 電話番号     |       |  |                    | - |      | - |      |    |   |    |   |
| 対応している時間 | 平日    |  |                    | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
|          | 土曜    |  |                    | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
|          | 日曜・祝日 |  |                    | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
| 定休日      |       |  |                    |   |      |   |      |    |   |    |   |
| 窓口5      |       |  |                    |   |      |   |      |    |   |    |   |
| 窓口の名称    |       |  |                    |   |      |   |      |    |   |    |   |
| 電話番号     |       |  |                    | - |      | - |      |    |   |    |   |
| 対応している時間 | 平日    |  |                    | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
|          | 土曜    |  |                    | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
|          | 日曜・祝日 |  |                    | 時 |      | 分 | ～    |    | 時 |    | 分 |
| 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                 | 1 あり    |                             |
|                               | 1 ありの場合 |                             |
|                               | その内容    | あいおいニッセイ同和損害保険<br>会社 施設総合保険 |
| 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 ありの場合 |                             |
|                               | その内容    | 施設総合保険の規定に沿って基本全額賠償を行う。     |
| 事故対応及びその予防のための指針              |         |                             |

(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 | 2 なし    |                    |
|                                  | 1 ありの場合 |                    |
|                                  | 実施日     |                    |
|                                  | 結果の開示   |                    |
| 第三者による評価の実施状況                    | 1 あり    |                    |
|                                  | 1 ありの場合 |                    |
|                                  | 実施日     | 2013/2/24          |
|                                  | 評価機関名称  | 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 |
|                                  | 結果の開示   | 1 あり               |

9 入居希望者への事前の情報開示

|          |            |
|----------|------------|
| 入居契約書の雛形 | 2 入居希望者に交付 |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開 |

## 10 その他

|                                                          |                                        |                                                                  |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 運営懇談会                                                    | 1 あり                                   |                                                                  |
|                                                          | 1 ありの場合                                |                                                                  |
|                                                          | (開催頻度) 年 2 回                           |                                                                  |
|                                                          | 2 なしの場合                                |                                                                  |
|                                                          | 1 代替措置ありの場合                            | (内容)                                                             |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                                      | 2 なし                                   |                                                                  |
|                                                          | 1 ありの場合                                | 提携ホーム名                                                           |
| 有料老人ホーム設置時の<br>老人福祉法第29条第1項<br>に規定する届出                   | 1 あり                                   |                                                                  |
| 高齢者の居住の安定確保<br>に関する法律第5条第1<br>項に規定するサービス付<br>き高齢者向け住宅の登録 | 2 なし                                   |                                                                  |
| 有料老人ホーム設置運営<br>指導指針「5. 規模及び<br>構造設備」に合致しない<br>事項         | 1 あり                                   |                                                                  |
|                                                          | 1 ありの場合                                |                                                                  |
|                                                          | 合致しない事項が<br>ある場合の内容                    | 既存施設のため居室面積に合致しない。(基準13<br>㎡に対し、12.96㎡)別棟の浴室棟は耐火・準耐<br>火建築物ではない。 |
|                                                          | 「6. 既存建築物<br>等の活用の場合等<br>の特例」への適合<br>性 | 1 適合している (代替措置)                                                  |
| 有料老人ホーム設置運営<br>指導指針の不適合事項                                | なし                                     |                                                                  |

|  |                   |  |
|--|-------------------|--|
|  | 不適合事項がある<br>場合の内容 |  |
|--|-------------------|--|

備考

|  |
|--|
|  |
|--|

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等

| 介護サービスの種類        | 有無  | 主な事業所の名称          | 所在地            | 併設 | 隣接 |
|------------------|-----|-------------------|----------------|----|----|
| ＜居宅サービス＞         |     |                   |                |    |    |
| 訪問介護             | 2 無 |                   |                |    |    |
| 訪問入浴介護           | 2 無 |                   |                |    |    |
| 訪問看護             | 2 無 |                   |                |    |    |
| 訪問リハビリテーション      | 2 無 |                   |                |    |    |
| 居宅療養管理指導         | 2 無 |                   |                |    |    |
| 通所介護             | 1 有 | 脳リフレッシュサ<br>ロン志都呂 | 浜松市西区志都呂1-5-12 |    | ○  |
| 通所リハビリテーション      | 2 無 |                   |                |    |    |
| 短期入所生活介護         | 2 無 |                   |                |    |    |
| 短期入所療養介護         | 2 無 |                   |                |    |    |
| 特定施設入居者生活介護      | 2 無 |                   |                |    |    |
| 福祉用具貸与           | 2 無 |                   |                |    |    |
| 特定福祉用具販売         | 2 無 |                   |                |    |    |
| ＜地域密着型サービス＞      |     |                   |                |    |    |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2 無 |                   |                |    |    |
| 夜間対応型訪問介護        | 2 無 |                   |                |    |    |

|                      |     |                          |                                    |   |   |
|----------------------|-----|--------------------------|------------------------------------|---|---|
| 地域密着型通所介護            | 1 有 | デイサービスセンター きらり           | 浜松市西区志都呂1丁目5番20号                   | ○ |   |
| 認知症対応型通所介護           | 1 有 | 脳リフレッシュサロン志都呂            | 浜松市西区志都呂1丁目5番12号                   |   | ○ |
| 小規模多機能型居宅介護          | 2 無 |                          |                                    |   |   |
| 認知症対応型共同生活介護         | 1 有 | ねんりんはうす西都台<br>ねんりんはうす佐鳴湖 | 浜松市西区志都呂1丁目5番20号<br>浜松市中区富塚町2884-4 |   |   |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | 2 無 |                          |                                    |   |   |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2 無 |                          |                                    |   |   |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | 2 無 |                          |                                    |   |   |
| 居宅介護支援               |     |                          |                                    |   |   |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |     |                          |                                    |   |   |
| 介護予防訪問入浴介護           | 2 無 |                          |                                    |   |   |
| 介護予防訪問看護             | 2 無 |                          |                                    |   |   |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | 2 無 |                          |                                    |   |   |
| 介護予防居宅療養管理指導         | 2 無 |                          |                                    |   |   |
| 介護予防通所リハビリテーション      | 2 無 |                          |                                    |   |   |
| 介護予防短期入所生活介護         | 2 無 |                          |                                    |   |   |
| 介護予防短期入所療養介護         | 2 無 |                          |                                    |   |   |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | 2 無 |                          |                                    |   |   |

|                   |     |                          |                                    |  |   |
|-------------------|-----|--------------------------|------------------------------------|--|---|
| 介護予防福祉用具貸与        | 2 無 |                          |                                    |  |   |
| 特定介護予防福祉用具販売      | 2 無 |                          |                                    |  |   |
| <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    | 1 有 |                          |                                    |  |   |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護   | 2 無 |                          |                                    |  |   |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護  | 1 有 | ねんりんハウス西都台<br>ねんりんハウス佐鳴湖 | 浜松市西区志都呂1丁目5番20号<br>浜松市中区富塚町2884-4 |  |   |
| 介護予防支援            |     |                          |                                    |  |   |
| <介護保険施設>          |     |                          |                                    |  |   |
| 介護老人福祉施設          | 2 無 |                          |                                    |  |   |
| 介護老人保健施設          | 2 無 |                          |                                    |  |   |
| 介護療養型医療施設         | 2 無 |                          |                                    |  |   |
| 介護医療院             | 2 無 |                          |                                    |  |   |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> |     |                          |                                    |  |   |
| 訪問型サービス           | 2 無 |                          |                                    |  |   |
| 通所型サービス           | 1 有 | 脳リフレッシュサロン志都呂            | 浜松市西区志都呂1丁目5番12号                   |  | ○ |
| その他生活支援サービス       | 2 無 |                          |                                    |  |   |

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) | 個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担) | 包含※2 |      |          | 備 考                    |
|                                  |                                   |                             | 都度※2 | 料金※3 |          |                        |
| 介護サービス                           |                                   |                             |      |      |          |                        |
| 食事介助                             |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                        |
| 排泄介助・おむつ交換                       |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                        |
| おむつ代                             |                                   | 1 あり                        |      | ○    |          | 種類・サイズ等で値段が異なる         |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     |                                   | 1 あり                        |      | ○    | 30分1100円 | 税込み                    |
| 特浴介助                             |                                   | 2 なし                        |      |      |          |                        |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                        |
| 機能訓練                             |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                        |
| 通院介助                             |                                   | 1 あり                        |      | ○    | 30分550円  | 税込み 原則協力医機関対象          |
| 生活サービス                           |                                   |                             |      |      |          |                        |
| 居室清掃                             |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                        |
| リネン交換                            |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                        |
| 日常の洗濯                            |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                        |
| 居室配膳・下膳                          |                                   | 2 なし                        |      |      |          |                        |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   | 2 なし                        |      |      |          |                        |
| おやつ                              |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                        |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   | 2 なし                        |      |      |          | 美容室紹介 無料で送迎 訪問理美容も利用可能 |
| 買い物代行                            |                                   | 2 なし                        |      |      |          | 日用品の提携配達業者有り           |
| 役所手続き代行                          |                                   | 2 なし                        |      |      |          |                        |
| 金銭・貯金管理                          |                                   | 1 あり                        |      |      |          | 原則、ご入居様の自己管理           |
| 健康管理サービス                         |                                   |                             |      |      |          |                        |
| 定期健康診断                           |                                   | 1 あり                        |      | ○    |          | 年1回以上 協力医療機関で実施        |
| 健康相談                             |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                        |
| 生活指導・栄養指導                        |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                        |
| 服薬支援                             |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                        |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)                 |                                   | 1 あり                        | ○    |      |          |                        |

|               |               |  |         |   |   |  |                    |
|---------------|---------------|--|---------|---|---|--|--------------------|
| 入退院時・入院中のサービス |               |  |         |   |   |  |                    |
|               | 入退院時の同行       |  | 1    あり |   | ○ |  | 税込み    原則、協力医療機関対象 |
|               | 入院中の洗濯物交換・買い物 |  | 2    なし |   |   |  |                    |
|               | 入院中の見舞い訪問     |  | 1    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。