

重要事項説明書

記入年月日	令和3年9月3日
記入者名	小野田 早希
所属・職名	事務

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ すまいるふらの 株式会社 すまいるふらの	
主たる事務所の所在地	〒076-0017 北海道富良野市字下御料 1990 番地 16	
連絡先	電話番号	0167-22-2123
	FAX番号	0167-22-2122
	ホームページアドレス	http://smile-furano.com/
代表者	氏名	木野 広光
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 23年 5月 25日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) ゆうりょうろうじんほ一むすまいるふらの 有料老人ホームすまいるふらの	
所在地	〒076-0017 富良野市字下御料 1990 番地 16	
主な利用交通手段	最寄駅	富良野駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・ふらのバスラベンダー号で乗車 10 分、 御料 1 線停留所で下車、徒歩 5 分 ②自動車利用の場合 ・乗車 10 分
連絡先	電話番号	0167-22-2123
	FAX番号	0167-22-2122
	ホームページアドレス	http://smile-furano.com/
管理者	氏名	木野 広光
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成23年6月22日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成24年7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		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	0173000399
	指定した自治体名	北海道
	事業所の指定日	平成31年 1月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成 36年 12月 31日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1, 867.99 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	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	1182.19 m ²			
		うち、老人ホーム部分	573 m ²			
	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						
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	8.1 m ²	1	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	8.5 m ²	1	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	9.3 m ²	1	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	9.5 m ²	1	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	9.7 m ²	13	一般居室個室
	タイプ6	有/無	有/無	10.2 m ²	1	一般居室個室
タイプ7	有/無	有/無	10.5 m ²	4	一般居室個室	

	タイプ8	有/無	有/無	12.15 m ²	2	一般居室個室	
	タイプ9	有/無	有/無	12.9 m ²	1	一般居室個室	
	タイプ10	有/無	有/無	14 m ²	1	一般居室個室	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	12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		2ヶ所		
			大浴場		0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴		0ヶ所		
			リフト浴		0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	1	あり	2	一部あり	3	なし
	便所	1	あり	2	一部あり	3	なし
	浴室	1	あり	2	一部あり	3	なし
その他（ ）	1	あり	2	一部あり	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>○ご自身による選択可能な生活を重視し、ご利用者本位のサービスを提供することで、身体機能維持や介護予防に努め、一日でも長く元気な生活をしていただけるよう努力します。</p> <p>○美味しいお食事を提供し、生きる活力を養っていただきます。</p> <p>○相互信頼による明るい温かな共同生活を目指し、思いやりの心と感謝の気持ちでお互いが助け合って暮らせる雰囲気大切にします。「ふらの」地域の高齢福祉社会創りに参画し、笑顔ある街づくりを目指します。</p>
サービスの提供内容に関する特色	認知症ケア専門士の配置、手作りの食事、託児施設併設
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 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	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	栄養スクリーニング加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
退院・退所時連携加算		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

	看取り介護加算	1 あり <input 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
介護職員等 特定処遇改 善加算	(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	(Ⅱ) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
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
	<input type="checkbox"/> 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 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	北海道社会事業協会病院
		住所	富良野市住吉町1番30号
		診療科目	総合内科、外科
		協力内容	入居者が疾病罹患等により治療を要する場合は協力医療機関として適切な助言又は処置・治療を行う。
	2	名称	北の峰病院
		住所	富良野市2062番地
		診療科目	精神科
		協力内容	入居者が疾病罹患等により治療を要する場合は協力医療機関として適切な助言又は処置・治療を行う。
3	名称	かとう整形外科クリニック	
	住所	富良野市本町6番8号	
	診療科目	整形外科	

		協力内容	入居者が疾病罹患等により治療を要する場合は協力医療機関として適切な助言又は処置・治療を行う。
	4	名称	内海内科クリニック
		住所	富良野市弥生町6番31号
		診療科目	内科
		協力内容	入居者が疾病罹患等により治療を要する場合は協力医療機関として適切な助言又は処置・治療を行う。
	5	名称	渡部医院
		住所	富良野市本町1番10号
		診療科目	内科
		協力内容	入居者が疾病罹患等により治療を要する場合は協力医療機関として適切な助言又は処置・治療を行う。
協力歯科 医療機関	1	名称	ふらの駅前歯科クリニック
		住所	富良野市日の出町4番23号藤堂ビル2F
		協力内容	入居者が疾病罹患等により治療を要する場合は協力医療機関として適切な助言又は処置・治療を行う。
	2	名称	とがし歯科医院
		住所	富良野市錦町6番18号
		協力内容	入居者が疾病罹患等により治療を要する場合は協力医療機関として適切な助言又は処置・治療を行う。

(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	(変更内容)
		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	<p>居住の権利形態：賃貸方式 利用料の支払い方式：月払い方式 入居時の要件：概ね60歳以上の要介護者の方で加齢による障がいのため自宅で生活が困難な方 介護保険：在宅サービス利用可 (介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用するホームです。) 介護居室区分：全室個室 その他：</p>		
契約の解除の内容	<p>入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約を将来にわたって維持することが社会通念状著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>1 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</p> <p>2 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3カ月以上滞納したとき</p> <p>3 第21条の規定に違反したとき</p> <p>4 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し、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第31条	
	解約予告期間	15日間	
入居者からの解約予告期間	30日間		
体験入居の内容	① あり (内容：) 2 なし		
入居定員	26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			0.2
生活相談員	1	1		0.5
直接処遇職員	16		16	5.0
介護職員	14		14	4.1
看護職員	2		2	0.9
機能訓練指導員	0			
計画作成担当者	1			0.5
栄養士	0			
調理員	4			2.5
事務員			1	
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	7		7
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	11		11
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	2		2
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～ 8 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	18 人
	訪問介護事業所の名称	訪問介護事業所すまいるふらの 介護・福祉ショップポピー 訪問介護
	訪問看護事業所の名称	介護老人保健施設ふらの 訪問看護ステーション 西病院訪問看護ステーション 青いとり
	訪問リハビリ事業所	ふらの西病院 訪問リハビリテーション
	通所リハビリ事業所	かわむら整形外科デイケアセンター 老健ふらの通所リハビリテーション
	通所介護事業所の名称	ニチイケアセンターふらの 富良野あさひ郷 デイサービスセンター

	福祉用具貸与事業所	ごりょうの丘福祉用具貸与事業所
--	-----------	-----------------

(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		介護職員初任者研修							
	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				2						
応じた業務に従事した経年数に 職業の人数	1年未満			0						
	1年以上			3						
	3年未満									
	3年以上			2						
	5年未満									
	5年以上			6						
	10年未満									
10年以上		2		2						
従業者の健康診断の実施状況			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
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
利用料金の改定	条件	物価変動、関連法令の改正、人件費上昇等により、改定する場合があります。
	手続き	改定実施にあたっては、ご利用者様及び身元引受人に対して事前に土 するものとします。

(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5	
	年齢	86歳	87歳	
居室の状況	床面積	9.7 m ²	9.7 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	60,000円	66,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		119,802円	119,802円	
家賃		30,000円	33,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	2,542円	2,542円	
	介護保険外 [※]	食費	47,160円	47,160円
		管理費	34,100円	34,100円
		介護費用	0円	0円
	光熱水費	管理費に含む	管理費に含む	

	その他	6,000円	6,000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	近傍同種の家賃相当額、取得・建築・修繕費用等を勘案して妥当な金額として設定
敷金	家賃の 0ヶ月分
介護費用	なし
管理費	共用部分の設備維持、水光熱非、事務費、管理部分に関わる人件費、厨房維持管理費、日常生活支援サービス提供の為の人件費
食費	朝食 524円、昼食 524円、夕食 524円 (食事をキャンセルする場合の取り扱いについて) 前日 12時までにご連絡いただくことにより、1食単位で料金を割引ます。
光熱水費	管理費に含む
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	

(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	介護サービス費による
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）	該当なし
※ 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	7人
	女性	19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	3人
	85歳以上	21人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	13人
	要介護2	7人
	要介護3	2人
	要介護4	3人
	要介護5	1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	13人
	5年以上10年未満	8人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	88.7歳
入居者数の合計	26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		1人
	社会福祉施設		1人
	医療機関		4人
	死亡者		0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		苦情相談窓口
電話番号		0167-22-2123
対応している時間	平日	9:00~17:30
	土曜	9:00~17:30
	日曜・祝日	9:00~17:30
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

握する取組の状況	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
	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 <input 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 2 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：グループホームすまいるふらの) <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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

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	
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	廊下幅
「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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別を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
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	訪問介護事業所す まいるふらの	富良野市字下御 料1990番地16
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		
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	ごりょうの丘 福祉用具貸与	富良野市字下御 料1990番地16
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	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	ごりょうの丘小規 模多機能ホーム	富良野市字下御 料1990番地16
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	ごりょうの丘 グループホーム グループホーム すまいるふらの	富良野市字下御 料1990番地16
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		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
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		
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	ごりょうの丘福祉 用具貸与	富良野市字下御 料1990番地16
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	ごりょうの丘小規 模多機能ホーム	富良野市字下御 料1990番地16
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	ごりょうの丘 グループホーム	富良野市字下御 料1990番地16

				グループホーム すまいるふらの	
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
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		

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	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
	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				
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	別紙 月払い費用及び使用料一覧表参照
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				協力医療機関への通院は介護保険サービス費となり、富良野市外への通院については実費 1 時間毎に 2,500 円をご負担いただきます。
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
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				
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				
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				日用品、嗜好品等、特定施設サービス計画書に基づき提供いたします。
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				※回数（年○回など）を明記すること
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				協力医療機関とさせていただきます。

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。