

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年9月1日
記入者名	田中富士子
所属・職名	施設長

## 1. 事業主体概要

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 しんせんかい 医療法人 心泉会	
主たる事務所の所在地	〒399-0037 松本市村井町西2-16-1	
連絡先	電話番号	0263-57-3800
	FAX番号	0263-57-3825
	メールアドレス	info@kamijyomhp.or.jp/
	ホームページアドレス	http://www.kamijyomhp.or.jp/
代表者	氏名	上條 賢介
	職名	理事長
設立年月日	昭和57年2月6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) けあほーむ のみぞ ケアホーム 野溝	
所在地	〒399-0037 長野県松本市野溝2-9-7	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 平田駅・JR 村井駅
	交通手段と所要時間	JR 平田駅より車で約10分 JR 村井駅より車で約15分
連絡先	電話番号	0263-26-7717
	FAX番号	なし
	メールアドレス	なし
	ホームページアドレス	なし
管理者	氏名	田中富士子
	職名	施設長
建物の竣工日		平成6年3月10日
有料老人ホーム事業の開始日		平成25年4月1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を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
<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	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	244.62 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（普通賃借・定期賃借）				
		抵当権の有無	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					
建物	延床面積	全体	99.37 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	99.37 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 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 事業者が自ら所有する建物				
2 事業者が賃借する建物（普通賃借・定期賃借）						
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（縁故者個室を含む）				
		2 相部屋あり				
		最少	4人部屋			
		最大	4人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	24.84 m <sup>2</sup>	4人2室	一般居室相部屋
	タイプ2	有/無	有/無	25.67 m <sup>2</sup>	4人1室	一般居室相部屋
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			

	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「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。							
共用施設	共用便所における 便房	2 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		2 か所		
	共用浴室	1 か所	個室		1 か所		
			大浴場		か所		
	共用浴室における 介護浴槽	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし			
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 4	なし					
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
緊急通報装 置等	居室	便所		浴室		その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	
<input type="checkbox"/> 3 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	
その他							

#### 4. サービス等の内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	住み慣れた地域の中で、その人らしい生活を継続できるように支援させていただきます。
サービスの提供内容に関する特色	上條記念病院の全面協力のもと、重介護者の方であっても、安心して暮らすことが出来る、住宅型の有料老人ホームです。
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	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	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
	介護職員処 遇改善加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
		(III)	1 あり 2 なし
(IV)		1 あり 2 なし	

		(V)	1 あり 2 なし
	介護職員等 特定処遇改 善加算	(I)	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		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( 訪問診療医の確保 )	
協力医療機関	1	名称	上條記念病院
		住所	松本市村井町西2-16-1
		診療科目	内科・脳神経外科・整形外科・外科・精神科・婦人科
		協力科目	内科・脳神経外科・整形外科・外科・精神科・婦人科
		協力内容	上條記念病院から訪問診療・訪問看護の全面協力を 受ける。
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	上條記念病院
		住所	松本市村井町西2-16-1
		協力内容	上條記念病院の歯科受診だけでなく、必要に応じて 歯科衛生士の訪問を行う。

(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	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 2 なし

(入居に関する要件)

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	住宅型であるが、重介護者を含む全ての方が対象となります。	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡したとき。 ② 入居者が介護老人保健施設等居住系施設に入所したとき。 ③ 契約解除したとき。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等
	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 (内容：空室がある場合。宿泊・食事代は日割り計算) 2 なし	
入居定員	8人	
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談。	

## 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	0.2
生活相談員	1		1	0.1
直接処遇職員				
介護職員	6		6	1.0
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	1		1	0.2
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※2				40
※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	2		2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	5		5
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		
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 ( 時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	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※ 【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、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 2 なし				
	業務に係る資格等						1 あり				
							資格等の名称		准看護師・介護支援専門員		
	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1年間の採用者数											
前年度1年間の退職者数											
応じた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						1				
	10年未満										
10年以上				6							
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし				採用時に		1 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・一部月払い方式	
	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	条件	消費者物価指数及び人件費等を勘案し改定する場合がある。
の改定	手続き	運営懇談会での意見を聞く。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (30日/月)	プラン2	
入居者の状況	要介護度			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	m <sup>2</sup>	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	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		81,660円	円	
家賃		24,300円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費	38,880円	円
		管理費	18,480円	円
		介護費用	円	円
		水道光熱費	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	土地・建物賃借料+共益費（水道光熱費等）+建物維持管理費を基礎として、入居者数に分けて算出した。
敷金	家賃の 0 か月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費※ <sup>1</sup>	生活支援費（相談員の人件費+夜間の見守り介護員の人件費（介護保険対象外））冬季（10月～3月）は暖房費として月額2,000円頂きます。
食費	食材料+調理員の人件費（1食につき432円（税込）の請求となります。）
水道光熱費等※ <sup>2</sup>	水道光熱費は共益費に含まれています。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

その他のサービス利用料	
※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。	
※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。	

**（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	
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		
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（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	7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	3人
	85歳以上	3人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	1人
	要介護 3	3人
	要介護 4	4人
	要介護 5	人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	4人
	5年以上 10年未満	2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	84.57歳
入居者数の合計	7人
入居率※	87.5%
※ 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)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	2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	0人
		(解約事由の例)

## 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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		上條記念病院
電話番号		0263-57-3800
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		365日対応いたします。

(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	(その内容) 対人賠償・対物賠償の損害保険に加入
	<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	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	<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	随時
		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	
		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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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: ) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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、届出が不要
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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
合致しない事項がある場合の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・耐火構造は、耐火建築物・準耐火建築物に該当しないが、自動火災報知設備やスプリンクラー等により火災に係る入居者の安全性が確保されている。</li> <li>・居室の状況は、一人あたり 13 m<sup>2</sup>に満たないが、入居費用を抑えることができ利用者負担を軽減することができる。また、多床室によりアットホームな雰囲気与生活することができる。</li> </ul>
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
不適合事項がある場合の内容	

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 事業主体が松本市内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会ローズガーデン訪問看護ステーション	松本市村井西2-16-1
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
通所介護	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホームローズガーデン	松本市大字中山7497-8
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会ローズガーデン訪問看護ステーション	松本市村井西2-16-1
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会上條記念病院	松本市村井西2-16-1
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		

<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム ローズガーデン	松本市大字中山 7497-8
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会 上條記念病院	松本市村井西 2-16-1

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接	特別養護老人ホーム ローズガーデン	松本市大字中山 6788-38
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接	介護老人保健施設 ローズガーデン	松本市大字中山 7494-8
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会 上條記念病院	松本市村井西 2-16-1

<介護予防・日常生活支援総合事業>

訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会 上條記念病院	松本市村井西 2-16-1
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	医療法人心泉会 上條記念病院	松本市村井西 2-16-1
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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					なし	あり	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）		包含※2	都度※2		料金※3
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	介護保険サービス	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	介護保険サービス	
おむつ代	/		なし	あり		○	別紙参照 自己負担	
入浴（一般浴）介助・清拭			なし	あり	なし	あり	○	介護保険サービス
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	介護保険サービス	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	介護保険サービス	
機能訓練	なし	あり	なし	あり		○	介護保険サービス	
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	協力機関・協力機関外	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	介護保険サービス	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	介護保険サービス	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	765円/ネット 自己負担・洗濯は業者委託 ※必要に応じて330円/1回で代行	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	介護保険サービス	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	/		なし	あり		○	介護保険サービス	
おやつ			なし	あり	なし	あり		自己負担
理美容師による理美容サービス	/		なし	あり		○	2000円 外部からの訪問理容	
買い物代行			なし	あり	なし	あり	○	介護保険サービス
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理	/		なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断	/		なし	あり		○	希望により年2回・自己負担	
健康相談			なし	あり	なし	あり	○	適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		適宜実施	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		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	○		適宜実施	
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり	○			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○		市内の医療機関の場合に適宜実施	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○		市内の医療機関の場合に適宜実施	

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3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含まれる場合と、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。