

重要事項説明書

記入年月日	令和7年3月29日
記入者名	森重勝文
所属・職名	法人本部・部長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんこうけいかい 医療法人光恵会	
主たる事務所の所在地	〒747-0042 山口県防府市今市町 21 番 15 号	
連絡先	電話番号	0835-22-1361
	FAX番号	0835-22-1778
	メールアドレス	staff@mitsuyama-c.com
	ホームページアドレス	http://mitsuyama-c.com
代表者	氏名	光山 哲生
	職名	理事長
設立年月日	平成15年9月1日	
主な実施事業	※別添1 (別々に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむ「ひかりのさとやまぐち」 有料老人ホーム「光の郷山口」	
所在地	〒753-0825 山口県山口市矢原町 7 番 18 号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 山口線矢原駅
	交通手段と所要時間	JR 山口線矢原駅下車、徒歩 10 分
連絡先	電話番号	083-933-6220
	FAX番号	083-933-6221
	メールアドレス	staff@mitsuyama-c.com
	ホームページアドレス	http://mitsuyama-c.com
管理者	氏名	光山 哲生
	職名	理事長
建物の竣工日		平成26年6月10日
有料老人ホーム事業の開始日		平成26年9月9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）		
<input checked="" type="checkbox"/>	住宅型		
4	健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号		
	指定した自治体名	県（市）	
	事業所の指定日	年	月 日
	指定の更新日（直近）	年	月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,497 m ²			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地			
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）			
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(平成26年7月1日～令和16年6月30日)	
		2 なし			
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
建物	延床面積	全体	3,257.91 m ² (4階建)		
		うち、老人ホーム部分	490,80 m ² (2階の一部を除く)		
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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			
		<input checked="" type="checkbox"/> 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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(平成26年7月1日～令和16年6月30日)		
			2 なし		
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室（縁故者居室を含む）			
		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
	タイプ1	有/無	有/無	16.00 m ²	4室
				区分*	
				一般居室個室	

	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.30 m ²	5室	一般居室個室	
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	22.15 m ²	1室	一般居室個室	
	タイプ4	有/無	有/無	m ²			
	タイプ5	有/無	有/無	m ²			
	タイプ6	有/無	有/無	m ²			
	タイプ7	有/無	有/無	m ²			
	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。							
共用施設	共用便所における 便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所		
			大浴場		ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所		
			リフト浴		ヶ所		
			ストレッチャー浴		ヶ所		
			その他（特殊浴槽）		1ヶ所		
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
入居者や家族が利用 できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし			
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	
	<input type="checkbox"/> 4	なし					
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
緊急通報装 置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	便所		浴室		その他（ ）
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	
	<input type="checkbox"/> 2 一部あり		<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	
	<input type="checkbox"/> 3 なし		<input type="checkbox"/> 3	なし	<input type="checkbox"/> 3	なし	
その他	洗濯室						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	身体的ハンディキャップを持つ老人が明るく活力をもって生活が出来るように支援するとともに安定した生活環境を提供します。
サービスの提供内容に関する特色	自室での生活が可能で外部からの介護保険による居宅サービスを受けることが出来ます。
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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり 2 なし
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり 2 なし
(Ⅳ)		1 あり 2 なし	
(Ⅴ)		1 あり 2 なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし	
	(Ⅱ)	1 あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他（健康相談、健康診断、連絡紹介、受診手続）	
協力医療機関	1	名称	光山医院山口
		住所	山口市矢原町7-18
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	入居者の健康診断及び健康相談や医療を要する場合に往診、入院により適宜対応を行います。
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	なし
		住所	
		協力内容	

(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	入居時、自立・要支援・要介護すべて入居が可能です。 当施設は、原則透析治療を必要とされている施設です。				
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者又は事業者から契約解除が行われた場合				
事業主体から解約を求める 場合	解約条項	他の入居者の生活や健康の維持に重大な影響を及ぼす行為を反復継続する等、入居契約第 29 条に該当する場合。			
	解約予告期間	3 ヶ月			
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月				
体験入居の内容	1 あり (内容: 最長 4 泊まで利用可能です。 居室利用料 5,000 円、食費 3 食 1,500 円) 2 なし				
入居定員	10 人 (個室に 2 名で入居される場合は、各入居者と賃貸借契約締結)				
その他	当施設は病弱者のための施設のため、病弱者を優先して入居させます。				

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員				
直接処遇職員	18	18		18
介護職員	18	18		18
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		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				
※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	17	17	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (21時～7時)			
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	0人	0人	0人
介護職員	1人	1人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
			資格等の名称	医師						
			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			2							
前年度1年間の退職者数			1							
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満		2							
	1年以上									
	3年未満		2							
	3年以上									
	5年未満		0							
	5年以上			8						
	10年未満									
10年以上			6							
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	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改正することとします。
	手続き	入居者及び身元引受人等へ事前に通知した上で手続きを行います。

(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4	要介護5	
	年齢	91歳	81歳	
居室の状況	床面積	16.00 m ²	19.30 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	円	円	
	敷金	120,000 円	120,000 円	
月額費用の合計		140,000 円	140,000 円	
家賃		40,000 円	40,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	45,000 円	45,000 円
		管理費	45,000 円	45,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	10,000 円	10,000 円
	その他	円	円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近傍同種の住宅家賃相当額
敷金	家賃の3ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	生活支援サービス実施に必要な人件費及び事業運営に必要な費用
食費	1日1,500円（朝食400円、昼食550円、夕食550円）
光熱水費	入居者の按分相当額
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	なし

(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	
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）	
※ 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	2人
	女性	4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	2人
	85歳以上	2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	0人
	要介護2	1人
	要介護3	0人
	要介護4	4人
要介護5	1人	
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	2人
	1年以上 5年未満	3人
	5年以上 10年未満	0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	79.3 歳
入居者数の合計	6 人
入居率*	60%
※ 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	0 人
	医療機関	0 人
	死亡	5 人
	その他	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	1 人
		(解約事由の例) 本人希望の為

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	利用者相談窓口 (事務室)	
電話番号	083-933-6220	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日	なし	

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※設置者や施設以外の窓口を記入すること。

窓口の名称	山口県国民健康保険団体連合会	山口県長寿社会課施設班	
電話番号	083-995-1010	083-933-2793	
対応している時間	平日	9:00~17:00	8:30~17:15
	土曜	—	—
	日曜・祝日	—	—
定休日	土日祝日、年末年始	土日祝日、年末年始	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険(株) 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故が発生し、入居者の生命・身体・財産等に賠償すべき損害が発生した場合は、賠償保険等の手配を行い誠実に対応します。但し、天災等の不可抗力によるものは除きます。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	令和6年11月17日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. 身元引受人兼連帯保証人の極度額

身元引受人兼連帯保証人の極度額は 金壹百万円 とする。

11. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: _____)	
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「7 規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「8 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)	
	<input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)	
	<input type="checkbox"/> 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添 1 (別の実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____ 様

説明年月日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

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	光山医院山口ヘルパーステーション	山口市矢原町7-18
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	光山医院山口	山口市矢原町7-18
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	光山医院山口	山口市矢原町7-18
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	光山医院山口デイケアセンター	山口市矢原町7-18
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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		
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		
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	光山医院居宅介護支援事業所	防府市今市町21-15
＜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	光山医院山口	山口市矢原町7-18
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	光山医院山口	山口市矢原町7-18
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	光山医院山口デイケアセンター	山口市矢原町7-18
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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		
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		

<介護予防・日常生活支援総合事業>

訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	光山医院山口ヘルパーステーション	山口市矢原町7-18
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	光山医院山口デイケアセンター	山口市矢原町7-18
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無	個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）				包含※2	都度※2	料金※3	備考
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）	なし	あり	なし				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	800円	1回あたり
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	400円	1回あたり
おむつ代			なし	あり		○	80円	1枚あたり
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	800円	1回あたり
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		○	300円	1回あたり
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	200円	協力医療機関以外 10分あたり
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	800円	1回（30分）あたり
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		○	800円	1回あたり
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	300円	1回あたり
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		○	100円	1回あたり
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		○	200円	通常の利用区域 1回 30分程度
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	300円	1回あたり
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	○			年2回
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								
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○			協力医療機関
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。