

重要事項説明書

各項目において、◎については全ての事業者が記入するもの（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2年7月1日
記入者名	戸高 照仁	所属・職名	有限会社ひだまりの家 社長

1. 事業主体概要

◎種類	個人、法人の別	
	※法人の場合、その種類	有限会社
◎名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃひだまりのいえ 有限会社ひだまりの家	
◎主たる事務所の所在地	〒 882-0033 宮崎県延岡市川原崎町84番地1	
◎連絡先	電話番号	0982-23-9077
	FAX番号	0982-23-9078
	ホームページアドレス	http://
◎代表者の氏名及び職名	氏名	戸高 通孝
	職名	代表取締役 会長
◎設立年月日	昭和・平成 15年 9月 1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ようろうじんほーむ こもれびのさと 住宅型有料老人ホーム こもれびの里		
◎施設の所在地	〒 882-0033 宮崎県延岡市川原崎町97番地		
◎事業所までの主な利用交通手段	・ 延岡駅より車で5分、国道10号線沿い昭和町交番より入り、 100m先を左折、熊野神社を右折し2軒目。		
◎施設の連絡先	電話番号	0982-26-7201	
	FAX番号	0982-26-7202	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり :http://	
◎施設の管理者の氏名及び職名	氏名	戸高 和子	
	職名	施設長	
◎建物の竣工日	昭和・平成	18年 1月31日	
◎有料老人ホーム事業開始日	昭和・平成・令和	元年 6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）		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	797.46 m ²				
	所有関係	1 事業者自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1	あり	2	なし
		契約期間	1	あり (借家契約 令和 元年 5月 1日 ~ 令和30年 4月30日)	2	なし
契約の自動更新	1	あり	2	なし		
◎建物	延床面積	全体 229.74 m ² うち有料老人ホーム部分 204.21 m ²				
	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)				
		3 その他 ()				
	構造	1	鉄筋コンクリート造	2	鉄骨造	3 木造 4 その他 ()
	所有関係	1 事業者自ら所有する建物				
		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 (年 月 日 ~ 年 月 日)	2	なし
	契約の自動更新	1	あり	2	なし	
◎居室の状況	居室区分【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり (最小 1 人部屋) (最大 2 人部屋)				
		トイレ	浴室	面積	戸数/室数	区分※
	居室タイプ1	有/無	有/無	9.48m ²	1室	一般居室個室
	居室タイプ2	有/無	有/無	9.5m ²	1室	一般居室個室
	居室タイプ3	有/無	有/無	6.63m ²	2室	一般居室個室
	居室タイプ4	有/無	有/無	5.32m ²	1室	一般居室個室
	居室タイプ5	有/無	有/無	11.3m ²	1室	一般居室相部屋(2人部屋)
	居室タイプ6	有/無	有/無	10.93m ²	1室	一般居室相部屋(2人部屋)
	居室タイプ7	有/無	有/無	m ²		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入すること。						
◎共用施設	共用便所の設置数	2	ヶ所	うち男女別の対応が可能な数	2	ヶ所
	共用浴室	1	ヶ所	個室	1	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		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	2	なし		
入居者の家族が利用できる調理設備	1	あり	2	なし		
エレベーター	1	あり (車椅子対応、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	① 入居者の居住スペースの安全性確保や見守りサービスを通して、安心して日常生活が送れるようにサービスの提供を行うものとします。 ② 自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。 ③ サービス提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、入居者又はその家族に対し、サービス提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。 ④ 常に入居者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入居者又はその家族に対し、適切な相談援助及び助言を行います。 ⑤ 入居者が日常生活において介護が必要になった場合は、介護サービス一覧表に示すサービスの提供により日常生活の援助及び支援を行います。その他、介護保険サービスが必要な場合は、外部からの介護サービス事業者にサービスの提供を依頼するものとします。		
○サービスの提供内容に関する特色	① 私達は、その人の潜在する能力や可能性を見出し、その人らしく生活していけるように支援します。 ② 私達は、その人を知り、その人の気持ちになって、その人らしくゆったりと生活が送れる介護をします。 ③ 私達は、安全安楽に過ごしていただくために、なじみの場所で事故が起こらないように良い環境づくりを目指します。		
◎入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2 委託 3 なし
◎食事の提供	1	自ら実施	2 委託 3 なし
◎洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	2 委託 3 なし
◎健康管理の供与	1	自ら実施	2 委託 3 なし
◎安否確認又は状況把握サービス	1	自ら実施	2 委託 3 なし
◎生活相談サービス	1	自ら実施	2 委託 3 なし

(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	
○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(訪問診療医の確保)
○協力医療機関	名称	大貫診療所	住所	延岡市大貫町3丁目754番地1
	診療科目	内科・外科	協力内容	・入居者の入院先の紹介支援 ・年1回の健康診断 ・月に1回の健康相談 ・入居者の月1回以上の診療、受診治療
○協力歯科医療機関	名称	みらいデンタルクリニック	住所	延岡市出北四丁目2432-1
	協力内容	入居者の緊急医療及び外来受診、訪問診療での治療協力		

(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	原則として年齢60歳以上の高齢者とする。				
○契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者が死亡した場合 ・入居者が解約した場合(契約書24条、25条参照) 				
◎事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> ・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入居したとき。 ・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。 ・入居契約書第20条の規定に違反したとき。 ・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おそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法ではこれを防止することができないとき。 ・甲が連続して1ヶ月を超えて病院等に入院(長期不在)すると見込まれる場合、もしくは入院(長期不在)したとき。 ・その他は別紙入居契約書を参照。 			
	解約予告期間	60日			
◎入居者からの解約予告期間	30日以上前				
◎体験入居の内容	1 あり(内容:施設生活の体験(3,000円 朝食付/1泊)) 2 なし				
◎入居定員	9名(個室5室、2人部屋2室)				
○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 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
◎管理者	1	1		
◎生活相談員				
◎直接処遇職員	3以上			
介護職員	2以上	1以上	1以上	
看護職員	1以上		1以上	
◎機能訓練指導員				
◎計画作成担当者				
◎栄養士				
◎調理員				
◎事務員	1		1	
◎その他職員				
◎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、記載不要。				

(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	2以上	1以上	1以上
◎実務者研修の修了者			
◎初任者研修の修了者			
◎介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員的人数)

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

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

◎夜勤帯の設定時間 (17時～ 9時)		
職種	人数	平均人数
◎看護職員		0 人
◎介護職員		1 人
		最小時人数 (休憩者等を除く)
		0 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					
◎前年度一年間の退職者数					
◎業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満				
	1年以上 3年未満				
	3年以上 5年未満				
	5年以上 10年未満		1		
	10年以上		1	1	
◎従業者の健康診断の実施状況			1 あり	2 なし	

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

◎住居の権利形態 【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法 【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
○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 不在時が 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: 施設が所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案して料金改定を行う。 手続き: 運営懇談会を開催して、料金改定について説明を行う。その際、出席者の意見を聴いて、料金の承諾をする場合は、新たな料金に基づく重要事項説明書を作成し、お互いに取り交わす。また、料金改定を承諾しない場合は、この契約を解約することができる。		

(利用料金プラン) 【代表的なプランを2例】

		プラン1(一般居室)	プラン2(2人部屋 1人分)	
◎入居者の状況	要介護	要介護2	要介護1	
	年齢	80 歳	78 歳	
◎居室の状況	床面積	6.63 m ²	11.3 m ²	
	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	0 円	0 円	
○月額費用の合計		70,400 円	65,400 円	
家賃相当額		12,000 円	7,000 円	
サービス費用	※2 介護保険外	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	
	※2	食費	38,400(30日で計算) 円	38,400(30日で計算) 円
		管理費	15,000 円	15,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	5,000 円	5,000 円
		その他(オムツ、日用品、理美容代等)	実費相当額 円	実費相当額 円
○家賃相当額 最低額: 7,000 円、最高額 22,000 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	<p>地代、修繕費、借り入れ利息等を含む総費用を、近隣の賃料との比較も含め勘案して、一人当たりとして、月当たりの費用を算出。 月額: 個室A 12,000円、 個室B 16,000円、 個室C 22,000円 個室D 7,000円、 2人部屋 7,000円(1名分) ※ 月の途中で入居、退去した場合のみ下記の日額計算とする。 個室A 400円/日、 個室B 540円/日、 個室C 740円/日 個室D 240円/日、 2人部屋 240円/日(1名分)</p>									
◎敷金	0 円									
◎介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。									
◎管理費	<p>共用施設の維持管理費、夜間見守り等における人件費、事務費等。 月額: 15,000円 ※ 月の途中で入居、退去した場合のみ日額計算とする。500円/日</p>									
◎食費	<p>人件費、食材費に基づく費用。 1日当たり 1,280円</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td rowspan="4">内訳</td> <td>朝食</td> <td>310円</td> </tr> <tr> <td>昼食</td> <td>460円</td> </tr> <tr> <td>夕食</td> <td>460円</td> </tr> <tr> <td>おやつ</td> <td>50円</td> </tr> </table> <p>1月当たり 38,400円(30日で計算)</p>	内訳	朝食	310円	昼食	460円	夕食	460円	おやつ	50円
内訳	朝食		310円							
	昼食		460円							
	夕食		460円							
	おやつ	50円								
◎光熱水費	<p>一人当たりの平均的な使用料で算出。 月額: 5,000円 ※ 月の途中で入居、退去及び医療機関等へ入院した場合のみ日額計算とする。170円/日 ※ 個別に家電製品を持ち込む場合は別途負担あり。</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	別紙「その他の費用一覧表」に記載。									

(特定施設入居者生活介護に関する利用料の算定根拠)

※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	1 連帯保証を行う銀行等

保全先	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	2		人								
	女性	6		人								
◎年齢別	65歳未満	人	65歳以上75歳未満	1	人							
	75歳以上85歳未満	1	人	85歳以上	6	人						
◎要介護度別	自立	人	要支援1	人	要支援2	人						
	要介護1	4	人	要介護2	3	人	要介護3	1	人	要介護4	人	要介護5
◎入居期間別	6ヶ月未満	2	人	6ヶ月以上1年未満	2	人						
	1年以上5年未満	4	人	5年以上10年未満		人						
	10年以上15年未満		人	15年以上		人						

（入居者の属性）

◎平均年齢	85.7 歳
◎入居者の合計	8 人
◎入居率※	88.8 %

※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	人	社会福祉施設等	1	人
	医療機関	人	死亡者		人
	その他	人			
◎生前解約の状況	施設の申し出		解約事由		人
	入居者側の申し出		1	人	
			解約事由	・特別養護老人ホーム等の他施設に転出するため。	

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数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 こもればの里	宮崎県長寿介護課
◎電話番号	0982 (26) 7201	0985 (26) 7058
◎対応している時間	平日 (9時00分～17時00分) 土日・祝日 (9時00分～17時00分)	平日 (8時30分～17時15分)
○定休日	なし	土日祝日年末年始等

(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	<input type="checkbox"/> 1 あり	内容: サービス提供上の事故により入居者の生命・身体、財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き保険適用内で賠償されます。
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	内容: 上記保険にて誠意を持って速やかに対応
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
◎事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日 平成 年 月 日 結果の開示 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
○第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日 平成 年 月 日 評価機関名称 結果の開示 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし	

9. 入居希望者への事前の情報開示

◎入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
◎管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
○事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
○財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
○財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

◎運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	開催頻度 年 1 回以上
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	内容:
<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし		
○提携ホームの移行【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
◎有料老人ホーム設置運営指針「6. 規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	一般居室の床面積が10.65㎡以下である。	
「7. 既存建築物等の活用する場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 居室が個室でない (<input type="checkbox"/> 全室 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 居室の一部) <input checked="" type="checkbox"/> 一般居室の面積が10.65㎡未満 (<input type="checkbox"/> 全室 ・ <input checked="" 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 令和 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	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	有限会社ひだまりの家	延岡市川原崎町84番地1
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
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	有限会社ひだまりの家	延岡市川原崎町84番地1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護(通所型サービス)	あり	なし	有限会社ひだまりの家	延岡市川原崎町84番地1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
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・介護予防含む）の指定の有無		なし		あり						備考	
	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									
		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)		包含※2	都度※2	(料金)※3		円	
介護サービス	食事介助	なし	あり	なし	あり	○				円	見守り声かけ等を実施。直接介助が必要な場合は原則、介護保険サービスを利用。ただし、入居者の個別の状況等を考慮して必要と判断される場合のみ一部対応あり。
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○				円	ただし、6:00～9:59、17:00～21:59までの時間は、施設での対応は実施しない。介護保険サービスを利用。
	おむつ代	なし	あり	なし	あり		○	実費相当額		円	使用した分は、一月分まとめて請求。
	入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり					円	実施しない。介護保険サービスを利用。
	特浴介助	なし	あり	なし	あり					円	実施しない。介護保険サービスを利用。
	身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	○				円	ただし、6:00～9:59、17:00～21:59までの時間は、施設での対応は実施しない。介護保険サービスを利用。 ※不適合事項における代替措置に伴う介助は常時実施する。
	機能訓練	なし	あり	なし	あり					円	実施しない。介護保険サービスを利用。
	通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり		○	1時間	1,000	円	原則として、ご家族による対応とするが、緊急時やご家族の都合に応じて対応有。緊急時以外は事前予約が必要(協力医療機関以外も同様)。1時間を超えるごとに1,000円を加算する。
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり		○	1時間	1,000	円		
生活サービス	居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				円	毎日実施。
	リネン交換	なし	あり	なし	あり	○				円	週1回実施。その他、汚染時等に適宜実施
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	2,500/月		円	開始日に関係なく月の定額。
	居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○				円	原則として食堂で食事をしていただくが、個別の状況により対応有。
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	○				円	アレルギーや嚥下状態による食事形態の変更等のみ実施。
	おやつ	なし	あり	なし	あり		○	50/日		円	毎日15:00に提供。
	理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり					円	業者に委託(実費負担)。業者への予約連絡の対応有。
	買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり		○	1時間	1,000	円	事前予約が必要。利用地域は延岡市内。1時間を超えるごとに1,000円を加算する。
	買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり					円	実施しない。
	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1時間	1,000	円	事前予約が必要。1時間を超えるごとに1,000円を加算する。
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり		○	1,000/月		円	施設内等で使用する小口現金の管理のみ実施。その他は成年後見人制度等を利用。開始日に関係なく月の定額。	
健康管理サービス	定期健康診断	なし	あり	なし	あり		○	実費相当額		円	年に1回以上主治医による健康診断の協力対応有。
	健康相談	なし	あり	なし	あり	○				円	必要に応じて適宜実施。
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○				円	必要に応じて適宜実施。
	服薬支援	なし	あり	なし	あり	○				円	必要に応じて適宜実施。
	生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○				円	必要に応じて適宜実施。
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					円	福祉タクシー等を利用(実費負担)。業者への予約連絡の対応有。
	入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり		○	1時間	1,000	円	原則としてご家族による対応とするが、ご家族の都合に応じて対応有。事前予約が必要(協力医療機関以外も同様)。1時間を超えるごとに1,000円を加算する。
	入退院時の同行(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり		○	1時間	1,000	円	
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり					円	実施しない。病院等の提携先等を利用。又はご家族等が対応。
	入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○				円	適宜実施。

※1 利用者の所得に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用負担者) ※2 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、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。