

# 重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人ほたか会  
介護付有料老人ホームまえばし上泉の里

令和7年 7月 1日以降

## 重要事項説明書

|       |                |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和 7 年 7 月 1 日 |
| 記入者名  | 大崎 真伸          |
| 所属・職名 | 支配人            |

## 1. 事業主体概要

|            |                                        |                             |
|------------|----------------------------------------|-----------------------------|
| 種類         | 個人／法人                                  |                             |
|            | ※法人の場合、その種類                            | 社会福祉法人                      |
| 名称         | (ふりがな)<br>しゃかいふくしほうじん かい<br>社会福祉法人ほたか会 |                             |
| 主たる事務所の所在地 | 〒371-0034<br>群馬県前橋市昭和町三丁目 12 番 21 号    |                             |
| 連絡先        | 電話番号                                   | 027-212-5020                |
|            | FAX 番号                                 | 027-212-5562                |
|            | メールアドレス                                | houjinhonbu@hotakakai.or.jp |
|            | ホームページアドレス                             | http://www.hotakakai.or.jp  |
| 代表者        | 氏名                                     | 樋口 明                        |
|            | 職名                                     | 理事長                         |
| 設立年月日      | 1976 年 12 月 1 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)<br>かいごつきゅうりょうろうじん ほーむ かみいずみ さと<br>介護付有料老人ホームまえばし上泉の里 |                                               |
| 所在地           | 〒371-0007<br>群馬県前橋市上泉町 1870-1                               |                                               |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                                         | 赤坂駅                                           |
|               | 交通手段と所要時間                                                   | 自家用車：中央前橋駅より15分程度<br>バス：日本中央バス赤坂駅下車、徒歩 15 分程度 |
| 連絡先           | 電話番号                                                        | 027-269-2988                                  |
|               | FAX 番号                                                      | 027-269-8851                                  |
|               | メールアドレス                                                     | kamiizuminosato@hotakakai.or.jp               |
|               | ホームページアドレス                                                  | http://www.hotakakai.or.jp                    |
| 管理者           | 氏名                                                          | 大崎 真伸                                         |
|               | 職名                                                          | 支配人                                           |
| 建物の竣工日        | 2004 年 8 月 20 日                                             |                                               |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 2004 年 9 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                        | 1070101918     |  |
|                | 指定した自治体名                         | 前橋市            |  |
|                | 事業所の指定日                          | 2004 年 9 月 1 日 |  |
|                | 指定の更新日（直近）                       | 2022 年 9 月 1 日 |  |

3. 建物概要

|    |      |                         |                                 |
|----|------|-------------------------|---------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 3,707 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<br>( 年 月 日～ 年 月 日)<br>2 なし |
| 建物 | 延床面積 | 全体                      | 5,631.05 m <sup>2</sup>         |
|    |      | うち、老人ホーム部分              | 5,631.05 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<br>( 年 月 日～ 年 月 日)<br>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<br>【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               |                 |                   | 1 人部屋 |        |
|                                                  |                | 最大               |                 |                   | 1 人部屋 |        |
|                                                  |                | トイレ              | 浴室              | 面積                | 戸数・室数 | 区分※    |
|                                                  | タイプ 1          | 有 / 無            | 有 / 無           | 17 m <sup>2</sup> | 100   | 一般居室個室 |
|                                                  | タイプ 2          | 有 / 無            | 有 / 無           | m <sup>2</sup>    |       |        |
|                                                  | タイプ 3          | 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<br>便房 | 6 か所             | うち男女別の対応が可能な便房  |                   | 2 か所  |        |
|                                                  |                |                  | うち車椅子等の対応が可能な便房 |                   | 4 か所  |        |

|  |                  |      |  |          |      |
|--|------------------|------|--|----------|------|
|  | 共用浴室             | 9 か所 |  | 個室       | 9 か所 |
|  |                  |      |  | 大浴場      | 0 か所 |
|  | 共用浴室における<br>介護浴槽 | 9 か所 |  | チェアー浴    | 1 か所 |
|  |                  |      |  | リフト浴     | 4 か所 |
|  |                  |      |  | ストレッチャー浴 | 0 か所 |
|  |                  |      |  | 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        | 利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、施設サービス計画に基づき、家庭的な雰囲気の下での入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を漫然かつ画一的にならないよう個別的（少人数）に行う。 |      |   |    |      |
| サービスの提供内容に関する特色 | 10 室を 1 ユニットとして管理する個室ユニット型を採用                                                                                     |      |   |    |      |
| 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

|                                                                                                                                                                                                                           |                |     |                          |    |   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|--------------------------|----|---|----|
| <p>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</p> <p>※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p> | 入居継続支援加算       | (Ⅰ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 生活機能向上連携加算     | (Ⅰ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | ADL 維持等加算      | (Ⅰ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 個別機能訓練加算       | (Ⅰ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 夜間看護体制加算       | (Ⅰ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 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 |
|                                                                                                                                                                                                                           | 協力医療機関連携加算(※1) | (Ⅰ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 口腔衛生管理体制加算(※2) |     | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 口腔・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 |
|                                                                                                                                                                                                                           | 退居時情報提供加算      |     | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 看取り介護加算        | (Ⅰ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 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 |
|                                                                                                                                                                                                                           | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (Ⅰ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 新興感染症等施設療養費    |     | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 生産性向上推進体制加算    | (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) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅲ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 介護職員等処遇改善加算    | (Ⅰ) | 1                        | あり | 2 | なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | (Ⅱ) | 1                        | あり | 2 | なし |
| <p>人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無</p>                                                                                                                                                                                               | 1              | あり  | (介護・看護職員の配置率)<br>2.5 : 1 |    |   |    |
|                                                                                                                                                                                                                           | 2              | なし  |                          |    |   |    |

(医療連携の内容)

|                |                           |      |                                                                           |                       |    |   |    |
|----------------|---------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|---|----|
| 医療支援<br>※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 ( )                                                                   |                       |    |   |    |
|                |                           |      |                                                                           |                       |    |   |    |
| 協力医療機関         | 1                         | 名称   | 医療法人積心会 富沢病院                                                              |                       |    |   |    |
|                |                           | 住所   | 群馬県前橋市朝日町 4-17-1                                                          |                       |    |   |    |
|                |                           | 診療科目 | 整形外科、内科、外科、胃腸科、リハビリテーション科                                                 |                       |    |   |    |
|                |                           | 協力科目 | 整形外科、内科、外科、胃腸科、リハビリテーション科                                                 |                       |    |   |    |
|                |                           | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保                                         | 1                     | あり | 2 | なし |
|                |                           |      | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保                                           | 1                     | あり | 2 | なし |
|                | 2                         | 名称   | 医療法人 前橋北病院                                                                |                       |    |   |    |
|                |                           | 住所   | 群馬県前橋市下細井町 692                                                            |                       |    |   |    |
|                |                           | 診療科目 | 内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科                                                  |                       |    |   |    |
|                |                           | 協力科目 | 内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科                                                  |                       |    |   |    |
|                |                           | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保                                         | 1                     | あり | 2 | なし |
|                |                           |      | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保                                           | 1                     | あり | 2 | なし |
|                | 3                         | 名称   | 医療法人 伊藤内科医院                                                               |                       |    |   |    |
|                |                           | 住所   | 群馬県前橋市下小出町 2 丁目 49-16                                                     |                       |    |   |    |
|                |                           | 診療科目 | 内科、循環器科                                                                   |                       |    |   |    |
|                |                           | 協力科目 | 内科、循環器科                                                                   |                       |    |   |    |
|                |                           | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保                                         | 1                     | あり | 2 | なし |
|                |                           |      | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保                                           | 1                     | あり | 2 | なし |
|                | 新興感染症発<br>生時に連携す<br>る医療機関 | 1    | あり                                                                        |                       |    |   |    |
|                |                           |      | 医療機関の名称                                                                   | 医療法人 伊藤内科医院           |    |   |    |
|                |                           |      | 医療機関の住所                                                                   | 群馬県前橋市下小出町 2 丁目 49-16 |    |   |    |
| 2              |                           | なし   |                                                                           |                       |    |   |    |
| 協力歯科医療<br>機関   | 1                         | 名称   | 青柳歯科クリニック                                                                 |                       |    |   |    |
|                |                           | 住所   | 群馬県前橋市青柳町 133-8                                                           |                       |    |   |    |
|                |                           | 協力内容 | 診察のための定期的な医師・看護師等の派遣、日常の健康相談、他の医療機関に入院・受診する際に要する紹介、施設内での治療・処置・指導等（※要事前予約） |                       |    |   |    |
|                | 2                         | 名称   | 協立歯科クリニック                                                                 |                       |    |   |    |
|                |                           | 住所   | 群馬県前橋市朝倉町 830-1                                                           |                       |    |   |    |
|                |                           | 協力内容 | 診察のための定期的な医師・看護師等の派遣、日常の健康相談、他の医療機関に入院・受診する際に要する紹介、施設内での治療・処置・指導等（※要事前予約） |                       |    |   |    |

**（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<br>※複数選択可 |        | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 他の居室へ移る場合<br>3 その他（ ）  |        |
| 判断基準の内容                  |        | 重度認知症等により該当ユニットでの介護が困難になった場合等            |        |
| 手続きの内容                   |        | 主治医の意見を踏まえ、ご本人の意思、身元引受人等の生活継続に対する意見を確認する |        |
| 追加的費用の有無                 |        | 1 あり                                     | 2 なし   |
| 居室利用権の取扱い                |        | 変更なし                                     |        |
| 前払金償却の調整の有無              |        | 1 あり                                     | 2 なし   |
| 従前の居室との<br>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<br>【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               |         | 概ね 65 歳以上の方で健康な方、及び日常生活で介護の必要な方。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |
| 契約解除の内容            |         | <p>事業者は、入居者が以下のいずれかに該当し、かつ、そのことがこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に解除することがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・月額の利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく、2 か月遅延し催告したにもかかわらず、10日以内にこれが支払われないとき。</li> <li>・入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき。</li> <li>・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。</li> <li>・入居者が病気の治療等その他のために、1ヵ月以上長期にホームを離れることが決まり、かつその移転先の受入れが可能となったとき。</li> <li>・入居者は事業者に対して、30 日前までに解除の申し入れを行うことにより、契約を解除することができる。</li> </ul> |      |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項    | 第 29 条                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |
|                    | 解約予告期間  | 3 か月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |

|              |                            |                         |  |
|--------------|----------------------------|-------------------------|--|
| 入居者からの解約予告期間 | 1 か月                       |                         |  |
| 体験入居の内容      | 1                          | あり（内容：1泊2日 7,260 円（税込）） |  |
|              | 2                          | なし                      |  |
| 入居定員         | 100 人                      |                         |  |
| その他          | 居室総数 100 室（単身用） 10 ユニットで構成 |                         |  |

## 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<br>※1 ※2     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|---------------------|
|                                                                                                  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                     |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  | 0   | 0.8                 |
| 生活相談員                                                                                            | 1        | 1  | 0   | 1.0                 |
| 直接処遇職員                                                                                           | 44       | 38 | 6   | 42.1                |
| 介護職員                                                                                             | 38       | 37 | 1   | 37.8（うち、自立者対応 1 名）  |
| 看護職員                                                                                             | 6        | 1  | 5   | 4.3（うち、自立者対応 0.5 名） |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 5        | 1  | 4   | 2.8                 |
| 計画作成担当者                                                                                          | 1        | 1  | 0   | 1.0                 |
| 栄養士                                                                                              | 1        | 0  | 1   | 0.7                 |
| 調理員                                                                                              | 業務委託     |    |     |                     |
| 事務員                                                                                              | 4        | 0  | 4   | 3.6                 |
| その他職員                                                                                            | 7        | 1  | 6   | 3.7                 |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2                                                                       |          |    |     | 37.5 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     | 0  | 0  | 0   |
| 介護福祉士     | 18 | 18 | 0   |
| 実務者研修の修了者 | 0  | 0  | 0   |
| 初任者研修の修了者 | 9  | 8  | 1   |
| 介護支援専門員   | 0  | 0  | 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 | 1  | 1  | 0   |
| 理学療法士     | 0  | 0  | 0   |
| 作業療法士     | 2  | 0  | 2   |
| 言語聴覚士     | 0  | 0  | 0   |



|             |   |   |   |
|-------------|---|---|---|
| 柔道整復師       | 2 | 0 | 2 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師         | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師        | 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 ( 15 時 00 分～ 7 時 00 分) |      |  |                 |
|---------------------------------|------|--|-----------------|
|                                 | 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                            | 4 人  |  | 4 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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br><input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|                                                                    | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.3 : 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<br>(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 |     | 介護支援専門員・介護福祉士 |     |         |     |    |  |    |  |
|                          |                 |          |     | 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 | 非常勤           | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |    |  |    |  |
| 前年度 1 年間の採用者数            |                 | 0        | 1   | 5    | 0   | 1      | 1   | 0             | 1   | 1       | 0   |    |  |    |  |
| 前年度 1 年間の退職者数            |                 | 0        | 0   | 8    | 0   | 1      | 1   | 0             | 2   | 1       | 0   |    |  |    |  |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1 年未満           | 0        | 2   | 4    | 0   | 0      | 0   | 0             | 0   | 1       | 0   |    |  |    |  |
|                          | 1 年以上<br>3 年未満  | 1        | 1   | 5    | 3   | 0      | 0   | 0             | 0   | 0       | 0   |    |  |    |  |
|                          | 3 年以上<br>5 年未満  | 0        | 0   | 3    | 0   | 0      | 0   | 0             | 0   | 0       | 0   |    |  |    |  |
|                          | 5 年以上<br>10 年未満 | 0        | 0   | 10   | 0   | 0      | 0   | 1             | 2   | 0       | 0   |    |  |    |  |
|                          | 10 年以上          | 0        | 2   | 7    | 4   | 1      | 0   | 0             | 1   | 0       | 0   |    |  |    |  |
| 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<br>【表示事項】              | <div>1 利用権方式</div> <div>2 建物賃貸借方式</div> <div>3 終身建物賃貸借方式</div> |                          |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【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                                                        |                          |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           | 4 選択方式<br>※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          |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           | 3 月払い方式                                                        | 1 全額前払い方式                |  |
|                                |                                                                | 2 一部前払い・一部月払い方式          |  |
| 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<br>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<br>の改定                    | 条件                                                             | 前橋市が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案 |  |
|                                | 手続き                                                            | 施設運営懇談会の意見を聞いて改定         |  |

### (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 2             |          |   |   | 要支援 2             |          |   |   |  |
|                                                                                       |  | 年齢                 |      | 87 歳              |          |   |   | 87 歳              |          |   |   |  |
| 居室の状況                                                                                 |  | 床面積                |      | 17 m <sup>2</sup> |          |   |   | 17 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               |          |   |   | 0 円               |          |   |   |  |
|                                                                                       |  | 敷金                 |      | 0 円               |          |   |   | 0 円               |          |   |   |  |
| 月額費用の合計                                                                               |  |                    |      | 216,532 円         |          |   |   | 211,622 円         |          |   |   |  |
|                                                                                       |  | 家賃                 |      | 70,000 円          |          |   |   | 70,000 円          |          |   |   |  |
| サービス費用                                                                                |  | 特定施設入居者生活介護※ 1 の費用 |      | 21,992 円          |          |   |   | 11,582 円          |          |   |   |  |
|                                                                                       |  | 介護保険外※ 2           | 食費   |                   | 58,320 円 |   |   |                   | 58,320 円 |   |   |  |
|                                                                                       |  |                    | 管理費  |                   | 66,220 円 |   |   |                   | 71,720 円 |   |   |  |
|                                                                                       |  |                    | 介護費用 |                   | 0 円      |   |   |                   | 0 円      |   |   |  |
|                                                                                       |  |                    | 光熱水費 |                   | 0 円      |   |   |                   | 0 円      |   |   |  |
|                                                                                       |  | その他                |      | 0 円               |          |   |   | 0 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                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該目的施設の開発費、土地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を含む諸費用を平均的な余命等を勘案して、1室あたり又は1人あたりとして、月あたり費用を算出したもの。</li> <li>・家賃相当額は、老人福祉法第29条第6項において、受領が禁止されている権利金及び対価性のない金品に該当しません。</li> </ul> |
| 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                  | 光熱水費、事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常支援サービス提供のための人件費・事務費、共有施設等の維持管理費                                                                                                                                              |
| 食費                   | 1日3食 定食方式 (1,944円/日×30日として) 食材費、栄養士その他食事部門の人件費、設備、備品代 (調理具・食器等)                                                                                                                                           |
| 光熱水費                 | 管理費に含む。<br>但し、入居者が居住する専用居室内の家電持込代 (大: 55 円/台/日、小: 22 円/台/日)                                                                                                                                               |
| 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          | 利用者の個別的な選択による生活支援サービス費について、サービスにかかわる人件費等として算定。                                                                                                                                                            |

**(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                        | 要介護度に応じた介護費用について、介護保険負担割合証の負担割合の額 |
| 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) | 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)                       | 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              | 22 人 |
|       | 女性              | 71 人 |
| 年齢別   | 6 5 歳未満         | 0 人  |
|       | 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | 1 人  |
|       | 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | 13 人 |
|       | 8 5 歳以上         | 79 人 |
| 要介護度別 | 自立              | 0 人  |
|       | 要支援 1           | 2 人  |
|       | 要支援 2           | 4 人  |
|       | 要介護 1           | 29 人 |
|       | 要介護 2           | 16 人 |
|       | 要介護 3           | 13 人 |
|       | 要介護 4           | 20 人 |
|       | 要介護 5           | 9 人  |
| 入居期間別 | 6 か月未満          | 13 人 |
|       | 6 か月以上 1 年未満    | 8 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満     | 56 人 |
|       | 5 年以上 1 0 年未満   | 9 人  |
|       | 1 0 年以上 1 5 年未満 | 4 人  |
|       | 1 5 年以上         | 3 人  |

### （入居者の属性）

|                                                 |        |
|-------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                            | 90.1 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 93 人   |
| 入居率※                                            | 93%    |
| ※ 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      | 2 人                                 |
|         | 社会福祉施設   | 22 人                                |
|         | 医療機関     | 9 人                                 |
|         | 死亡       | 8 人                                 |
|         | その他      | 11 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 | 44 人                                |
|         |          | （解約事由の例）<br>在宅復帰、他施設への転居、疾病治療のための入院 |

## 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    |       | 相談サービス課      |
| 電話番号     |       | 027-269-2988 |
| 対応している時間 | 平日    | 9時から17時30分   |
|          | 土曜    | 9時から17時30分   |
|          | 日曜・祝日 | 9時から17時30分   |
| 定休日      |       | なし           |

|          |       |              |
|----------|-------|--------------|
| 窓口の名称    |       | 前橋市介護保険課     |
| 電話番号     |       | 027-224-1111 |
| 対応している時間 | 平日    | 9時00分から17時   |
|          | 土曜    | 休み           |
|          | 日曜・祝日 | 休み           |
| 定休日      |       | 土日祝          |

### （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)<br>あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の介護保険・社会福祉事業者総合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)                                                                                                      |
|                               | 2 なし |                                                                                                             |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 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    | 令和6年11月10日 |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし  |
| 第三者による評価の実施状況                    | 2 なし |        |            |
|                                  | 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><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<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 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【WAM-NET（社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム）をホームページより公開】<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 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【WAM-NET（社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム）をホームページより公開】<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input 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<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない                                                      |

## 10. その他

|                         |                                                      |        |                                                          |    |     |    |    |
|-------------------------|------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------|----|-----|----|----|
| 運営懇談会                   | 1                                                    | あり     | (開催頻度)                                                   | 年  | 12回 |    |    |
|                         | 2                                                    | なし     |                                                          |    |     |    |    |
|                         | 1                                                    | 代替措置あり | (内容)                                                     |    |     |    |    |
|                         | 2                                                    | 代替措置なし |                                                          |    |     |    |    |
| 高齢者虐待防止のための取組<br>の状況    | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催                                   |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |
|                         | 指針の整備                                                |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |
|                         | 定期的な研修の実施                                            |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |
|                         | 担当者の配置                                               |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |
| 身体的拘束等の適正化のため<br>の取組の状況 | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催                                    |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |
|                         | 指針の整備                                                |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |
|                         | 定期的な研修の実施                                            |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |
|                         | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を<br>制限する行為（身体的拘束等）を行うこと |        |                                                          |    |     |    |    |
|                         | 1                                                    | あり     | 身体的拘束等を行う場合の態<br>様及び時間、入居者の状況並び<br>に緊急やむを得ない場合の理<br>由の記録 | 1  | あり  | 2  | なし |
|                         | 2                                                    |        |                                                          |    |     |    | なし |
| 業務継続計画の策定状況等            | 感染症に関する業務継続計画                                        |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |
|                         | 災害に関する業務継続計画                                         |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |
|                         | 職員に対する周知の実施                                          |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |
|                         | 定期的な研修の実施                                            |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |
|                         | 定期的な訓練の実施                                            |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |
|                         | 定期的な業務継続計画の見直し                                       |        | 1                                                        | あり | 2   | なし |    |

|                                              |                                                                                |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                          | 1 あり（提携ホーム名： ）<br>2 なし                                                         |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第29条第1項に規定<br>する届出       | 1 あり      2 なし<br>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<br>指針「5.規模及び構造設備」に<br>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<br>の内容                          |                                                                                |
| 「6.既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への適合<br>性            | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない                               |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針の不適合事項                    |                                                                                |
| 不適合事項がある場合の内<br>容                            |                                                                                |

## 11. お支払い方法

当月の利用料金の合計額を請求書に明細を付して、翌月の10日までに郵送にてお送り致します。以下の方法によりお支払い下さい。

- (1) ホーム指定口座への自動振替（自動引き落とし）による支払い。但し、この場合は、ホームが指定する銀行にご利用者名義の普通預金口座を設ける必要があります。毎月15日の引き落としとなります。（土日祝日の場合は翌営業日の引き落とし）
- (2) 請求明細書に明記されたホームの指定口座への振込による支払い。  
この場合は、20日までにお振り込みを頂くこととなります。

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 事業主体が前橋市内で実施する他の介護サービス等

| 介護サービス等の種類           |    |    | 併設・隣接<br>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        | グランポルト前橋                                       | 前橋市昭和町3丁目11-18                                |
| 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        | 青梨子訪問看護ステーション                                  | 前橋市青梨子町1680-5                                 |
| 訪問リハビリテーション          | あり | なし | 併設・隣接        | 青梨子訪問リハビリテーション                                 | 前橋市青梨子町1670                                   |
| 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        | あおなしデイサービスセンター<br>グランポルト前橋<br>デイサービスセンターつるかめの里 | 前橋市青梨子町1670<br>前橋市昭和町3丁目11-18<br>前橋市亀里町333番地4 |
| 通所リハビリテーション          | あり | なし | 併設・隣接        | 青梨子荘                                           | 前橋市青梨子町1670                                   |
| 短期入所生活介護             | あり | なし | 併設・隣接        | まえばし上泉の里<br>グランオー前橋                            | 前橋市上泉町1870-1<br>前橋市千代田町5丁目17-5                |
| 短期入所療養介護             | あり | なし | 併設・隣接        | 青梨子荘                                           | 前橋市青梨子町1670                                   |
| 特定施設入居者生活介護          | あり | なし | 併設・隣接        | まえばし上泉の里<br>グランポルト前橋                           | 前橋市上泉町1870-1<br>前橋市昭和町3丁目11-18                |
| 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        |                                                |                                               |
| ＜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        | グランポルト前橋                                       | 前橋市昭和町3丁目11-18                                |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし | 併設・隣接        | グランポルト前橋                                       | 前橋市昭和町3丁目11-18                                |
| 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        | グループホームあおなし<br>グループホーム城東                       | 前橋市青梨子町1670<br>前橋市城東町3-10-10                  |
| 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        | グランオー前橋                                        | 前橋市千代田町5丁目17-5                                |
| 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        | ほたか居宅介護支援事業所                                   | 前橋市昭和町3丁目11-18                                |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |    |    |              |                                                |                                               |
| 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        | 青梨子訪問看護ステーション                                  | 前橋市青梨子町1680-5                                 |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし | 併設・隣接        | 青梨子訪問リハビリテーション                                 | 前橋市青梨子町1670                                   |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり | なし | 併設・隣接        |                                                |                                               |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり | なし | 併設・隣接        | 青梨子荘                                           | 前橋市青梨子町1670                                   |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり | なし | 併設・隣接        | まえばし上泉の里<br>グランオー前橋                            | 前橋市上泉町1870-1<br>前橋市千代田町5丁目17-5                |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり | なし | 併設・隣接        | 青梨子荘                                           | 前橋市青梨子町1670                                   |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | あり | なし | 併設・隣接        | まえばし上泉の里<br>グランポルト前橋                           | 前橋市上泉町1870-1<br>前橋市昭和町3丁目11-18                |
| 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        |                                                |                                               |
| ＜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        | グループホームあおなし<br>グループホーム城東                       | 前橋市青梨子町1670<br>前橋市城東町3-10-10                  |
| ＜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          | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                       | 併設・隣接 | 青梨子荘                                           | 前橋市青梨子町1670                                   |
| 介護療養型医療施設         | あり                                  | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 |                                                |                                               |
| 介護医療院             | あり                                  | <input type="checkbox"/> | 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           | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                       | 併設・隣接 | グランポルト前橋                                       | 前橋市昭和町3丁目11-18                                |
| 通所型サービス           | <input checked="" type="checkbox"/> | なし                       | 併設・隣接 | あおなしデイサービスセンター<br>グランポルト前橋<br>デイサービスセンターつるかめの里 | 前橋市青梨子町1670<br>前橋市昭和町3丁目11-18<br>前橋市亀里町333番地4 |
| その他の生活支援サービス      | あり                                  | <input type="checkbox"/> | 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                                                            |  |
|----------------------------------|---------------------------------------|----|--------------------------------|----|------|------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス<br>(利用者一部負担※1) |    | 個別の利用料で、実施するサービス<br>(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 |      |      |                                  | 必要に応じ                                                         |  |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                                  | 排泄都度、必要に応じ。おむつ交換：1日5回及び必要に応じ                                  |  |
| おむつ代                             |                                       |    | なし                             | あり |      | ○    | 右記の通り                            | テープ式 210 円/枚、パッド（小） 90 円/枚、パッド（大） 140 円/枚、パンツ型 240 円/枚（全て非課税） |  |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                                  | 週 2 回                                                         |  |
| 特浴介助                             | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                                  | 状態に応じ                                                         |  |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                                  | 状態に応じ                                                         |  |
| 機能訓練                             | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                                  | 週 1～2 回、身辺状況に応じ                                               |  |
| 通院介助（協力医療機関）                     | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                                  |                                                               |  |
| 通院介助（協力医療機関以外）                   | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 4,840 円/3 時間未満、以降 30 分増す毎に 957 円 | 協力医療機関及び緊急時、並びに主治医の意見に基づきホームが必要と認めた場合無料                       |  |
| 口腔衛生管理                           | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                                  | 必要に応じ                                                         |  |
| 生活サービス                           |                                       |    |                                |    |      |      |                                  |                                                               |  |
| 居室清掃                             | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 242 円/5 分                        | 特定施設サービスをご利用でない方は希望時に自費介助費と同様（税込）                             |  |
| リネン交換                            | なし                                    | あり | なし                             | あり | ○    |      |                                  | 週 1 回交換                                                       |  |
| 日常の洗濯                            | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 右記の通り                            | 毎日 自立者は小物（下着等） 100 円/枚、大物（上着等） 234 円/枚（全て非課税）                 |  |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                    | あり | なし                             | あり | ○    |      |                                  | 傷病時、希望に応じて                                                    |  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                       |    | なし                             | あり |      | ○    | 実費                               |                                                               |  |
| 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 |      | ○    | 実費                               |                                                               |  |
| 買い物代行（前橋市・伊勢崎市内）                 | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 通院介助同様、用品代は実費                    |                                                               |  |
| 買い物代行（前橋市・伊勢崎市外）                 | なし                                    | あり | なし                             | あり |      |      |                                  |                                                               |  |
| 役所手続き代行                          | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 通院介助同様、手数料は実費                    |                                                               |  |
| 金銭・貯金管理                          |                                       |    | なし                             | あり |      |      |                                  |                                                               |  |
| 自費介助費                            | なし                                    | あり | なし                             | あり |      | ○    | 242 円/5 分                        | 通常のサービスの範囲を超え、希望されたサービスを実施                                    |  |
| 健康管理サービス                         |                                       |    |                                |    |      |      |                                  |                                                               |  |
| 定期健康診断                           |                                       |    | なし                             | あり |      | ○    | 実費                               | 年 2 回                                                         |  |
| 健康相談                             | なし                                    | あり | なし                             | あり | ○    |      |                                  | 随時実施                                                          |  |

|                   |                             |                             |                             |                             |                         |                         |          |       |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|----------|-------|
| 生活指導・栄養指導         | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="radio"/> ○ |                         |          | 随時実施  |
| 服薬支援              | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |                         |                         |          | 必要に応じ |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）  | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |                         |                         |          | 毎日    |
| 入退院時・入院中のサービス     |                             |                             |                             |                             |                         |                         |          |       |
| 入退院時の同行（協力医療機関）   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="radio"/> ○ |                         |          |       |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外） | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |                         | <input type="radio"/> ○ | 通院介助と同様  |       |
| 入院中の洗濯物交換・買い物     | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |                         | <input type="radio"/> ○ | 日常の洗濯と同様 | 必要に応じ |
| 入院中の見舞い訪問         | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="radio"/> ○ |                         |          | 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～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、月額の利用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。