

各項目において、◎については全ての事業所が記入するもの（開設初年度で記載不可のものを除く。）、○については該当する事業所が記入するもの。

		記入年月日	令和元年7月1日
記入者名	大山 和幸	所属・職名	経営本部/部長

### 1. 事業主体概要

◎種類	個人、法人の別 <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
◎名称	(ふりがな) いりょうほうじん ゆうあいかい 医療法人 友愛会	
◎主たる事務所の所在地	〒886-0212 宮崎県小林市野尻町東麓 1170 番地	
◎連絡先	電話番号	0984-44-1141
	FAX番号	0984-44-0629
	ホームページアドレス	<a href="http://nojiri-ch.com">http://nojiri-ch.com</a>
◎代表者の氏名及び職名	氏名	園田 定彦
	職名	理事長
◎設立年月日	昭和 47 年 4 月 7 日	
◎主な実施事業	※別添 1	

2. 有料老人ホーム事業の概要（住まいの概要）

◎施設の名称	(ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほ一む せいじんのいえじりーの 住宅型有料老人ホーム 聖人の家ジリーノ	
◎施設の所在地	〒886-0212 宮崎県小林市野尻町東麓 1208-2	
◎事業所までの主な利用交通手段	宮崎交通バス：野尻中央病院前バス停より徒歩2分	
◎施設の連絡先	電話番号	0984-44-3097
	FAX番号	0984-44-1703
	ホームページ アドレス	<input checked="" type="checkbox"/> なし あり：http:// jiri-no.com
	◎施設の管理者の氏名及び職名	氏名
	職名	管理者
◎建物の竣工日	平成27年7月27日	
◎有料老人ホーム事業の開始日	平成28年11月1日	

（類型）【表示事項】

◎施設の類型	1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供） 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） ◎ 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	976.54 m <sup>2</sup>					
	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				
◎建物	延床面積	全体 970.7 m <sup>2</sup>		うち有料老人ホーム部分 972.27 m <sup>2</sup>			
		耐火構造	1 耐火建築物（建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物）				
			② 準耐火建築物（建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物）				
構造	1 鉄筋コンクリート造 ② 鉄骨造 3 木造 4 その他（ ）						
◎居室の状況	所有関係	1 事業者自ら所有する建物					
		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28年11月1日～平成29年10月1日） 2 なし				
◎居室の状況	居室区分	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※
		居室タイプ1	無	無	11.10 m <sup>2</sup>	17	一般居室 個室
		居室タイプ2	無	無	11.24 m <sup>2</sup>	10	一般居室 個室
		居室タイプ3	有	無	11.24 m <sup>2</sup>	9	一般居室 個室
		居室タイプ4	有	無	11.24 m <sup>2</sup>	3	一般居室 個室
		居室タイプ5	有	無	11.47 m <sup>2</sup>	1	一般居室 個室
		居室タイプ6	有	無	13.44 m <sup>2</sup>	1	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」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入すること。							
◎共用施設	共用便所の設置数	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な数		0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な数		9ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所		
			大浴場		0ヶ所		
共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴		0ヶ所			
		リフト浴		0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	1 あり (車椅子対応、ストレッチャー対応、その他)	2 なし
◎消火設備等	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

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

◎運営に関する方針	<p>住宅型有料老人ホーム聖人の家ジリーノは、自立支援の信念のもとに、永年社会に貢献された方々に、今一度自分の個性を見出し、豊かな里山環境の中で、活気ある生活、楽しみや生きがいを再認識していただくと共に、すべての職員が自分の仕事に誇りを持ち、社会と地域に貢献することを目指します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者の人権と尊厳、自己決定権を尊重し、その人らしい自立した生活を支援します。</li> <li>2. 利用者の満足度の向上と働きがいのある職場づくりに努め、看護・介護の質の向上をめざします。</li> <li>3. 協力医療機関との連携で、往診や緊急時の対応を行い健康面でも安心の生活を支えます。</li> <li>4. いつでも相談できる地域に開かれた施設づくりをめざします。</li> </ol>
○サービスの提供内容に関する特色	<p>介護が必要となられた場合でも、かかりつけ医や協力医療機関の医師の意見や、本人及びご家族と施設の専門知識・経験を有する看護・介護職員等、外部介護サービス事業者を交え、適切な介護サービスが行われるよう配慮しています。</p>
◎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

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

○特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり	2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり	2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	1 あり	2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり	2 なし
		(I)ロ	1 あり	2 なし
(II)		1 あり	2 なし	

		(Ⅲ)	1 あり 2 なし
○人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり (介護・看護職員の配置率)		: 1
	2 なし		

(医療連携の内容)

○医療支援 ※複数選択可	1 救急者の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ( )
○協力医療機関	名称 医療法人友会愛野尻中央病院 住所 小林市野尻町東麓 1176 診療科目 内科、外科等 協力内容 1. 入居者の受診及び治療 2. 入居者の入院治療 3. 入居者の健康診断 (年1回、希望者) 4. 隔週1回の訪問による健康相談等
	名称 住所 診療科目 協力内容
○協力歯科医療機関	名称 住所 協力内容

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

○入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ戻る場合 3 その他 ( )
○判断基準の内容	
○手続きの内容	
○追加的費用の有無	1 あり 2 なし
○居室利用権の取扱い	
○前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし
○従前の居室との仕様の変更	面積の増減 1 あり 2 なし
	便所の変更 1 あり 2 なし
	浴室の変更 1 あり 2 なし
	洗面所の変更 1 あり 2 なし
	台所の変更 1 あり 2 なし
	その他の変更 1 あり (変更内容: ) 2 なし

(入居に関する条件)

◎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	疾病等療養が必要になった場合にはかかりつけ医または協力医療機関で診療及び治療を行なっていただきます。状況に応じて入院治療を行なっていただきます。
○契約の解除の内容	以下の場合には契約の解除を行いません。 ・契約の終了 以下のいずれかに該当する場合に本契約は終了します。 1 入居者が死亡したとき。 2 事業者が契約解除を勧告し、予告期間が満了したとき。 3 入居者が契約解約の申出を行なったとき。  (事業者からの契約解除) 1 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段に

	<p>より入居したとき</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2 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>3 禁止又は制限される行為に違反したとき</li> <li>4 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき</li> </ol> <p>・上記契約解除の場合、事業者は次の手続きを書面で行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 契約解除の通告について90日の催告期間をおく。</li> <li>2 通告に先立って入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</li> <li>3 解除催告の予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する。</li> </ol> <p>・契約を解除する場合は、事業者は書面にて次の手続きを行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 医師の意見を聴く。</li> <li>2 一定の観察期間をおく</li> </ol> <p>(入居者からの解約)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 入居者は、事業者に対して30日前に解約の申し入れを行うことにより本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</li> <li>2 入居者が解約届を提出せず居室を退去した場合、事業者が退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとします。</li> </ol>	
◎事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第29条
	解約予告期間	90日
◎入居者からの解約予告期間	30日	
◎体験入居の内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>① あり (内容：5,000円/日(食事込み)、食事提供、入浴排泄等の介護を体験いただけます)</li> <li>2 なし</li> </ol>	
◎入居定員	41名	
○その他	・同居費用：付き添い等にて同居される場合は1日1,000円。	

#### 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	0	1	
◎生活相談員	1	0	1	

◎直接処遇職員	13	0	13	
介護職員	9	0	9	
看護職員	4	0	4	
◎機能訓練指導員	0	0	0	
◎計画作成担当者	0	0	0	
◎栄養士	0	0	0	
◎調理員	0	0	0	
◎事務員	1	0	1	
◎その他職員	0	0	0	
◎1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				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	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
◎社会福祉士	0	0	0	0	0
◎介護福祉士	7	0	0	7	0
◎実務者研修の修了者	0	0	0	1	0
◎初任者研修の修了者	0	0	0	1	0
◎介護支援専門員	0	0	0	0	0

(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	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
◎看護師又は准看護師	0	0	0	0	0
◎理学療法士	0	0	0	0	0
◎作業療法士	0	0	0	0	0
◎言語聴覚士	0	0	0	0	0
◎柔道整復士	0	0	0	0	0
◎あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

◎夜勤帯の設定時間 (16時～9時)			
職種	人数	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
◎看護職員	1人		1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の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合省略可)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上	b 2 : 1以上	
		c 2.5 : 1以上	d 3 : 1以上	
	実際の配置比率 記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数	: 1		
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択				
○外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合は省略可)	ホームの職員数			人
	訪問介護事業所の名称			
	訪問看護事業所の名称			
	通所介護事業所の名称			

(職員の状況)

◎管理者	他の職務との兼務	1 あり	2 なし		
	業務に係る資格等	1 あり	資格等の名称 (看護師)	2 なし	
	看護職員	介護職員	生活相談員	機能訓練指導員	計画作成担当者

		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
◎前年度一年間の採用者数	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
◎前年度一年間の退職者数	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
◎業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	3		7	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
◎従業者の健康診断の実施状況							一	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
	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：事業者は、月払い利用料等入居者が支払うべき費用を改定することがあります。費用の改定にあたっては、施設が所在する地方自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案します。		
	手続き：費用を改定する場合は、運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。入居者が支払うべき費用を改定する場合は、あらかじめ事業者は入居者及び身元引受人等に通知します。		

### (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	要介護1	要介護5	
	年齢	75歳	85歳	
◎居室の状況	床面積	11.24 m <sup>2</sup>	11.10 m <sup>2</sup>	
	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	96,000円	
○月額費用の合計		123,000円	118,000円	
サ ー ビ ス	家賃相当額	55,000円	33,000円	
	特定施設入居者生活介護※1の費用	0円	0円	
	※ 除 介 ② 外 護 保	食費	48,000円	48,000円
		管理費	20,000円	15,000円
		介護費用	0円	0円



	光熱水費	0円	0円
	その他( )	0円	0円

○家賃相当額 最低額：33,000円、最高額：70,000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保険費用は、同一の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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・Aタイプ →居室にトイレ及び洗面台なし</li> <li>・Bタイプ →居室にトイレ及び洗面台なしだが共用トイレが居室より近い</li> <li>・Cタイプ →居室にトイレあり。洗面台なし</li> <li>・Dタイプ →居室にトイレ及び洗面台あり</li> <li>・Eタイプ →居室にトイレ及び洗面台あり。居室の広さがA～Dより2㎡広い。</li> </ul> <p>上記の部屋タイプにおける設備、居室等の広さを勘案して家賃相当額（居室料）を設定している。</p>
◎敷金	家賃のヶ月分
◎介護費用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通院介助（協力医療機関以外）等に関する介護サービスおよび生活サービス、健康管理サービス、入退院時・入院中サービスに関しては別途定める費用を負担して頂きます。</li> <li>ホーム外での移動等に人手を費やす事を勘案して人件費相当として費用を設定しています。</li> </ul> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p>
◎管理費	<p>管理費には、共用施設等の維持管理費、事務費、居室の水道光熱費、リネン代、居室清掃掃除代等を含んでいます。</p> <p>基本は15,000円ですが居室タイプに応じて設備に対する維持管理費、水道光熱費等を勘案して管理費を設定しています。</p>
◎食費	<p>1食500円前後を想定。朝食は昼食および夕食より品数少なくメイン料理等も費用がかからない。昼食および夕食に関してはメイン料理も豪華であるため100円高めになっている。昼食に関しては15時のおやつ代（100円）を含んでいる。おやつを食べない場合には徴収しない。</p> <p>原材料も地場産品を使用します。給食スタッフの人件費等を勘案して食費を設定している。</p>
◎光熱水費	<p>基本的に管理費に含める。</p> <p>電化製品3点以上ご使用になる場合は、以降1点につき300円/負担を頂きます。</p> <p>個人の選択により電化製品を多数使用することで通常使用電気料金を上回るおそれがあり使用しない入居者との差を勘案して個別の光熱費を設定している。</p>
○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	その他の利用料金として交通費、付き添い介護、代行業務、貴重品管理料、同居費用等は時間給や事務手数料として設定している。

(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居ない場合は省略可能

費目	算定根拠
○特定施設入居者介護※に対する自己負担	

○特定施設入居者介護における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	
※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

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

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】  
（入居者の人数）

◎性別	男性	13人							
	女性	25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	4人	85歳以上	34人					
◎要介護度別	自立	0人	要支援1	3人	要支援2	6人			
	要介護1	10人	要介護2	4人	要介護3	7人	要介護4	4人	要介護5
◎入居期間別	6ヶ月未満	4人			6ヶ月以上1年未満	2人			
	1年以上5年未満	32人			5年以上10年未満	0人			
	10年以上15年未満	0人			15年以上	0人			

（入居者の属性）

◎平均年齢	89.67歳
◎入居者の合計	38人
◎入居率※	92%
※入居者の合計を入居定員で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

（前年度における退去者の状況）

◎退去先別の人数	自宅等	2人	社会福祉施設	0人
	医療機関	5人	死亡者	7人
	その他	3人		
◎生前解約の状況	施設の申し出	0人		
		解約事由		
	入居者側の申し出	10人		

## 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) ※複数回答の窓口がある場合は欄を増やして記入

◎窓口の名称	住宅型有料老人ホーム聖人の家グリーンノ内事務所
◎電話番号	0984-44-3097
◎対応している時間	平日 (8時00～17時00分) 土曜 (8時00分～12時00分) 日曜・祝日 (非対応)
○定休日	年末年始 (12/29～1/3)、お盆 (8/13～8/15)

(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	内容：賠償責任保険加入
	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	内容：賠償責任保険にて対応
	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 平成 年 月 日 結果の開示 ① あり 2 なし
	1 なし	
○第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日 平成 年 月 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： )	
	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	3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により届出不要
○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	1 あり	② なし
◎有料老人ホーム設置運営指導指針「6. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり	② なし
合致しない事項がある場合の内容		
7. 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	(その内容) ※該当する項目にチェック <input type="checkbox"/> 居室が個室でない ( <input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 一般居室の面積が10.65㎡未満 ( <input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	

添付書類：別添1（事業主体が県内で実施する他の介護サービス）  
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_様

※ 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。

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_



◎事業主体が県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所等の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問介護ステーションジリーノ	宮崎県小林市野尻町東麓 1208 番地 2
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	医療法人友愛会野尻中央病院訪問看護ステーション夢の杜	宮崎県小林市野尻町東麓 1170 番地
			訪問看護ステーション夢の杜サテライト	宮崎県東諸県郡綾町大字北俣 385 番地 1 綾ハウスC
訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	通所介護事業所デイ・サービスセンター聖人倶楽部えん	宮崎県小林市野尻町東麓 1207 番地 2
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	医療法人友愛会野尻中央病院通所リハビリテーションふれあい	宮崎県小林市野尻町東麓 1170 番地
短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
＜地域密着型サービス＞				
夜間対応型訪問介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
定期巡回・随時対応型訪問介護・看護	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	医療法人友愛 会野尻中央病 院居宅介護支 援事業所	宮崎県小林市野尻町 東麓 1170 番地

<居宅介護予防サービス>

介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーションジリーノ	宮崎県小林市野尻町 東麓 1208 番地 2
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	医療法人友愛 会野尻中央病 院訪問看護ス テーション夢 の杜	宮崎県小林市野尻町 東麓 1170 番地
			訪問看護ステーション夢の杜サテライト綾	宮崎県東諸県郡綾町 大字北俣 385 番地 1 綾ハウスC
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	通所介護事業所デイ・サービスセンター聖人倶楽部えん	宮崎県小林市野尻町 東麓 1207 番地 2
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	医療法人友愛 会野尻中央病 院通所リハビ リテーション ふれあい	宮崎県小林市野尻町 東麓 1170 番地
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		
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		
<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		

介護サービス等の一覧表

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
		介護付き有料老人ホームのみ		介護付・住宅型・健康型有料老人ホームも記載					備考		
		特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス (利用者一部負担※1)		個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)			都度※2 (料金) ※3				
		なし	あり	なし	あり	包含※2	円	円			
介護サービス	食事介助	なし	あり	なし	あり	○		円	実費負担		
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		円			
	おむつ代	なし	あり	なし	あり		○	円			
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		円			
	特浴介助	なし	あり	なし	あり			円			
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○		円			
	機能訓練	なし	あり	なし	あり			円			
	通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○		円			
	通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	800円/片道 800円/時間		片道1時間圏内の医療機関、付き添い時間2時間程度であれば可能	
生活サービス	居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		円	実費負担		
	リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		円			
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		円			
	居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		円			
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	○		円			
	おやつ	なし	あり	なし	あり	○		円			
	理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり			円			
	買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり		○	800円/回		近隣のスーパー等（野尻町内）	
	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり		○	800円/回		小林市内等、片道30分圏内。	
	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	800/回			
	金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり		○	5,000円/月			
	定期健康診断	なし	あり	なし	あり		○	円		年1回、（希望者）	
	健康相談	なし	あり	なし	あり	○		円			
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		円			
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		円				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		円				
入退院時・入院中サービス	移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	800円/片道	協力医療機関以外に入院される場合で移送を希望される場合		
	入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○		円			
	入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	800円/時間	協力医療機関以外で入院時の付き添い動向を希望される場合		
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	800円/回	入院中の洗濯物や買物を希望される場合		



入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○		円	
-----------	----	----	----	----	---	--	---	--

