

別記様式

重要事項説明書

1. 設置者概要

種類	個人 / 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きかいのぼるないか 医療法人有葵会のぼる内科		
主たる事務所の所在地	〒852-8155	長崎市中園町10番5号	
連絡先	電話番号	095-843-1110	
	FAX番号	095-843-1117	
	ホームページアドレス	http://noborunaika.jp/	
代表者	氏名	吉田 登	
	職名	理事長	
設立年月日	昭和 / 平成 12年 3月 8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

名称	(ふりがな) サービス付き高齢者向け住宅「いしのき」		
所在地	〒852-8155	長崎市中園町10番5号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR長崎 西浦上駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	徒歩で1分	
連絡先	電話番号	095-842-5240	
	FAX番号	095-842-5243	
	ホームページアドレス	http://noborunaika.jp/	
	メールアドレス	yuukikai@noborunaika.jp	
管理者	氏名	吉田 登	
	職名	理事長	
建物の竣工日	昭和 / 平成 24年 10月 31日		
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 / 平成 24年 12月 1日		
※同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日	昭和 / 平成 年 月 日		

(類型) 【表示事項】

1	介護付（一般型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）		
2	介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）		
3	住宅型（施設系）		
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		
	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	352.21 m ²				
	所有関係	1 設置者が自ら全てを所有する土地 2 設置者が自ら一部を所有・一部を賃借する土地 3 設置者が賃借する土地				
		※1又は2に該当する場合				
		抵当権の有無	有 / 無			
		※2又は3に該当する場合				
契約期間		有 (2022年 11月 1日~ 2032年 10月 31日) / 無				
	契約の自動更新	有 / 無				
建物	規 模	6 階建		1 棟		
		延床面積	全体	1556.15 m ²		
			うち、有料老人ホーム部分	395.21 m ²		
	構 造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
		耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()			
			所有関係	1 設置者が自ら所有する建物 2 設置者が賃借する建物		
				※1に該当する場合		
	抵当権の有無	有 / 無				
※2に該当する場合						
	契約期間	有 (2022年 11月 1日~ 2032年 10月 31日) / 無				
	契約の自動更新	有 / 無				

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室						
		2 相部屋あり						
	※2に該当する場合							
		最小	1人部屋			最大	2人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※	
	タイプ1	有/無	有/無	有/無	18.06 m ²	2		
	タイプ2	有/無	有/無	有/無	18.27 m ²	2		
	タイプ3	有/無	有/無	有/無	18.36 m ²	2		
	タイプ4	有/無	有/無	有/無	18.86 m ²	2		
	タイプ5	有/無	有/無	有/無	19.60 m ²	1		
タイプ6	有/無	有/無	有/無	21.26 m ²	2			
タイプ7	有/無	有/無	有/無	25.90 m ²	1			
タイプ8	有/無	有/無	有/無	26.05 m ²	1			
タイプ9	有/無	有/無	有/無	32.38 m ²	1			
タイプ10	有/無	有/無	有/無	36.12 m ²	1			
※「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」のいずれかを記入。								
共用施設	共用便所における便房	か所	うち男女別の対応が可能な便房			か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房			か所		
	共用浴室	2か所	個室			2か所		
			大浴場			か所		
	共用浴室に設置された介助浴槽	か所	チェアー浴			か所		
			リフト浴			か所		
			ストレッチャー浴			か所		
			その他 ()			か所		
	食堂					有/無		
	入居者や家族が利用できる調理設備					有/無		
エレベーター ※複数選択可	1 あり (車椅子対応)							
	2 あり (ストレッチャー対応)							
	3 あり (上記1・2に該当しない)							
	4 なし							
消防用設備等	消火器					有/無		
	自動火災報知設備					有/無		
	火災通報設備					有/無		
	スプリンクラー					有/無		
	防火管理者					有/無		
	防災計画					有/無		
その他	洗濯室							

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営の方針	居住者に対して個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことが出来るよう生活支援サービスを行います。また、併設の介護事業所及びかかりつけ医と連携を図り、医療・介護が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。
サービスの提供内容に関する特色	・日中は緊急通報装置から2階ヘルパーステーション及び職員の携帯へ通報を受信の上、職員が必要な対応を行います。夜間は警備会社が通報を受信して駆けつけ職員へ連絡。必要に応じて職員が駆けつけます。日中の常駐者が生活相談に応じます。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
食事の提供	1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
健康管理の供与	1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
生活相談サービス	1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし

(介護サービスの内容)

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	有 / 無	
	夜間看護体制加算	有 / 無	
	医療機関連携加算	有 / 無	
	看取り介護加算	有 / 無	
	認知症専門ケア加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	有 / 無
		(I) ロ	有 / 無
		(II)	有 / 無

	(Ⅲ)	有 / 無
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		有 / 無
	※有の場合、介護・看護職員の配置率	: 1

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人平成会女の都病院
		住所	長崎県西彼杵郡長与町高田郷 849-18
		診療科目	内科、小児科、外科、整形外科、リハビリテーション科、形成外科、皮膚科、婦人科
		協力内容	在宅療養支援診療所の連携医療機関として、クリニックの患者が訪問診療を必要とした時。可能な限り緊急対応。
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	江頭歯科医院	
	住所	長崎市柳谷町 5-12	
	協力内容	入居者が診療を必要とした時。	

(入居後に居室を住み替える場合)

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 介護居室へ移る場合 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	有 / 無	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	有 / 無	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	有 / 無
	便所の変更	有 / 無
	浴室の変更	有 / 無

	洗面所の変更	有 / 無	
	台所の変更	有 / 無	
	その他の変更	有 / 無	
※ 有の場合、 変更内容			

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	<input checked="" type="radio"/> 1 自立している者 <input checked="" type="radio"/> 2 要支援の者 <input checked="" type="radio"/> 3 要介護の者		
留意事項	① 単身高齢者世帯 ② 高齢者＋同居人(配偶者/60歳以上の親族/要介護・要認定を受けている60歳未満親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者)		
契約の解除の内容	・入居契約書に定める解除事由に該当したとき。 ・入居契約書に定める入居者が契約の解約を申し入れた場合。		
設置者から解約を求める場合	解約条項	・入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすか恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等。 ・入居契約書第11条1項、2項、3項、4項、5項の規定に基づき、本契約を解除することができます。	
	解約予告期間	か月	
入居者からの解約予告期間	1 か月		
体験入居	有 <input checked="" type="radio"/> 無		
	※ 有の場合、内容		
入居定員	17 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。(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※
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	3	1	2	1.6
うち介護職員	3	1	2	

うち看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
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
※ 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。				

(介護職員が有している資格の総数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	2	1	1
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(機能訓練指導員が有している資格の総数)

	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	時～ 時	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	人	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、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※	1	1.5 : 1 以上
	【表示事項】	2	2 : 1 以上
		3	2.5 : 1 以上
		4	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)	
※ 広告、パンフレット等における記載内容と合致すること		
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）	有料老人ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名所	
	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									<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	業務に係る資格等									<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	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年間の採用数											
前年度1年間の退職者数											
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	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				2						
	10年以上			1		1					
従業者の健康診断の実施状況									<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無		

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 4 選択方式

	※ 4の場合 複数選択可	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	有 / 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / 無	
入院等による不在等における 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 手続き	

(利用料金のプラン)

(税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	プラン5	
入居者の状 況※1	要介護度						
	年齢						
居室の状況※2		タイプ1	タイプ2	タイプ3	タイプ4	タイプ5	
床面積		18.06 m ²	21.26 m ²	25.90 m ²	32.38 m ²	36.12 m ²	
便所		有 / 無					
浴室		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で 必要な費用	前払金※3	円	円	円	円	円	
	敷金	150,000 円	180,000 円	216,000 円	270,000 円	300,000 円	
月額費用の合計※4		92,000 円	102,000 円	112,950 円	130,950 円	140,950 円	
家賃		50,000 円	60,000 円	72,000 円	90,000 円	100,000 円	
サー ビス 費用	特定施設入居者生 活介護等の費用	円	円	円	円	円	
	介護保 険外	食費	円	円	円	円	円
		管理費	5,250 円	5,250 円	4,200 円	4,200 円	4,200 円
		介護費用※5	36,750 円	36,750 円	36,750 円	36,750 円	36,750 円
		光熱水費	実費	実費	実費	実費	実費
その他	円	円	円	円	円		
都度払いとなるサービス		有 / 無					

※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載しています。

※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載しています。

※3 利用料金の支払い方式が選択方式の場合は、前払金の有無以外の条件が同一となる2つのプランを含めて記載しています。

※4 月ごとの利用日数に応じて月額プランを設定している場合は、利用日数を30日として記載しています。

※5 有料老人ホーム事業として受領する費用のみを記載しています。(訪問介護などの介護保険サービスに係る介護費用は、設置者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ません。)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	地域の家賃相場に見合った範囲内で算出。
敷金	家賃の 3ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない 24時間緊急通報サービス、状況把握・生活相談サービス等に基づく。
管理費	共同利用設備等の維持管理費。(浴室有/浴室無で異なる)
食費	
光熱水費	実費負担。
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	※おむつ代等の日常生活費や放送受信料、電話代等の利用者の嗜好による 経費を記載する ※NHK受信料については入居者が個々で契約し負担

(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等に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護等における人員配置 が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービ ス）	

(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		
想定居住期間（償却年月数）		か月
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月を越えた契約終了	
前 払 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 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（ ）	

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	2人	女性	12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	5人	85歳以上	8人
要介護度別	自立	人	要支援 1	1人
	要支援 2	人	要介護 1	4人
	要介護 2	5人	要介護 3	3人
	要介護 4	1人	要介護 5	人
入居期間別	6か月未満	10人	6か月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	2人	5年以上 10年未満	1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	85.9歳
入居者数の合計	14人
入居率※	82.4%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。 なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1人	社会福祉施設	1人
	医療機関	3人	死亡者	人
	その他	人		
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	人	
	入居者側の申し出	(解約事由の例)	5人 老人保健施設・特別養護老人ホーム・ 有料老人ホーム等への転居	

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)

窓口の名称	サービス付き高齢者向け住宅 「いしのき」	
電話番号	095-842-5240	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	特になし	

(行政機関その他苦情受付機関)

長崎市役所 介護保険課	所在地 長崎市魚の町 4-1 電話番号 095-829-1163
長与町役場 健康保険課	所在地 西彼杵郡長与町嬉里郷 659-1 電話番号 095-883-1111
時津町役場 保健衛生課	所在地 西彼杵郡時津町浦郷 274-1 電話番号 095-882-2211
諫早市役所 高齢介護課	所在地 諫早市東小路町 7-1 電話番号 0957-22-1500
長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 長崎市今博多町 8-2 電話番号 095-826-7293 FAX 095-826-1779

(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 加入済み		
	2 未加入		
※ 1 の場合	加入する保険会社の名称	三井住友海上火災保険株式会社	
	加入する保険の名称		
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 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり)		
	2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし)		
	3 対応なし		

(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 取組あり			
	2 取組なし			
	※ 1 の場合	実施日・開始日	年 月 日	
※ 1 の場合	結果の開示	1 あり () 2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 実施済み			
	2 未実施			
	※ 1 の場合	実施日	年 月 日	
		評価機関名称		
※ 1 の場合	結果の開示	1 あり () 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
管理規定	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 設置済み
	2 未設置（代替措置あり）
	3 未設置（代替措置なし）
※ 1の場合、開催頻度	年 1回
※ 2の場合、代替措置の内容	
提携ホームへの移行【表示事項】	1 移行あり（提携ホーム名： ） 2 移行なし
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 届出あり 2 届出なし（届出義務なし） 3 届出なし（届出義務あり）
有料老人ホーム設置運営指導指針「4 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可	1 不適合事項あり（代替措置を実施済み） 2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み） 3 不適合事項あり（1又は2以外） 4 不適合事項なし 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備
※ 1、2又は3の場合、不適合事項の内容 ※ 該当する項目にチェック	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が13㎡未満（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に） <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし（ <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー） <input type="checkbox"/> その他（具体的に）
※ 1の場合、代替措置の概要	
※ 2の場合、改善計画の概要	
※ 5の場合、構造設備の基準となる制度の名称	1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み） 2 高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み）
有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無 ※複数選択可	1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） 3 指導事項なし
※ 1又は2の場合、指導内容	

添付書類：別添1（事業者が運営する介護サービス一覧表）

別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）

※

_____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 事業者が（長崎市内で）運営する介護サービス一覧表

介護サービスの種類		事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞			
訪問介護	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	医療法人有葵会のぼる内科 ヘルパーステーション	長崎市中園町10-5
訪問入浴介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
訪問看護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	医療法人有葵会のぼる内科 訪問リハビリテーション	長崎市中園町10-5
居宅療養管理指導	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	医療法人有葵会のぼる内科 クリニック	長崎市中園町10-5
通所介護	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	医療法人有葵会のぼる内科 デイサービス	長崎市中園町10-5
通所リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	医療法人有葵会のぼる内科 通所リハビリテーション	長崎市中園町10-5
短期入所生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
短期入所療養介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
特定施設入居者生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
福祉用具貸与	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
特定福祉用具販売	有 / <input checked="" type="radio"/> 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	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
夜間対応型訪問介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
認知症対応型通所介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
小規模多機能型居宅介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
認知症対応型共同生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
看護小規模多機能型居宅介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
居宅介護支援	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	医療法人有葵会のぼる内科 居宅介護支援事業所 (休止中)	長崎市中園町10-5
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問介護相当サービス	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	医療法人有葵会のぼる内科 ヘルパーステーション	長崎市中園町10-5
介護予防訪問入浴介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防訪問看護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	医療法人有葵会のぼる内科 訪問リハビリテーション	長崎市中園町10-5
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	医療法人有葵会のぼる内科 クリニック	長崎市中園町10-5
介護予防通所介護相当サービス	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	医療法人有葵会のぼる内科 デイサービス	長崎市中園町10-5
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	医療法人有葵会のぼる内科 通所リハビリテーション	長崎市中園町10-5
介護予防短期入所生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防短期入所療養介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		

介護予防福祉用具貸与	有 / 無		
特定介護予防福祉用具販売	有 / 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	有 / 無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / 無		
介護予防支援	有 / 無		
<介護福祉施設>			
介護老人福祉施設	有 / 無		
介護老人保健施設	有 / 無		
介護療養型医療施設	有 / 無		

別添2 入居者の個別選択によるサービス一覧表

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						有 / <input checked="" type="radio"/> 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）	個別の利用料で実施するサービス				備考※4
		（利用者が全額負担）	包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス						
食事介助	有 / 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
排泄介助・おむつ交換		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
おむつ代		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
入浴（一般浴）介助・清拭		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
特浴介助		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
身辺介助（移動・着替え等）		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
機能訓練		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
通院介助		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
生活サービス						
居室清掃		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
リネン交換		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
日常の洗濯		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
居室配膳・下膳		<input checked="" type="radio"/> 有 / 無				
入居者の嗜好に応じた特別な食事		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
おやつ		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
理美容師による理美容サービス		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
買い物代行		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
役所手続き代行		<input checked="" type="radio"/> 有 / 無				
金銭・貯金管理		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
健康管理サービス						
定期健康診断		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
健康相談		<input checked="" type="radio"/> 有 / 無				料金については、「状況把握及び、生活相談サービス」に含みます。
生活指導・栄養指導		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
服薬支援		<input checked="" type="radio"/> 有 / 無				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）		<input checked="" type="radio"/> 有 / 無				
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
入退院時の同行		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
入院中の洗濯物交換・買い物		有 / <input checked="" type="radio"/> 無				
入院中の見舞い訪問		<input checked="" type="radio"/> 有 / 無				

※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 「有」の場合は、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、該当する欄に「○」を記入する。

※3 都度払いの場合は、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※4 サービスの範囲や条件を明確に記入する。