

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	矢沢拓哉
所属・職名	法人本部・理事

1. 事業主体概要 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	特定非営利活動法人
名称	(ふりがな) とくていひえいりかつどうほうじん せいふかい 特定非営利活動法人 清扶会	
主たる事務所の所在地	〒969-6572 福島県河沼郡会津坂下町大字羽林字西碓 183	
連絡先	電話番号	0242-85-8110
	FAX番号	0242-85-8584
	ホームページアドレス	https://www.npo-seifukai.com/
代表者	氏名	星 迪子
	職名	理 事 長
設立年月日	平成18年12月19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 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほむ しるくけあばんげ 介護付有料老人ホーム シルクケア坂下	
所在地	〒969-6572 福島県河沼郡会津坂下町大字羽林字西碓 183	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 只見線 会津坂下駅
	交通手段と所要時間	JR 会津坂下駅より 徒歩10分程度
連絡先	電話番号	0242-85-8020
	FAX番号	0242-85-8030
	ホームページアドレス	https://www.npo-seifukai.com/
	メールアドレス	info@npo-seifukai.com
管理者	氏名	森 由美子
	職名	施 設 長
建物の竣工日	平成23年 8月22日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成23年 9月 1日	

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	0772600466
	指定した自治体名	福島県
	事業所の指定日	2011（平成23）年 9月 1日
	指定の更新日（直近）	2023（令和5）年 9月 1日

3. 建物概要 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

土地	敷地面積	2,197 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2017年4月1日～2027年3月31日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	715.63 m ²
		うち、老人ホーム部分	677.94 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
		4 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造 (階建て)	
		2 鉄骨造 (階建て)	
<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 (平屋 建て)			
4 その他 ()			
所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物		
	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						
		最少			人部屋			
	最大			人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*		
	タイプ1	有/無	有/無	18.29 m ²	11	一般居室個室		
	タイプ2	有/無	有/無	21.94 m ²	4	一般居室個室		
タイプ3	有/無	有/無	m ²					
タイプ4	有/無	有/無	m ²					
タイプ5	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。								
共用施設	共用便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所			
	共用浴室	2ヶ所	個室		1ヶ所			
			大浴場		1ヶ所			
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		0ヶ所			
			リフト浴		1ヶ所			
			ストレッチャー浴		0ヶ所			
			その他()		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				
エレベーター	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	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			
緊急通報 装置等	居室	便所	浴室		そ の 他 ()			
	1 あり		1 あり	1 あり				
	2 一部あり		2 一部あり	2 一部あり				
	3 なし		3 なし	3 なし				
その他								

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>「家庭的な温かさの中で、笑顔のある生活を」</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者様とご家族様の尊厳と思いを尊重します 2. 利用者様の住み慣れた地域で、笑顔で充実した個性豊かな人生を送ることができるよう、思いやりと和を以て取り組みます 3. 地域に開かれた優しい施設を目指します
サービスの提供内容に関する特色	<p>15戸というとても小さな事業所です。 利用者様・ご家族様に寄り添い、個別ケアに近い介護サービスの提供を目指し、日々取り組んでおります。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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（Ⅰ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	入居継続支援加算（Ⅱ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算（Ⅰ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算（Ⅱ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	A D L維持等加算（Ⅰ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	A D L維持等加算（Ⅱ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	科学的介護推進体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算（Ⅰ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
看取り介護加算（Ⅱ）	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

	認知症専門ケア 加算	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供 体制強化加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	介護職員等 処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(IV)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(V)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	<input type="checkbox"/> 1	あり	(介護・看護職員の配置率) 1.6 : 1			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()			
協力医療機関	1	名称	J A福島厚生連 坂下厚生総合病院		
		住所	河沼郡会津坂下町字上柳田 2210 番地 1		
		診療科目	内科・循環器科・外科・整形外科・産婦人科・ 小児科・眼科・泌尿器科・放射線科		
		協力内容	1. 利用者及び職員に対する健康診断、健康相談、 予防接種 2. 利用者急変時の受け入れ 3. 医療面における総合支援		
	2	名称	医療法人清扶会 星医院		
		住所	河沼郡会津坂下町字小川原 1051		
		診療科目	内科・皮膚科・小児科・リウマチ科		
		協力内容	1. 利用者及び職員に対する健康診断、健康相談、 予防接種 2. 利用者急変時の受け入れ 3. 医療面における総合支援		

協力歯科 医療機関	1	名称	小久保歯科医院
		住所	河沼郡会津坂下町字小川原 1035-3
		協力内容	1. 利用者及び職員に対する健康診断、健康相談 2. 利用者急変時の受け入れ 3. 歯科医療面支援、及び口腔ケア支援
	2	名称	あかぎ歯科・小児歯科
		住所	河沼郡会津坂下町字小川原 992
		協力内容	1. 利用者及び職員に対する健康診断、健康相談 2. 利用者急変時の受け入れ 3. 歯科医療面支援、及び口腔ケア支援

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	「入居契約書第 20 条」に記載のとおり	
契約の解除の内容	「入居契約書第 28 条」に記載のとおり	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	一 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 二 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 三 契約書第 20 条の規定に違反したとき 四 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恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容：1泊2日食事付で4,450円。最大6泊7日まで) 2 なし	
入居定員	15人	
その他		

5. 職員体制

※ 有料老人ホームの職員として辞令が発出されている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不要。他事業所との兼務辞令のある職員は「非常勤」に区分する。）

（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		0.5
生活相談員	1	1		0.5
直接処遇職員	10	8	2	9.0
介護職員	7	7		7.0
看護職員	3	3		2.0
機能訓練指導員	2	2		1.0
計画作成担当者	2	2		1.0
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	8	8	
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	2	2	

(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	3	3	
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 (17 時 ~ 翌 9 時) ※夜勤は 1 名体制 (看護・介護職員いずれかが勤務)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1.0 人	1.0 人
介護職員	1.0 人	1.0 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	1.6 : 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		

(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		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 あつた職員 の人数	1年未満									
	1年以上 3年未満	1		1						
	3年以上 5年未満			1					1	
	5年以上 10年未満			3		1				
	10年以上	2		2				2		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 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

(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	・法改正(介護保険法、消費税法等)による場合

の改定		・消費者物価指数の著しい変動が生じた場合
	手続き	・運営懇談会の意見を聴いたうえで改定手続きを実施 ・入居者および身元引受人等へ事前に通知

(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	要介護度	要介護度 4	要介護度 2	
	年齢	89 歳	90 歳	
居室の状況	床面積	18.29 m ²	21.94 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	200,000 円	200,000 円	
月額費用の合計		170,355 円	166,755 円	
家賃		46,500 円	49,950 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	22,320 円	18,270 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	47,100 円	47,100 円
		管理費	36,000 円	36,000 円
		介護費用	9,000 円	6,000 円
		光熱水費	9,435 円	9,435 円
	その他	円	円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。(基本報酬のみの費用(別途加算有)、1割負担の場合)</p> <p>※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)</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	同一町内の高齢者向け住宅における居室料m ² 単価を活用し算出。 ただし、そのままの計算式では高額であることから、利用しやすい金額に減額して設定した。
敷金	一律 200,000 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	共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に係る人件費
食費	47,100 円 (1日3食で30日の場合) (朝食:320円、昼食:650円、夕食:600円)
光熱水費	314 円/日

利用者の個別的な選択によるサービス利用料	様式10のとおり
その他のサービス利用料	
注意事項	各居室のTVに係るNHK受信料は、原則として入居者とNHKとの個別契約になりますが、場合によってはホーム側での負担も可能となりますので、事前にご相談願います。

(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	電話代、NHK受信料、個人の有料生活サービス費、医療費、新聞購読料、消耗品・日用品代など日常生活にかかるその他の費用は、管理費や介護費用には含まれておらず、自己負担となります。
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）	要介護1-2：200円/日 要介護3-5：300円/日
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

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	1人
	女性	12人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	人
	85歳以上	13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	5人
	要介護4	5人
	要介護5	2人

入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	8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	90歳
入居者数の合計	13人
入居率*	87%
※ 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	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	2人
	死亡者	人
	その他	1人
生前解約の 状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	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		シルクケア坂下
電話番号		0242-85-8020
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		なし

(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	(その内容) 介護保険・社会福祉事業 総合保険 (あいおいニッセイ同和損害保険(株))
	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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 入居者・身元引受人等との話し合いに より、解決すべき方法を検討する機会を 設ける
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施 状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" 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	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 2 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 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	1 あり 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6.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	なし
不適合事項がある場合の内容	

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

様式第 10 号 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

※ _____ 様

説明年月日 令和 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		
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＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
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	ほしのひろば	会津坂下町
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	ケアプラザ喜多方 ケアプラザ坂下	喜多方市 会津坂下町
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		
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		
＜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	あり	なし		
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	ほしのひろば	会津坂下町
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		

様式第10号

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			<ul style="list-style-type: none"> おむつ代は自己負担または実費となります。 通院介助、協力医療機関は2回/月までは介護費にて実施します。3回目以降1時間当たり、要介護1-2:1,652円、要介護3-5:2,754円の負担となります。 協力医療機関外の場合、1時間当たり、要介護1-2:1,652円、要介護3-5:2,754円の負担となります。 	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり		○		別紙
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○		別紙
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	別紙	<ul style="list-style-type: none"> 居室清掃、リネン交換は1回/週までは介護費にて実施します。2回目以降は1,224円/回の負担となります。 洗濯は550円/回の負担となります。 特別食は実費となります。 理美容は実費となります。 外出支援に関しては、1回/週までは介護費にて実施します。市外、2回目以降は1,652円/時間の負担となります。
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	550円/回	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	204円/回	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり		○	150円/回	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	
外出支援	なし	あり	なし	あり		○		
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	510円/30分	
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				年2回の健康診断を実施します。
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
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				<ul style="list-style-type: none"> 入退院時の同行は、協力医療機関以外の場合、1,620円/時の負担となります。 洗濯は、原則としてご家族様対応にてお願いしております。
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○		
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				

※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：「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。