

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	大泉 太一
所属・職名	在宅部 理学療法士

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

1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	社会医療法人
名称	(ふりがな) しゃかいいりょうほうじん じんせいかい 社会医療法人 仁生会	
主たる事務所の所在地	〒780-0928	
連絡先	電話番号	088-820-4100
	FAX番号	088-820-5611
	ホームページアドレス	http://www.jinseikai.kochi.jp
代表者	氏名	細木 秀美
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成・令和 33年 12月 19日	
主な実施事業	※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃmuけじゅうたく いちごいちえ サービス付き高齢者向け住宅イチゴいちえ	
所在地	〒781-5106 高知市介良乙3042-1	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間 例：①バス利用の場合 ・○○バスで乗車○分, △△停留所で下車, 徒歩○分	①とさでん交通本江田橋通りバス停下車徒歩5分 ②自動車利用の場合、はりまや橋から約15分

	②自動車利用の場合 ・乗車○分	
連絡先	電話番号	088-860-1586
	FAX番号	088-860-1586
	ホームページアドレス	http://www.jinseikai.kochi.jp
管理者	氏名	大泉 太一
	職名	理学療法士
建物の竣工日		昭和・平成・令和 20年 3月 17日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 20年 4月 1日

(類型) 【表示事項】

介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）

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）

住宅型

健常型

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	市
	事業所の指定日	平成・令和 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成・令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	958 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (平成19年4月1日～令和19年3月31日) 2 なし
		契約の自動更新	1 あり 2 なし
建物	延床面積	全体	1,450.59 m ²
		うち、老人ホーム部分	1,450.59 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他（ ）	
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他（ ）	

所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物 2 事業者が賃借する建物（普通賃借・定期賃借）					
	抵当権の設定		1 あり 2 なし			
	契約期間		1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし			
	契約の自動更新		1 あり 2 なし			
	居室の状況					
【表示事項】 居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 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	区分*
	タイプ1	有／無	有／無	20 m ²	37	一般居室個室
	タイプ2	有／無	有／無	29.25 m ²	2	一般居室個室
	タイプ3	有／無	有／無	m ²		
	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。						
共有施設	共有便所における便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0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		0ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェア一浴		0ヶ所	
			リフト浴		0ヶ所	
			ストレッチャー浴		0ヶ所	
			その他()		0ヶ所	
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2なし				
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2なし					

	エレベーター	<input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記 1・2 に該当しない) 4 なし		
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> あり 2 なし		
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり 2 なし		
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> あり 2 なし		
	スプリンクラー	1 あり <input type="checkbox"/> なし		
	防火管理者	<input type="checkbox"/> あり 2 なし		
	防災計画	<input type="checkbox"/> あり 2 なし		
緊急通報装置等	居室 <input type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	便所 <input type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	居室 <input type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	便所 <input type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし
その他				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	バリアフリー構造や手摺の設置等高齢者の身体機能に対応した設計・設備を施し、通報システムサービスで緊急時も安全・安心な生活体制に努めています。また、24時間スタッフが常駐して見守りを実施しています。
サービスの提供内容に関する特色	栄養士がチェックしたバランスの良いお食事を提供（朝・昼・夕）しています。 所得に応じて家賃の補助が受けられます。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input type="checkbox"/> なし
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家の供与	1 自ら実施 2 委託 <input type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 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 2 なし
	(介護・看護職員の配置率) : 1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 () 救急車の手配
協力医療機関	1
名称	細木病院
住所	高知市大膳町37
診療科目	内科、外科、整形外科、脳神経外科、循環器内科他
協力科目	同上
協力内容	外来診察、入院受入、在宅サービス

2	名称	三愛病院
	住所	高知市一宮西町1丁目7-25
	診療科目	内科、整形外科、精神科、皮膚科他
	協力科目	同上
	協力内容	外来診察、入院受入、在宅サービス
協力歯科医療機関	名称	
	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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	食事排泄は自立して出来る方	
契約の解除の内容	賃料等費用負担が履行されない 使用目的や修繕等の義務違反 入居者の資格に該当しないことが判明した場合	

事業主体から解約を求める場合	解約条項	家賃補助用：貸借契約書 12 条 一般契約用：貸借契約書 11 条
	解約予告期間	常識の範囲で個別面談等実施 1 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容：1泊6,000円、2泊目5,000円) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	41人	
その他	1泊2日、2泊3日等ショートでの入居を実施している。	

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
		常勤	非常勤	
管理者	1人(機能訓練指導員兼務)	1人		1
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	5人	2	3人	4. 1
看護職員	3人	1	2人	2. 85
機能訓練指導員	1人 (管理者兼務)			
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

合計 5人

		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	3人	2人	1人
実務者研修の修了者	人		人
初任者研修の修了者	2人		2人
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 4人	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	3人	1人	2人
理学療法士	1人	1人	
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～ 9時)	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	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				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	業務に係る資格等		<input type="checkbox"/> あり								
			資格等の名称		理学療法士						
			2 なし								
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		1		1							
前年度1年間の退職者数			2								
応じた職員の人数に従事した経験年数	1年未満				1						
	1年以上3年未満							1			
	3年以上5年未満	1	1	1							
	5年以上10年未満				2						
	10年以上		1		2						
従業者の健康診断の実施状況				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】		<input type="checkbox"/> 利用権方式 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借方式											
利用料金の支払い方式 【表示事項】		<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 月払い方式											
		<input type="checkbox"/> 選択方式 <small>※該当する方式を全て選択</small>				<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 月払い方式							
年齢に応じた金額設定		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
要介護状態に応じた金額設定		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い		<input type="checkbox"/> 減額なし <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	租税その他負担の増減、経済情勢の変動											
	手続き	個別対応及び入居者・家族を対象とした説明会で同意を得る。											

(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	要介護認定無し
	年齢	84歳	91歳
居室の状況	床面積	20m ²	29.25m 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	なし	なし
	敷金	47,000円	51,000円
月額費用の合計		146,100円	150,100円
家賃		47,000円	51,000円
サービス費用 介護保険外※ ※ 2	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	円	円
	食費	59,100円	59,100円
	管理費	20,000円	20,000円
	介護費用	円	円
	光熱水費	20,000円	20,000円
	その他	円	円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近隣賃貸アパートの家賃を参考に算出
敷金	家賃の1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	見回り、フロントサービス、生活相談、健康管理等
食費	朝食（500円）、昼食720円）、夕食（750円）
光熱水費	共益費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(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（上乗せサービス）	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3ヶ月以内の契約終了 入居後3ヶ月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称 2 信託契約を行う信託会社等の名称 3 保証保険を行う保険会社の名称 4 全国有料老人ホーム協会 5 その他（名称：）

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	17人
	女性	20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	16人
	85歳以上	19人
要介護度別	自立	4人
	要支援1	6人

要支援 2	5 人
要介護 1	14 人
要介護 2	7 人
要介護 3	1 人
要介護 4	0 人
要介護 5	0 人
入居期間別	
6ヶ月未満	5 人
6ヶ月以上1年未満	10 人
1年以上5年未満	12 人
5年以上10年未満	7 人
10年以上15年未満	2 人
15年以上	1 人

(入居者の属性)

平均年齢	86.4歳
入居者数の合計	37人
入居率*	94.8%

* 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	3 人
	医療機関	6 人
	死亡者	0 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	3 人 (解約事由の例) 自宅療養が必要になった。金銭面で居住が困難となった。介護が必要になり、別施設へ。

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	イチゴいちえ相談窓口
-------	------------

電話番号		088-860-1586
対応している時間	平日	午前9時～午後5時
	土曜	無し
	日曜・祝日	無し
定休日		

窓口の名称		高知市役所住宅政策課
電話番号		088-823-9463
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時15分
	土曜	無し
	日曜・祝日	無し
定休日		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 type="checkbox"/> あり	(その内容) 施設所有管理者賠償責任保険 1億円 昇降機賠償責任保険 5千万円 食中毒に対する保険 5千万円
	<input type="checkbox"/> なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> なし	(介護サービスの提供は実施していない)
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	R5.12.15
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		

9. 入居希望者への事前情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

事業収支計画書	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. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 1回			
	2 なし			
	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td>2 代替措置なし</td> <td></td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)	2 代替措置なし
1 代替措置あり	(内容)			
2 代替措置なし				
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名 :) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
有料老人ホーム設置時の老人 福祉法第 29 条第 1 項に規定 する届出	1 あり 2 なし <input checked="" 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關する法律第 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 2014年9月22日 高知市第26-1号			
有料老人ホーム設置運営指導 指針「5.規模及び構造設備」に 合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
合致しない事項がある場合 の内容				
「6.既存建築物等の活用の 場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない			
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項				
不適合事項がある場合の 内容				

添付書類：別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※_____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

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	ホームヘルパーステーション城西 高知市大膳町 1 番 25 号高知銀行梅田橋ビル
訪問入浴介護	あり なし	併設・隣接	
訪問看護	あり なし	併設・隣接	訪問看護ステーションほそぎ 高知市西町 100 番地
訪問リハビリテーション	あり なし	併設・隣接	細木病院 高知市一宮西町 1 丁目 7-25 三愛病院
居宅療養管理指導	あり なし	併設・隣接	ほそぎ診療所 高知市大膳町 1-25
通所介護	あり なし	併設・隣接	デイサービスいろは 高知市一宮西町 1 丁目 5-17
通所リハビリテーション	あり なし	併設・隣接	老人デイケア ゆうゆう あうん高知 高知市一宮西町 1 丁目 7-25
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	あうん高知 高知市一宮西町 1 丁目 7-25
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	デイサービス さくらんぼ 高知市上町 3 丁目 4-24
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	グループホーム西町 グループホームハッピーワ 々 グループホーム赤とんぼ グループホームさくらんぼ グループホームいいろは丸 高知市西町 115 番地 高知市万々 484-1 高知市万々 397 番地 高知市上町 3 丁目 4-24 高知市一宮西町 1 丁目 5-17
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	ケアサポート センターほそ 高知市大膳町 1 番 25 号高知銀行梅田橋ビル

ぎ 居宅介護支援 事業所一宮	ル 高知市一宮西町 1 丁 目 7-25
----------------------	----------------------------

<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	訪問看護ステーションほそぎ	高知市西町 100 番地
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	細木病院訪問リハビリテーション 三愛病院	高知市大膳町 37 高知市一宮西町 1 丁目 7-25
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	ほそぎ診療所	高知市大膳町 1-25
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	老人デイケア ゆうゆう あうん高知	高知市大膳町 37 高知市一宮西町 1 丁目 7-25
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	デイサービス さくらんぼ	高知市上町 3 丁目 4-24
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	グループホーム西町 グループホームハッピーワン グループホーム赤とんぼ グループホームさくらんぼ グループホームいろは丸	高知市西町 115 番地 高知市万々 484-1 高知市万々 397 番地 高知市上町 3 丁目 4-24 高知市一宮西町 1 丁目 5-17
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	高知市上町・ 高知街・小高坂地域包括セ ンター	高知市大膳町 1-25

<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	あうん高知	高知市一宮西町 1 丁目 7-25
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	介護医療院さ んあい	高知市一宮西町 1 丁目 7-25

<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"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	併設・隣接	ホームヘルパーステーション城西	高知市大膳町 1 番 25 号高知銀行梅田橋ビル
その他の生活支援サービス	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		