

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年8月1日
記入者名	竹川 淳也
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	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ いんまいらいふ 株式会社 インマイライフ	
主たる事務所の所在地	〒752-0985 下関市長府外浦町2番20号	
連絡先	電話番号	083-242-0137
	FAX番号	083-242-0138
	メールアドレス	iml.inmylife24@gmail.com
代表者	氏名	和田 耕一郎
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 31年 1月 21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) 住宅型有料老人ホーム みもすそ川	
所在地	〒751-0813 下関市みもすそ川町10番20号	
主な利用交通手段	最寄駅	下関駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・下関駅バスで乗車20分、火の山入口 停留所で下車、徒歩3分(500m) ②自動車利用の場合 ・下関駅から乗車15分
連絡先	電話番号	083-232-0555
	FAX番号	083-227-4796
	メールアドレス	<a href="mailto:iml.inmylife24@gmail.com">iml.inmylife24@gmail.com</a>
管理者	氏名	和田 耕一郎
	職名	代表取締役

建物の竣工日	昭和・平成	25年	10月	1日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	31年	1月	21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				
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	845.39㎡		
	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		
建物	延床面積	全体	1136.6㎡(地上3階・地下1階建)	
		うち、老人ホーム部分	147.5㎡(1階部分の一部及び共有部分)	
	耐火構造	1 耐火建築物		
		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			
	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（縁故者居室を含む）				
		2 相部屋あり				
		最少	2 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	27.50 m <sup>2</sup>	1 (2人)	一般居室相部屋
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	25.88 m <sup>2</sup>	1 (2人)	一般居室相部屋
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	24.75 m <sup>2</sup>	1 (2人)	一般居室相部屋
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	24.15 m <sup>2</sup>	1 (2人)	一般居室相部屋
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 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	2ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	2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	ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
			その他（ ）	ヶ所		
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	電磁調理器による湯沸かし程度なら可				
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
緊急通報装 置等	居室 1 あり	便所 1 あり	浴室 1 あり	その他（ ） 1 あり		

	2 一部あり 3 なし	2 一部あり 3 なし	2 一部あり 3 なし	2 一部あり 3 なし
土砂災害警戒区域	該当 <input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	1の場合 <input type="checkbox"/> 土石流 <input checked="" type="checkbox"/> 急傾斜地 <input type="checkbox"/> 地すべり	
浸水想定区域 (洪水・津波・高潮)	該当 1 あり <input type="checkbox"/> 2	なし	1の場合 <input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 高潮 想定浸水深 m～ m	

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	一、ご入居者の意思を尊重し、自立に向けて支援します。 二、行政、介護、医療、地域との連携を図ります。 三、「信任」「信愛」「信頼」される老人ホームを運営します。		
サービスの提供内容に関する特色	入居者の健康管理の一環として個別にリハビリを実施します。 入居者の安全と安心のため安否確認と24時間コール対応を行います。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input type="checkbox"/> 3	なし	
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3	なし	
健康管理の供与	<input 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 type="checkbox"/> 1	自ら実施 2 委託 3	なし
生活相談サービス	<input 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	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	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 (救急病院との連携及び訪問診療院の確保)	
協力医療機関	1	名称	やまさきファミリークリニック	
		住所	下関市新堀田東町2丁目2-16	
		診療科目	内科, 小児科, 胃腸内科, 循環器内科, アレルギー科, 呼吸器内科	
		協力科目		
		協力内容	定期訪問による健康相談、年2回の健康診断の実施、緊急時対応 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)	
	2	名称	関門医療センター	
		住所	下関市長府外浦町1番1号	
		診療科目	総合診療	
		協力科目		
		協力内容	緊急時の受け入れ及び入院	
協力歯科医療機関	名称	アイリス歯科		
	住所	下関市伊倉新町4丁目4-39		
	協力内容	訪問歯科・医療の相談		

(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	1 一時介護室へ移る場合
----------------	--------------

※複数選択可		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	介護保険法における要介護1～要介護5の方	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者又は事業者から契約解除が行われた場合	
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・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: ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	8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	非常勤	
管理者	1		1	
生活相談員	1		1	
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3			
事務員	1		1	
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の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			
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 ( 16時 ~翌9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	作業療法士
	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 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									
10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし（食費については日割り計算で減額） 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 30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	物価変動、人件費上昇により、改定する場合がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

### (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	要介護
	年齢	70歳	70歳

居室の状況	床面積	27.50㎡		㎡	
	便所	1	有	2	無
	浴室	1	有	2	無
	台所	1	有	2	無
入居時点で必要な費用	前払金	円		円	
	敷金	45,000円		36,000円	
月額費用の合計		97,700円		94,700円	
家賃		15,000円		12,000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		円	
		食費		47,700円	
		管理費		15,000円	
		生活支援サービス費		10,000円	
		健康管理費		10,000円	
その他		都度払いサービス有		都度支払いサービス有	
※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	12,000円/月 ~ 15,000円/月 施設の建設費、修繕費、地代等を基礎とし、近傍同種の住宅の家賃等を参考に算定した金額
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。
管理費	15,000円/月 事務管理、居室・共用施設の水光熱費及び維持管理費、備品・消耗品費
食費	47,700円/月 (朝食410円、昼食560円、夕食620円) 上記月額は、1日3食を30日間喫食した場合の金額欠食の場合は、1日前までに申し出ることとし、食費は前月分の喫食数により清算する。
光熱水費	管理費に含む
生活支援サービス費	10,000円 (生活支援サービス実施に伴う備品等の管理及び人件費)
健康管理費	10,000円 (健康管理サービス実施に伴う備品等の管理及び人件費)
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	

(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	0人
	女性	8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	3人
	85歳以上	5人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	1人
	要介護2	1人
	要介護3	2人
	要介護4	2人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	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	87歳
入居者数の合計	8人
入居率※	100%
※ 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	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	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		住宅型有料老人ホーム みもすそ川苦情相談窓口	下関市役所 福祉部長寿支援課
電話番号		083-232-0555	083-231-1168
対応している時間	平日	8:30~17:30	8:30~17:15
	土曜	8:30~17:30	—
	日曜・祝日	—	—
定休日		日・祝 (年末年始)	土・日・祝 (年末年始)

(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) 東京海上日動火災保険会社の施設内事故賠償責任保険に加入しており、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賠償される。
	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	1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	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	<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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" 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 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 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 1 回
	<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	
提携ホームへの移行 【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 checked="" 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「7 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	相部屋あり
「8 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	多床室及び居室面積
不適合事項がある場合の内容	個室ではなく多床室 入居者一人当たりの面積 13 m <sup>2</sup> 以下

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 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。

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			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	アイ・エム・エルヘルバステーション	下関市一の宮本町一丁目7-17
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		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	アイ・エム・エルデイサービスライブ	下関市一の宮本町一丁目7-17
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
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		
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		
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	アイ・エム・エル安心サポート24	下関市一の宮本町一丁目7-17
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	アイ・エム・エルデイサービスセンター	下関市みもすそ川町10番20号
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		
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	アイ・エム・エルケアプランセンター	下関市一の宮本町一丁目7-17
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防訪問介護	あり	なし	併設・隣接	アイ・エム・エルヘルバステーション	下関市一の宮本町一丁目7-17
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		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接	アイ・エム・エルデイサービスライブ	下関市一の宮本町一丁目7-17
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
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		
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		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
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		
-------	----	----	-------	--	--

<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		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
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・サービスパッケージ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	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
	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）				
介護サービス						
食事介助	なし	あり	なし	あり		
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	なし	あり		実費
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		
生活支援サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり		年1回室内の大掃除
24時間コール対応・安否確認	なし	あり	なし	あり	10000	月額
リネン貸与・交換	なし	あり	なし	あり	3000	基本（1回/週）汚染時はその都度
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	50	1食当たり
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり		
おやつ	なし	あり	なし	あり		
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり		実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり	500	5キロ以内
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	500	30分以内
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり		
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり	なし	あり		協力医療機関による年2回実施
バイタルチェック・個別リハビリ	なし	あり	なし	あり	10000	月額
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		
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	1200	協力医療機関以外 協力医療機関無料
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	800	30分以内
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		状況により対応

※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、月額の利用料に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に区分して、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。