

介護付有料老人ホーム みどり 重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	船田 貢一
所属・職名	みどり施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 (法人)	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	株式会社 メディカルグリーン	
主たる事務所の所在地	〒328-0053 栃木県栃木市片柳町一丁目6番35号	
連絡先	電話番号	0282-25-2429
	FAX 番号	0282-25-2428
	ホームページアドレス	http://medical-green.com
代表者	氏名	大澤 光司
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和61年12月23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	介護付有料老人ホーム みどり	
所在地	〒328-0012 栃木県栃木市平柳町三丁目23番3号	
主な利用交通手段	最寄駅	東武線 栃木駅、新栃木駅
	交通手段と所要時間	①徒歩の場合 新栃木駅下車 15分 ②タクシー利用の場合 栃木駅下車 5分
連絡先	電話番号	0282-28-2080
	FAX 番号	0282-28-2081

	ホームページアドレス	http://hmidori.wixsite.com/midori
管理者	氏名	船 田 貢 一
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 27 年 4 月 30 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 27 年 6 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	0970301776
	指定した自治体名	栃木県
	事業所の指定日	平成27年6月1日
	指定の更新日（直近）	

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,659.05㎡	
	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27年6月1日～令和26年5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	2,101.15㎡
		うち、老人ホーム部分	2,101.15㎡
	耐火構造	① 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
3 その他 ()			
4 その他 ()			
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	② 鉄骨造		
	3 木造		
	4 その他 ()		

	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		② 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり ② なし			
		契約期間	① あり (平成27年6月1日～令和26年5月31日) 2 なし			
		契約の自動更新	① あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	① 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	13.80 m ²	27 室	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	14.20 m ²	23 室	介護居室個室
	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	16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	16ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他()			ヶ所			
食堂	① あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり ② なし					

	エレベーター	1 あり（車椅子対応） ② あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし
消防用設備等	消火器	① あり 2 なし
	自動火災報知設備	① あり 2 なし
	火災通報設備	① あり 2 なし
	スプリンクラー	① あり 2 なし
	防火管理者	① あり 2 なし
	防災計画	① あり 2 なし
その他		

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<p>①介護保険法、栃木県有料老人ホーム設置運営指導指針、その他の関係法令を遵守し、適正な運営管理を行います。</p> <p>②支援を必要とする高齢者が安心して生活できる「住まい」と「介護サービス」及び「生活サービス」を一体的に提供します。</p> <p>③入居者及びその家族とコミュニケーションを図り、入居者の立場に立ったサービスを提供します。</p> <p>④入居者の活動的な日常生活の回復こそ最良のリハビリであり、個別機能訓練を取り入れた生活ケアに取り組めます。</p> <p>⑤家族との連携を密にし、医療や在宅支援サービス等の協力のもとに、在宅復帰に向けた総合的支援を継続的に行っていきます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>①「生活ケア」～ふつうの生活へ～を理念に、日中時間帯は体操・レクリエーション活動、談話活動、外出活動等を積極的に行い、居室での閉じこもりをなくし、入居者の「生活づくり」を支援します。</p> <p>②在宅医療として医療支援を必要とされる方も原則として入居できます。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし 50人
食事の提供	1 自ら実施 ② 委託 3 なし 50人
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし 50人
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし 50人
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 50人
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし 50人

(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け入れ加算	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	
	身体拘束廃止取組の有無	① あり(基準型) 2 なし(減算型)	
	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	
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) 2.0 : 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(入院中の定期訪問・洗濯支援・買物など)	
協力医療機関	1	名称	恵川いたみと漢方のクリニック
		住所	栃木市神田町 21 番 15 号
		診療科目	内科
		協力内容	① 定期の往診、健康相談、診療 ② 随時、必要な場合の往診 ③ 定期健康診断
	2	名称	とちぎメディカルセンターしもつが
		住所	栃木市大平町川連 420-1
		診療科目	内科、老年内科、外科、整形外科、皮膚科 他

	協力内容	①夜間及び休日を含む緊急時の診療 ②入院治療
協力歯科医療機関	名称	須賀歯科医院
	住所	栃木市倭町11番13号
	協力内容	通院及び必要に応じての往診による歯科治療 口腔衛生管理に関する相談助言

(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	医師の判断等にもとづき、より良い介護のため、入居者・家族と話し合いうえ、部屋の移動の可能性はあります。 《手続き》①医師の意見を聴きます。 ②入居者の意思を確認します。 ③入居者の身元引受人の意思を聴きます。 *なお、利用料金等において契約に重大な変更が生じることはありません。	
手続きの内容	「介護場所の変更等に係わる意思の確認書」にて説明し、「介護場所の変更等に関わる同意書」にて同意を得ます。	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い	入居契約時の利用権を承継するため、居室変更に伴い住み替え後の居室に移行します。	
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
	洗面台の変更	1 あり ② なし
	台所の変更	1 あり ② なし
	その他の変更	1 あり
	② なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	① あり 2 なし
	要支援の者	① あり 2 なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	①入居契約書に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居したとき。 ②月額利用料が3か月以上滞納したとき。 ③建物、附属設備又は他人の生活や健康に重大な影響を及ぼすとき。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第27条1項
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	① あり (内容: 最長3日間、1泊3食付5,000円) 2 なし	
入居定員	50人	
虐待防止の取り組み	①虐待防止に関する責任者を施設長とします(窓口: 相談員) ②虐待防止委員会は定期的(月1回)に行っており、不適切ケアについて研修も行っています。 ③入居者及び家族等に苦情解決体制を整備提供しています。 ④全体会や業務ミーティングで虐待防止のための啓発・周知を行いつつ、職員から虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。	
身体拘束廃止	①身体拘束は原則禁止としており、入居者又は他の入居者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ず身体拘束を行う場合(切迫性・非代替性・一時性の三原則に照らし)を除き、身体拘束は行いません。 ②やむを得ず身体拘束を行う場合には、入居者本人及び家族に説明した上で同意を得、その身体状況に応じて、その方法、期間(最長で1ヶ月)拘束の時間など詳細の状況を伝え、その態様や心身の状況等を明確に記録に残します。 ③一刻も早く身体拘束を解除するための検討を2週に1回以上は行うと共に、身体拘束廃止委員会を定期的(最低月1回)に行い、予防に努めます。	

5. 職員体制

(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		0.7

生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	31	25	6	25.4
介護職員	26	22	4	21.4
看護職員	5	3	2	4.0
機能訓練指導員	1	1		0.2
計画作成担当者	1	1		0.7
管理栄養士	1	1		1
調理員	(給食業者に委託)			
事務員	1	1		0.9
その他職員	6		6	3.4
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
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	1	1	
介護福祉士	10	8	1
実務者研修の修了者	4	4	
初任者研修の修了者	7	6	1
介護支援専門員	3	3	

(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	1
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（20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
介護職員	3人	2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)	2.0 : 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	主任介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士							
		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	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		1	1	1	0						
前年度1年間の退職者数		1	1	0	1						
応じた業務に従った職	1年未満	1	2	1	0					1	
	1年以上			4	1						
	3年未満										

員の人数 事した経験年数に	3年以上 5年未満			5	2						
	5年以上 10年未満	2		1 1	1	1		1			
	10年以上										
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30日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	自治体通達の介護保険改訂や消費税変更、施設の属する地域の 人件費水準等を勘案して改訂の必要性、改訂額等を検討します。 運営懇談会の意見を聴いたうえで改訂します。
	手続き	

(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3	要支援2
	年齢	85歳	75歳
居室の状況	床面積	13.80㎡	14.20㎡
	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（退去時居室ハウスクリーニング代）	30,000 円	30,000 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		186,984 円	174,637 円	
家賃		69,000 円	69,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	22,984 円 ^{※2}	10,637 円 ^{※2}	
	介護保険外 [※]	食費	51,000 円	51,000 円
		管理費	20,000 円	20,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	24,000 円	24,000 円
		その他	0 円	0 円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 ※2 収入により2割負担・3割負担あり（別紙参照）</p> <p>※3 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	土地建物賃借料に維持修繕積立金を加えて一室当りの家賃を算出
敷金	なし
介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務・衛生職員の人件費、事務経費、共用施設の衛生費・消耗品代、設備点検費、防犯管理システム費など。
食費	給食委託業者への委託料(管理費)に、一日当りの平均食材費と水光熱費を加えて、一日1,700円と算定
光熱水費	同種同規模の施設の実績値及び設計試算から、一日800円と算定。共用部分の光熱水費の負担金も含む。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	退去時の居室ハウスクリーニング代（一定額入居時等に徴収）税込
その他のサービス利用料	居室内使用電化製品使用代（電気代）1種類あたり一日50円

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護 [※] に対する自己負担	介護報酬の告示上の額の利用者負担分
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。

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	10人
	女性	40人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	10人
	85歳以上	40人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	6人
	要介護2	9人
	要介護3	10人
	要介護4	16人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	41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	88.7歳
入居者数の合計	50人
入居率※	100%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	2人
	死亡者	9人

	その他	2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	4人
	(解約事由の例) 状態の悪化により療養病棟へ移行。また家族希望によりグループホームや老健入所など	

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		生活相談員
電話番号		0282-28-2080
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時30分
	土曜	午前8時30分～午後5時30分
	日曜・祝日	常時連絡可能な体制で対応
定休日		なし

★ 当事業所以外の苦情相談窓口

- ① 栃木市役所 地域包括ケア推進課 電話：0282-21-2251
 ② 栃木県国民健康保険団体連合会 電話：028-622-7242
 ③ 栃木県運営適正化委員会 電話：028-622-2941

(事故対応窓口等の状況)

窓口の名称	事故防止委員会 (施設長・相談員・各主任等)
電話番号	0282-28-2080
対応している時間	事故発生時もしくは必要時随時対応 (定休日なしで対応)

★ 事故発生時の報告窓口

- ① 栃木市役所 地域包括ケア推進課 (その他各保険者) 電話：0282-21-2251
 ② 栃木県保健福祉部高齢対策課 電話：028-623-3149、3057

(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) 損害保険会社の賠償責任保険に加入
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① あり	(その内容) 事故対策委員会により、原因の究明、再発防止策を講じ、県・保険者に報告。
	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	意見箱は開業時に設置・年2回アンケート実施	
		結果の開示	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
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	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	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 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 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 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2回
	2 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： ） 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 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指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり ② なし
合致しない事項がある場合の内容	
「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	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別を実施する介護サービス一覧表） 別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 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			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	みどり	栃木市平柳町 3-42-13
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<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		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	あり	なし	わかば館	栃木市平柳町 3-42-5
居宅介護支援	あり	なし	みどり	栃木市平柳町 3-42-13
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護（第1号通所事業）	あり	なし	みどり わかば館	栃木市平柳町 3-42-13 栃木市平柳町 3-42-5
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<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		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添 2

有料老人ホームが提供する介護サービス等の一覧表

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					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）		月額の利用料で、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	
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				必要に応じて実施
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				随時実施、随時交換
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1回 500円	週2回を超えて希望する場合
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	1回 500円	週2回を超えて希望する場合
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1時間 1,000円	協力医療機関以外交通費あり
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			週3回及び汚染時随時実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			週1回及び汚染時随時実施
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○	1回 500円	週3回を超えて希望する場合
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				実施なし。医師の指示による治療食提供
食事以外のとろみ剤使用			なし	あり		○	月 2400円	必要に応じて実施（1ヶ月未満半額）
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	なし	あり	なし	あり	○	○	1回 1000円	週1回（指定日）を超える場合交通費あり
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	○	1回 1000円	月2回（指定日）を超える場合
金銭・貯金管理			なし	あり	○			やむを得ない限りにおいて実施
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	なし	あり	なし	あり				随時実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり				随時実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				連日記載
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				指定移送事業所でないため実施なし
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○	○	1時間 1,000円	協力医療機関以外交通費あり
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時間 1,000円	週1回を超える場合交通費あり

※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、月額の利用料で、実施するサービス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。