

重要事項説明書

施設 の 名 称	フリガナ	ユウリョウロウジンホームクローバーヒトツバ（ジウタクガタユウリョウロウジンホーム）		
	名 称	有料老人ホームクローバー一ツ葉		
定員・室数	定員	18 人	室数	18 室

■有料老人ホームの類型・表示事項

施設 の 類 型	<input type="checkbox"/> 健康型	※食事等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合には、契約を解除し退去しなければなりません。
	<input type="checkbox"/> 住宅型	※生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、在宅サービスを利用しながら生活を継続できます。
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護付	※介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら生活を継続できます。
居住 の 権 利 形 態	利用権方式	※居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっている契約形態です。
利用料 の 支 払 方 法	月払い方式	※前払い金を受領せず、家賃相当額等を月払いする方式
入 居 時 の 要 件	入居時要介護	※入居時において要介護認定を受けている方が対象です。
介 護 保 険 の 利 用	在宅サービス利用可	※介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用するホームです。

《介護付有料老人ホームの追加表示事項》

施設 の 類 型	<input type="checkbox"/> 一般型	※介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。		
	<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型	※有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の事業所が提供します。		
介護保険事業所番号	4570109951			
指 定 年 月 日	令和	4 年	11 月	1 日
指定の更新年月日（直近）	令和	10 年	10 月	31 日

1. 事業主体概要

法人等の種類・名称	法人等の種別	営利法人		
	フリガナ	ゴウドウガイシャミセイ		
	名称	合同会社美聖		
設立年月日	平成	15年	12月	1日
代表者職氏名	役職名	代表社員	氏名	山本 美由紀
主な事業等	<input checked="" type="checkbox"/> 医療、福祉 <input type="checkbox"/> 農業、林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業、採石業、砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 運輸業、郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業、小売業 <input type="checkbox"/> 金融業、保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業、物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 宿泊業、飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 教育、学習支援業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業、娯楽業 <input type="checkbox"/> 学術研究、専門・技術サービス業 <input type="checkbox"/> 複合サービス業 <input type="checkbox"/> その他			
主たる事務所の所在地	〒	880-0916		
	宮崎市大字恒久4769番地16			
連絡先	電話番号	0985-41-5841		
	FAX 番号			
	メールアドレス	clover.misei@yamamoto-urolgy.jp		
ホームページ	https://www.clover-group.net			

2. 施設概要

建物の竣工日	年	月	日
有料老人ホーム事業の開始年月日	平成	20年	11月1日
施設の所在地	〒	880-0834	
	宮崎市 新別府町前浜1401-319		
主な交通手段 交通手段と所要時間	最寄り駅	宮崎駅	最寄りバス停
	イオンモール宮崎から徒歩20分		
施設の連絡先	電話番号	0985-26-1770	
	FAX 番号	0985-26-1782	
	メールアドレス		
施設の管理者氏名 及び職名	氏名	平塚 順子	
	職名	管理者	
ホームページ	https://www.clover-group.net		

<施設・設備等の状況>

敷地	権利形態	所有	抵当権	なし
	面積	1928.36 m ²		
建物	権利形態	所有	抵当権	なし
	延床面積	建物全体面積		623.79 m ²
		うち、老人ホーム部分面積		623.79 m ²
	階層	地上2階建て		
	耐火構造	耐火構造	建物用途区分	有料老人ホーム
	構造	鉄筋コンクリート造		
	併設施設等	グループホームクローバー		
賃貸借契約の概要	土地	期間	年 月～	年 月
		更新		
	建物	期間	年 月～	年 月
		更新		
居室 【表示事項】	一般居室	個室(18)室 (m ² ~ 18 m ²)		
		夫婦室()室 (m ² ~ m ²)		
		相部屋()室 (人部屋 室)	(人部屋 室)	(人部屋 室)
介護居室 ※介護付のみ	個室()室 (m ² ~ m ²)			
	夫婦室()室 (m ² ~ m ²)			
一時介護室	個室()室 (m ² ~ m ²)			
	夫婦室()室 (m ² ~ m ²)			
	相部屋()室 (人部屋 室)	(人部屋 室)	(人部屋 室)	
居室の設備	<input type="checkbox"/> 浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 便所	<input checked="" type="checkbox"/> 洗面設備	<input type="checkbox"/> 調理設備
	<input checked="" type="checkbox"/> テレビ回線	<input type="checkbox"/> 外線電話回線	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> ベッド
	<input checked="" type="checkbox"/> 収納設備	<input checked="" type="checkbox"/> エアコン	<input type="checkbox"/> その他	
施設の設備	便所	5 箇所	緊急通報装置	あり
	浴室	個浴 (1)	大浴槽 (0)	
		特殊浴槽 (1)	リフト浴 (1)	
		その他 ()		
		緊急通報装置の設置	あり	
	併設施設等との共用	なし ()		
	食堂	あり		
		併設施設等との共用	なし ()	
	入居者や家族が利用できる調理設備		なし	
	その他			
エレベーター	(1) 基			
	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子対応	<input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー対応		
消防設備	・消火器	・火災通報装置		
	・自動火災報知設備	・防災計画		
	・スプリンクラー設備	・防火管理者		

3. 従業員に関する事項 ※有料老人ホームの職員について記入すること
(同一法人が運営する他の事業所の職員については記入する必要はありません)

①人数及びその勤務形態

職名	人数		常勤換算人数	兼務の状況	
	専従	兼務		ホーム内兼務	ホーム外兼務
管理者（施設長）	()	1 ()	1.0	特定施設管理者	
生活相談員	()	1 ()	1.0	介護主任	
看護職員	1 ()	()	1.0		1
介護職員	7 (1)	()	7.8		
機能訓練指導員	1 ()	()	1.0		
計画作成担当者	()	1 ()	1.0		グループホーム計画作成
栄養士	1 ()	()			
調理員	3 ()	()			
事務員	()	()			
その他従業員	()	()			
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数					40 時間

※人数のうち () 内は非常勤職員の人数を指します。

※常勤換算人数欄は、特定施設入居者介護を提供しない場合は、記入不要です。

常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従事者の人数に換算した人数を言います。

②看護師及び介護職員の勤務状況

職名	日勤帯の設定時間 (9 時 00 分～ 18 時 00 分)		夜勤帯の設定時間 (16 時 30 分～ 9 時 30 分)	
	平均人数	最小時人数	平均人数	最小時人数
看護職員	(2) 人	(1) 人	(0) 人	(0) 人
介護職員	(3) 人	(2) 人	(1) 人	(1) 人
<input type="checkbox"/>	—		(1) 人	(0) 人

※有料老人ホームの従事職員に限ります。

※最小時の人数は休憩者等を除きます。

※欄は、夜勤帯において看護・介護職員以外の介護を行わない宿直者等しかいない場合に記入。

※介護付有料老人ホームの場合、上記に併せて下記の記入が必要です。

②-2 特定施設入居者生活介護の看護職員及び介護職員 1 人当たり（常勤換算）の利用者数

一般型における介護にかかわる職員体制	3 : 1 以上	※現在及び将来にわたって要介護者 3 人に対して職員 1 人以上の割合（年度毎の平均値）で職員が介護に当たります。
	1.6 : 1	実際の配置比率 (記入時点での利用者数 : 常勤換算職員数)

* 広告、パンフレット等における記入内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制（外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	ホームの職員	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	

③-1 管理者（施設長）の資格等

管理者	他の職務との兼務	あり	特定施設管理者
	業務に係る資格	あり	正看護師

③-2 介護職員の資格

資格	延べ人数	
	専従	兼務
社会福祉士	()	()
介護福祉士	3 (1)	1 ()
実務者研修	1 (3)	()
介護職員初任者研修	1 (1)	()
介護支援専門員	()	()
ヘルパー1級	()	()
ヘルパー2級	(1)	()
資格なし	()	()

③-3 機能訓練指導員の資格

資格	延べ人数	
	専従	兼務
理学療法士	()	()
作業療法士	()	()
言語聴覚士	()	()
看護師又は准看護師	2 ()	()
柔道整復士	()	()
あん摩マッサージ指圧師	()	()
はり師	()	()
きゅう師	()	()

※人数のうち () 内は非常勤職員の人数を指します。

④ 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）

勤続年数	職種	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	計画作成担当者
前年度1年間の採用者数		()	1 ()	()	()	()
前年度1年間の退職者数		()	1 ()	1 ()	()	()
1年未満		()	1 ()	1 (5)	()	()
1年以上3年未満		()	()	2 (4)	()	()
3年以上5年未満		()	()	()	()	()
5年以上10年未満		()	1 ()	(1)	()	()
10年以上		()	()	2 ()	()	()
合計		0 (0)	2 (0)	5 (10)	0 (0)	0 (0)

※人数のうち () 内は非常勤職員の人数を指します。

⑤ 従業者の健康診断の実施状況

実施状況	あり	年 2 回	夜勤に従事しないものは年1回
------	----	-------	----------------

4. サービスの内容

運営に関する方針	介護保険などによる要介護認定を受けた利用者に対し食事、入浴、排せつなどの介護その他日常生活上の世話、機能訓練、入院・退院・通院及び退院後の療養上の世話を行う。そのことにより利用者が有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活が営めるように支援する。
サービス提供内容に関する特色	同施設において特定施設入居者生活介護か住宅型介護サービスの提供かを選択できる

① ホームが提供するサービス

食事の提供	委託
食事介助	自ら実施
入浴介助	自ら実施
排せつ介助	自ら実施
居室の清掃・洗濯等の家事	自ら実施
生活相談サービス	自ら実施
健康管理	自ら実施
服薬支援	自ら実施
金銭管理	なし
定期的な安否確認の方法	1時間ごとに巡視実施。

①-2 介護保険加算サービス等（※介護付のみ記入）

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	(Ⅰ)	なし	
	(Ⅱ)	なし	
生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	なし	
	(Ⅱ)	なし	
個別機能訓練加算	(Ⅰ)	なし	
	(Ⅱ)	なし	
ADL維持等加算	(Ⅰ)	なし	
	(Ⅱ)	なし	
夜間看護体制加算	(Ⅰ)	なし	
	(Ⅱ)	なし	
若年性認知症入居者受入加算		なし	
協力医療機関連携加算(*1)	(Ⅰ)	なし	
	(Ⅱ)	なし	
口腔衛生管理体制加算(*2)		なし	
口腔・栄養スクリーニング加算		なし	
退院・退所時連携加算		なし	
退居時情報提供加算		なし	
看取り介護加算	(Ⅰ)	なし	
	(Ⅱ)	なし	
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	なし	
	(Ⅱ)	なし	
高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	なし	
	(Ⅱ)	なし	
新興感染症等施設療養費		なし	
生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	なし	
	(Ⅱ)	なし	
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	なし	
	(Ⅱ)	あり	
	(Ⅲ)	なし	
介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	あり	
	(Ⅱ)	なし	
	(Ⅲ)	なし	
	(Ⅳ)	なし	
	(Ⅴ)(1)	なし	
	(Ⅴ)(2)	なし	
	(Ⅴ)(3)	なし	
	(Ⅴ)(4)	なし	
	(Ⅴ)(5)	なし	
	(Ⅴ)(6)	なし	
	(Ⅴ)(7)	なし	
	(Ⅴ)(8)	なし	
	(Ⅴ)(9)	なし	
	(Ⅴ)(10)	なし	
(Ⅴ)(11)	なし		
(Ⅴ)(12)	なし		
(Ⅴ)(13)	なし		
(Ⅴ)(14)	なし		
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		なし	

*1 「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急的に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。

*2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。

②医療機関との連携・協力

医療支援	*複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配	<input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付添い	<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助
		<input type="checkbox"/> その他	()	

協力医療機関

1	名称:	南宮崎ヤマモト腎泌尿器科	協力契約書等の締結:	あり
	住所:	宮崎市恒久1383-1		
	診療科目:	内科・泌尿器科・人工透析内科		
	協力内容:	入居者の病状の急変時において、相談対応を行う体制を常時確保		あり
		診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保		あり
2	名称:	青島リゾートクリニック	協力契約書等の締結:	あり
	住所:	宮崎市加江田5646-1		
	診療科目:	内科・介護医療院		
	協力内容:	入居者の病状の急変時において、相談対応を行う体制を常時確保		あり
		診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保		あり
3	名称:		協力契約書等の締結:	
	住所:			
	診療科目:			
	協力内容:			
4	名称:		協力契約書等の締結:	
	住所:			
	診療科目:			
	協力内容:			
5	名称:		協力契約書等の締結:	
	住所:			
	診療科目:			
	協力内容:	入居者の病状の急変時において、相談対応を行う体制を常時確保		あり
		診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保		あり

新興感染症発生時に連携する医療機関

	名称:	青島リゾートクリニック	協力契約書等の締結:	あり
	住所:	宮崎市加江田5646-1		

協力歯科医療機関

1	名称：	宮崎北歯科医院	協力契約書等の締結：	あり
	住所：	宮崎市芳土1098-6		
	協力内容：	歯科衛生管理及び往診による治療		
2	名称：		協力契約書等の締結：	
	住所：			
	協力内容：			

③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

運営懇談会	設置の有無：	あり	年（ 1 ）回開催予定
	代替措置： (設置なしの場合)	あり	実施内容： 書面郵送
利用者アンケート	実施の有無：	なし	実施内容：
			結果開示：
意見箱	設置の有無：	あり	設置箇所： 玄関
			結果開示： なし
第三者による評価	実施の有無：	なし	評価者：
			結果開示：

④苦情及び事故対応

苦情対応窓口	運営法人が設置する窓口	窓口の名称：	苦情受付窓口
		電話番号：	0985-26-1770
		対応時間：	9：00～17：00
	上記以外の相談窓口	窓口の名称：	宮崎市 福祉部 介護保険課
		電話番号：	0985-21-1777
		対応時間：	8：30～17：15(土日祝日・年末年始を除く)
		窓口の名称：	宮崎県国保健康保険連合会
		電話番号：	0985-35-5301
		対応時間：	8：30～17：15(土日祝日・年末年始を除く)
		窓口の名称：	
電話番号：			
対応時間：			

サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合の対応

損害賠償責任保険の加入状況	あり	東京海上自動火災保険看護職向け損害賠償保険他。
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	あり	(内容)
事故対応及びその予防のための指針	あり	

⑤入居に当たっての留意事項

入居の条件（入居対象となる者） 【表示事項】	年齢	概ね60歳以上
	要介護度	要支援及び要介護者（第1号・第2号被保険者）
	医療的ケア	看護職の勤務時間帯
	認知症	自傷・他害が無い方
	その他	
身元引受人等の条件、義務等	利用者による現在及び将来発生する不測の損害を保証できる方	
体験入居	利用期間	3日間程度
	利用料金	1日6000円
	その他	居室に空きがある時のみ可
入居者からの契約解除	事業者に対し少なくとも30日前解約の申し出を行う。	
施設からの契約解除	長期（3ヶ月）に渡り他の病院・施設で治療、サービスを受ける場合。利用料金の未納が3ヶ月以上に及んだ場合。	
その他の留意事項	他者の個人情報の流失や権利擁護に反する行為がみられた際は施設からの退去の申し出を行う場合があります。 宗教や政治的活動の他者への強要、過度な宣伝等を禁止します。 施設内での金品の授受を禁止します。	

⑥居室の住み替えに関する事項

* 住み替えを行っていない場合は省略可能

居室の住み替え	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移動 <input type="checkbox"/> 介護居室の移動 <input type="checkbox"/> その他居室へ移動	
提携ホームへの移行		
判断基準・手続き		
利用料金の変更		
前払金の調整		
居室利用権の取扱		
従前の居室との仕様の変更	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：	
	その他変更：	(内容)

5. 入居者の状況

①介護度別・年齢別入居者数 平均年齢 89.18 歳 入居者数合計 18 人

年齢	介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
65 歳未満									
65 歳以上 75 歳未満								1	
75 歳以上 85 歳未満					1			1	
85 歳以上					2	5	2	2	4
合計		0	0	0	3	5	2	4	4

男女別入居者数	男性	5 人	女性	13 人
入居率（一時的に不在となっている者も含む）	100.0 % （定員に対する入居者数）			

②入居継続期間別入居者数

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上	合計
入居者数	2	2	8	6			18

③直近の1年間の退去者数と理由

理由	介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
自宅・家族同居									
介護老人福祉施設（特養等）へ転居									
介護老人保健施設へ転居									
介護医療院へ転居									
他の有料老人ホームへの転居					1	1			
その他の福祉施設・ 高齢者住宅等への転居									
医療機関（入院）									
死亡								4	
その他									
合計		0	0	0	1	1	0	4	0

生前解約の状況	施設側の申し出：	1 人	解約事由の例：	規約違反
	入居者側の申し出：	1 人	解約事由の例：	保護者変更により転居

6. 利用料金

①敷金等

敷金・保証金	なし	円
算定根拠	家賃の 〇ヶ月分	
※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還します。		

②家賃及びサービスの対価

プラン名	月額利用料	(内訳)						介護付* 2
		家賃 相当額	介護保険外のサービス費用*1				その他	
			管理費	介護費用	食費	光熱水費		
Aタイプ	89,550	45,000	33,000	0	41,550	15,000		

各料金の内訳・明細・算定根拠	家賃相当額	
	管理費	
	介護費用	* 介護保険サービスの自己負担額は含まない。
	食費	朝食 315円 昼食 535円 夕食 535円 間食 〇円 一日あたり 1385円 × 30日 で積算 (食事をキャンセルする場合の取扱) キャンセル前日までに申し出必要 (外出・外泊届提出)
	光熱水費	物価に応じて価格変更あり
	個別選択によるサービス利用料	別添2のとおり
	その他	イベント食時追加加算あり。定期的に食材の価格によって料金見直し変更あり

*1 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)

*2 介護予防・地域密着型の場合を含む。

③前払金の受領

※前払い金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間 (償却年月数)	
償却の開始日	
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額)	
初期償却率	
返還金の算定方式	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
前払い金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保証保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他 名称

④特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠（介護付きのみ記入）

項目	算定根拠
特定施設入居者生活介護に対する自己負担	利用者の所得に応じ負担割合が変わる
人員配置が手厚い場合の介護サービス	無し

* 介護予防・地域密着型の場合を含む。

⑤利用料金の取扱

年齢に応じた金額設定	要介護状態に応じた金額設定
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱	家賃相当額 1日1500円
	管理費 1日1100円
	介護費用 無し
	食費 無し
	光熱水費 無し

⑥料金改定の手続き

事業者から入居者及び身元引受人へ通知し説明を行う。

7. 入居希望者への事前の情報開示

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

8. その他

高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	あり
	指針の整備	あり
	定期的な研修の実施	あり
	担当者の配置	あり
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	あり
	指針の整備	あり
	定期的な研修の実施	あり
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体拘束等)を行うこと	なし
	(上記ありの場合)身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	あり
	災害に関する業務継続計画	あり
	職員に対する周知の実施	あり
	定期的な研修の実施	あり
	定期的な訓練の実施	あり
	定期的な業務継続計画の見直し	あり
老人福祉法第29条第1項に規定する届出	あり	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録		なし
宮崎市有料老人ホーム設置運営指導指針不適合事項 <不適合事項>		なし

添付書類：別添1「事業主体が県内で実施する介護サービス」
別添2「個別選択による介護サービス等の一覧」

重要事項説明書及び一覧表の各項目について説明を受け、理解しました。

____年 ____月 ____日 署名 _____様

身元引受人 続柄 _____署名 _____様

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】事業主体が県内で実施する介護サービス

介護サービスの種類	あり なし	併設隣接の状 況	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	隣接	合同会社美聖訪問介護センター	宮崎市吉村町
訪問入浴介護	なし			
訪問看護	あり	隣接		
訪問リハビリテーション	あり	隣接		
居宅療養管理指導	なし			
通所介護	なし			
通所リハビリテーション	なし			
短期入所生活介護	なし			
短期入所療養介護	なし			
特定施設入居者生活介護	なし			
福祉用具貸与	なし			
特定福祉用具販売	なし			
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	なし			
夜間対応型訪問介護	なし			
地域密着型通所介護	なし			
認知症対応型通所介護	なし			
小規模多機能型居宅介護	なし			
認知症対応型共同生活介護	あり			
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし			
看護小規模多機能型居宅介護	あり			
<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	なし			
介護予防訪問看護	なし			
介護予防訪問リハビリテーション	なし			
介護予防居宅療養管理指導	なし			
介護予防通所リハビリテーション	なし			
介護予防短期入所生活介護	なし			
介護予防短期入所療養介護	なし			
介護予防特定施設入居者生活介護	あり			
介護予防福祉用具貸与	なし			
特定介護予防福祉用具販売	なし			
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	なし			
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし			
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり			
<介護予防支援>				
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	なし			
介護老人保健施設	なし			
介護医療院	なし			
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
訪問型サービス	なし			
通所型サービス	なし			
その他の生活支援サービス	なし			
<その他の施設>				
生活支援ハウス	なし			
軽費老人ホーム（ケアハウス）	なし			
養護老人ホーム	なし			
その他の有料老人ホーム	なし			

【別添2】個別選択による介護サービス等の一覧

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	個別利用料で実施するサービス			別途料金・備考※3
		ありなし	月額利用料に含む※2	別途費用徴収※2	
①介護サービス					
食事介助	あり	なし	含まない	なし	
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	含まない	なし	
おむつ代		あり	含まない	あり	自費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	含まない	なし	
特浴介助	あり	なし	含まない	なし	
身体介助（移動・着替え等）	あり	なし	含まない	なし	
機能訓練	あり	あり	含まない	あり	
通院介助	なし	あり	含む	なし	
口腔衛生管理	あり	あり	含まない	あり	自費負担
②生活サービス					
居室清掃	なし	あり	含む	なし	管理費に含む
リネン交換	なし	あり	含む	なし	管理費に含む
日常の洗濯	なし	あり	含む	なし	管理費に含む
居室配膳・下膳	なし	あり	含む	なし	管理費に含む
嗜好に応じた特別な食事		あり	含む	なし	
おやつ		あり	含む	なし	
理美容師による理美容サービス		あり	含まない	あり	自費負担
買い物代行	なし	あり	含む	なし	
役所手続き代行	なし	あり	含む	なし	
金銭・貯金管理		なし	含まない	なし	
③健康管理サービス					
定期健康診断		あり	含まない	あり	自費負担
健康相談	あり	なし	含まない	なし	
生活指導・栄養指導	あり	なし	含まない	なし	
服薬支援	あり	なし	含まない	なし	
生活リズム記録（排便・睡眠等）	あり	なし	含まない	なし	
④入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	なし	あり	含む	なし	
入退院時の同行	なし	あり	含む	なし	
入院中の洗濯物交換・買物	なし	なし	含まない	なし	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	含む	なし	

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わります（1割～3割の利用者負担）。

※2：個別利用料で実施するサービスが「あり」の場合、各種サービスの費用が、「月額利用料に含む場合」と、「別途費用徴収の場合」に応じて記入します。

※3：別途費用徴収の場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入します。