

重要事項説明書

記入年月日	令和6年10月1日
記入者名	枝廣 恭介
所属・職名	管理者

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) いりょうほうじんみやけかい 医療法人三宅会	
主たる事務所の所在地	〒720-0052 広島県福山市東町 1-1-18	
連絡先	電話番号	084-923-02220 (084-923-7155 広島県福山市今町事務所)
	FAX番号	084-931-7809
	ホームページアドレス	http://www.goodlifehospital.jp
代表者	氏名	三宅晴夫
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 60 年 6 月 1 日	
主な実施事業	※別添1（設置者が福山市内で実施する他の介護サービス）	

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) ぐっどらいふほーむいままち グッドライフホーム今町	
所在地	〒720-0046 広島県福山市今町 3 番 10 号	
主な利用交通手段	最寄駅	福山駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合・中国バスで乗車3分、 今町停留所で下車、徒歩1分 ②自動車利用の場合 ・乗車3分

連絡先	電話番号	084-923-7155
	FAX番号	084-923-7156
	ホームページアドレス	http://www.livethegoodlife.jp
管理者	氏名	枝廣 恭介
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・平成	24年2月13日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	24年3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）
- 3 住宅型
- 4 健康型

該当する場合	介護保険事業者番号	3471509772
	指定した自治体名	広島県福山市
	事業所の指定日	平成24年3月1日
	指定の更新日（直近）	令和4年2月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1091.81 m ²	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		契約期間	1 あり (2012年3月1日～ 2042年2月28日) 2 なし
	建物	契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
建物	延床面積	全体	3266.80 m ²
		うち、老人ホーム部分	3177.96 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
	構造	3 その他（ ）	
		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	事業者が自ら所有する建物 事業者が賃借する建物 抵当権の設定 契約期間 契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
		<input type="checkbox"/> あり (年 月 日 ~ 年 月 日) なし					
		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
居室の状況	全室個室 相部屋あり 【表示事項】 最少 最大	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> 浴室	面積	戸数・室数	区分*	
		有／無	有／無	25.20 m ²	34	一般居室個室	
		有／無	有／無	26.40 m ²	16	一派居室個室	
		有／無	有／無	m ²			
		有／無	有／無	m ²			
		有／無	有／無	m ²			
		有／無	有／無	m ²			
		有／無	有／無	m ²			
		有／無	有／無	m ²			
		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	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所			
	共用浴室	7ヶ所	個室	7ヶ所			
			大浴場	ヶ所			
	共用浴室における介護浴槽	3ヶ所	チェア一浴	ヶ所			
			リフト浴	ヶ所			
			ストレッチャー浴	ヶ所			
			その他 ()	3ヶ所			
	食堂	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	防災計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、支援させていただく		
サービスの提供内容に関する特色	外部サービス利用型		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 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

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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門 (I)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	ケア加算 (II)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(I)イ	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(I)ロ	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	(III)	<input type="checkbox"/> 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	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		<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>医療法人三宅会 三宅会グッドライフ病院</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>広島県福山市東町 1-1-18</td> </tr> <tr> <td>診療科目</td> <td>整形外科、内科、泌尿器科、皮膚科、形成外科</td> </tr> <tr> <td>協力内容</td> <td>訪問診療、訪問リハビリ、デイケア、健康管理</td> </tr> </table>	名称	医療法人三宅会 三宅会グッドライフ病院	住所	広島県福山市東町 1-1-18	診療科目	整形外科、内科、泌尿器科、皮膚科、形成外科	協力内容	訪問診療、訪問リハビリ、デイケア、健康管理
名称	医療法人三宅会 三宅会グッドライフ病院									
住所	広島県福山市東町 1-1-18									
診療科目	整形外科、内科、泌尿器科、皮膚科、形成外科									
協力内容	訪問診療、訪問リハビリ、デイケア、健康管理									
協力歯科医療機関	1	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>猪原歯科・リハビリテーション科</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>広島県福山市多治米町 5 丁目 28-15</td> </tr> <tr> <td>協力内容</td> <td>往診</td> </tr> </table>	名称	猪原歯科・リハビリテーション科	住所	広島県福山市多治米町 5 丁目 28-15	協力内容	往診		
名称	猪原歯科・リハビリテーション科									
住所	広島県福山市多治米町 5 丁目 28-15									
協力内容	往診									
	2	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>高橋歯科医院</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>広島県福山市大黒町 2-32</td> </tr> <tr> <td>協力内容</td> <td>往診</td> </tr> </table>	名称	高橋歯科医院	住所	広島県福山市大黒町 2-32	協力内容	往診		
名称	高橋歯科医院									
住所	広島県福山市大黒町 2-32									
協力内容	往診									

(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 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()
判断基準の内容	介護度の変更があった場合、利用者や家族の合意の元
手続きの内容	本人・身元引受人の同意を得る
追加的費用の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い	再契約
前払金償却の調整の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更 1 あり <input type="checkbox"/> (変更内容)

		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項	原則として 60 歳以上の方	
契約の解除の内容	賃金支払い義務に違反した場合、入居者が死亡した場合等	
設置者から解約を求める場合	解約条項	物件の使用目的遵守に違反、年齢の偽りなど
	解約予告期間	相当の期間
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 : <input checked="" type="checkbox"/> なし)	
入居定員	50 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	
管理者	1	1		
生活相談員	2	2		1
直接処遇職員				
介護職員	11	4	7	4.8
看護職員	0	0	0	0
機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	1	1	0	1
調理員	4	2	2	3
事務員	2	1	1	1.5
その他職員	0	0	0	0
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	0	0	0
介護福祉士	2	2	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	2	2	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
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	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 (時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	2 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)	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
--	-----------------------	--

合、本欄は省略可能)	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)	10 : 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	23人
	訪問介護事業所の名称	グッドライフヘルパーステーション
	訪問看護事業所の名称	グッドライフ訪問看護ステーション
	通所介護事業所の名称	グッドライフデイサービス

(職員の状況)

管理者		他の職務との兼務				<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし			
		業務に係る資格等		1 あり							
				資格等の名称							
		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		
た業務に従事した経験年数に応じ	前年度1年間の採用者数	0	0	1	1	0	0	0	1		
	前年度1年間の退職者数	0	0	1	3	0	0	0	0		
	1年未満	0	0	0	4	0	0	0	0		
	1年以上3年未満	0	0	2	1	1	0	0	100		
	3年以上5年未満	0	0	-	1	0	0	0	0		
	5年以上10年未満	0	0	02	1	0	0	0	0		
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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 ※該当する方式を全て選択	
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 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 手続き	利用者と協議の上で改定 覚え書き書の発行

(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1	要介護2
	年齢	91歳	91歳
居室の状況	床面積	25.20 m ²	25.20 m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		182,719円	175,000円
家賃		65,000円	65,000円
サービス費用 介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	2,542円	2,542円
	食費	54,250円	54,250円
	管理費	48,000円	48,000円
	介護費用	円	円
	光熱水費	円	円
	その他	7,719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	近傍同種の建物の資料に比較
敷金	家賃の約4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。
管理費	近傍同種の建物の管理費に比較
食費	近傍同種の建物の食費に比較
光熱水費	近傍同種の建物の光熱水費に比較
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 市場の相場を考慮
その他のサービス利用料	

(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	市場の相場を考慮
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

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ヶ月以内の契約終了 入居後3ヶ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	7人
	女性	42人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	33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	6人
	要介護3	6人
	要介護4	12人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上 1年未満	4人
	1年以上 5年未満	30人
	5年以上 10年未満	6人
	10年以上 15年未満	5人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	90歳
入居者数の合計	49人
入居率*	98%
※ 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	0人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	3人
	死亡者	2人
	その他	0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	2人
		(解約事由の例) 自宅へ帰る。 他県の施設へ移られた。

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	管理者
電話番号	084-923-7155
対応している時間	平日 9:00~18:00
	土曜 9:00~18:00
	日曜・祝日 9:00~18:00
定休日	無し

(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	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)
	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"/> あり	(その内容)
	2なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	実施日	年間を通じて意見書を作成
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり 2なし
	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 type="checkbox"/> 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 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input 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 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 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	<input 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

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
提携ホームへの移行 【表示事項】	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	1 あり 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「7 規模及び構造設備」 に合致しない事項	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

合致しない事項がある場合の内容	
「8 規模及び構造設備の特則」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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（設置者が福山市内で実施する他の介護サービス）

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介護サービス等の一覧表）

※_____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 枝廣 恭介 _____

※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 設置者が福山市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 グッドライフヘルパーステーション	広島県福山市今町3番10号
訪問入浴介護	あり なし	
訪問看護	あり なし グッドライフ訪問看護	広島県福山市東町1丁目4-22
訪問リハビリテーション	あり なし 医療法人三宅会	広島県福山市東町1丁目1-18
居宅療養管理指導	あり なし	
通所介護	あり なし グッドライフデイサービス	広島県福山市今町3番10号
通所リハビリテーション	あり なし 医療法人三宅会	広島県福山市東町1丁目1-18
短期入所生活介護	あり なし グッドライフハウス東町	広島県福山市1丁目4-24
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 グッドライフレンタル	広島県福山市今町3番10号
特定福祉用具販売	あり なし 指定特定福祉用具販売グッドライフ	広島県福山市今町3番10号
<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	
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 グッドライフグループホーム新涯	広島県福山市新涯町3-14-7
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 グッドライフケアプランセンター	広島県東町1-3-8
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問介護	あり なし グッドライフヘルパーステーション	広島県福山市今町3番10号
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 グッドライフ訪問看護	広島県福山市東町1丁目4-22
介護予防訪問リハビリテーション	あり なし 医療法人三宅会	広島県福山市東町1丁目1-18
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 グッドライフデイサービス	広島県福山市今町3番10号
介護予防通所リハビリテーション	あり なし 医療法人三宅会	広島県福山市東町1丁目1-18

介護予防短期入所生活介護	あり	なし	グッドライフ ハウス東町	広島県福山市1丁目4-24
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	グッドライ フレンタル	広島県福山市今町3番10号
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	指定特定福祉 用具販売グッ ドライフ	広島県福山市今町3番10号

<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	グッドライ フグループ ホーム新涯	
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		

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
	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	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	30分 1210円	提携のヘルパーステーションに依頼
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	30分 1210円	提携のヘルパーステーションに依頼
おむつ代			なし	あり		○	134円 から	自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	30分 1210円	提携のヘルパーステーションに依頼
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	30分 1210円	提携のヘルパーステーションに依頼
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	30分 1210円	提携のヘルパーステーションに依頼
機能訓練	なし	あり	なし	あり		○		
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	30分 1210円	※連携病院への通院はサービスで送迎
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	30分 12100円	提携のヘルパーステーションに依頼
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	30分 1210円	提携のヘルパーステーションに依頼
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	30分 1210円	提携のヘルパーステーションに依頼
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	470円	1回（材料は別請求）
おやつ			なし	あり		○	330円	1日
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	3300円	1回 外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	30分 1210円	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	30分 1210円	
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		○	8千円～	※ご要望に応じて
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		30分 1210円	連携病院のみサービス。他はヘルパーステーションへ委頼
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		30分 1210円	連携病院のみサービス。他はヘルパーステーションへ委頼
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		30分 1210円	連携病院のみサービス。他はヘルパーステーションへ委頼
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、月額の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、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。