

# 重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	
所属・職名	

## 1. 事業主体概要

種 類	個人 / <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">法人</span>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名 称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ だいかん 株 式 会 社 D A I K A N	
主たる事務所の所在地	〒321-0614 栃木県那須烏山市小木須 1969	
連 絡 先	電話番号	0287-84-3254
	FAX 番号	0287-84-3254
	ホームページアドレス	<a href="http://www.fureai-garden.com/">http://www.fureai-garden.com/</a>
代 表 者	氏 名	大貫 雅彦
	職 名	代表取締役
設立年月日	平成 23 年 8 月 26 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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ めいわふれあいがーでん 介 護 付 有 料 老 人 ホ ー ム 明 和 ふ れ あ い ガ ー デ ン	
所 在 地	〒321-0614 栃木県那須烏山市小木須 2659-2	
主な利用交通手段	最 寄 駅	J R 烏 山 線 烏 山 駅
	交通手段と所要時間	車で 15 分
連 絡 先	電話番号	0287-83-8735
	FAX 番号	0287-83-8736
	ホームページアドレス	<a href="http://www.fureai-garden.com/">http://www.fureai-garden.com/</a>
管 理 者	氏 名	大貫 愛子
	職 名	施 設 長
建物の竣工日		平成 25 年 5 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 25 年 6 月 1 日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に 該当する場合	介護保険事業者番号	0971500152 号
	指定した自治体名	栃木県
	事業所の指定日	平成 25 年 6 月 1 日
	指定の更新日（直近）	令和 1 年 6 月 1 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	45,850 m <sup>2</sup>	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり（年 月 日～年 月 日） 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建 物	延床面積	全 体	2,248.84 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	2,248.84 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他（ ）	
	構 造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造	
		<input type="checkbox"/> 2 鉄骨造	
3 木造			
4 その他（ ）			
所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物		
	2 事業者が賃借する建物		
	抵当権の設定	1 あり 2 なし	
	契約期間	1 あり （年 月 日～年 月 日） 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり 2 なし	

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少		人部屋		
	最大		人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	15.05 m <sup>2</sup>	2	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	15.30 m <sup>2</sup>	2	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	15.70 m <sup>2</sup>	2	介護居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	15.75 m <sup>2</sup>	24	介護居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	15.95 m <sup>2</sup>	2	介護居室個室
タイプ6	有/無	有/無	17.05 m <sup>2</sup>	4	介護居室個室	
タイプ7	有/無	有/無	17.10 m <sup>2</sup>	6	介護居室個室	
タイプ8	有/無	有/無	18.90 m <sup>2</sup>	4	介護居室個室	
タイプ9	有/無	有/無	20.30 m <sup>2</sup>	2	介護居室個室	

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

共用施設	共用便所における 便 房	13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	13ヶ所
	共用浴室	3ヶ所	個 室	2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)

<p>運営に関する方針</p>	<p>①「介護保険法」および「栃木県有料老人ホーム設置運営指導指針」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」および「生活サービス」（健康管理サービス、食事サービス、相談援助サービスを含む）を一体として提供します。</p> <p>③入居者さまやご家族と笑顔でコミュニケーションを図り、入居者さまの立場に立ったサービスを提供します。また、スタッフ間のあいさつと情報交換をしっかりと行い、明るい環境のもと、ミスのない介護サービスを提供します。</p> <p>④入居者さまの意欲的・活動的な日常生活の回復こそ最良のリハビリであると考え、《やさしく、わかりやすく、根気よく》をモットーに、入居者さまの《生活づくり》を支援します。</p> <p>⑤ご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な支援を継続的に行っていきます。</p> <p>⑥チームケアの実現と専門分野ごとの観察、個別の機能訓練を行います。また有料老人ホームでは難しいと言われていた「看取り看護」も実行します。</p>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>コミュニケーションと生活リハビリを理念とし、それに基づく実践を徹底します。日中時間帯はレクリエーション活動、趣味活動、談話活動等を徹底的に行い、居室での閉じこもりをなくし、「普通の生活づくり」へ向ける「生活ケア」を行います。姉妹施設と連携した地域の子どもたちとの継続的な交流など、ふれあいにあふれた生活を提供します。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし</p>
<p>食事の提供</p>	<p>1 自ら実施    <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし</p>
<p>洗濯、掃除等の家事の供与</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし</p>
<p>健康管理の供与</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし</p>
<p>安否確認又は状況把握サービス</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし</p>
<p>生活相談サービス</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし</p>

(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	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
	医療機関連携加算		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	(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	
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. 5 : 1			
		2	なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ( )				
協力医療機関	1	名称	那須南病院			
		住所	那須烏山市中央3丁目2番13号			
	診療科目	内科、外科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、放射線科、リハビリテーション科				
	協力内容	夜間および休日を含む緊急時の診療、入院治療。専門科での診療および治療。				
協力医療機関	2	名称	水沼医院			
		住所	那須烏山市金井1丁目14-8			
		診療科目	内科、外科、消化器科、整形外科、皮膚科			
協力歯科医療機関		名称	藤井歯科医院			
		住所	栃木県那須烏山市中央3-3-5			
		協力内容	入居者の通院による歯科治療 必要に応じ往診による歯科治療			

(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 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		以下の場合には、状況により相当の予告期間において当ホームより契約を解除することがあります。 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、附属設備または他人の生活や健康に重大な影響を及ぼす行為をしたとき
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがある場合、等
	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3日間 1泊3食付 5,000円) 2 なし
入居定員		48 人
その他		

## 5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること

(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	23	17	6	20.0
介護職員	19	16	3	17.6
看護職員	3	2	1	2.4
機能訓練指導員	1		1	0.2
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1		1	0.8
調理員	委託			
事務員	1	1		1
その他職員(衛生)	4		4	2.4
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※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	13	3
実務者研修の修了者	2	
初任者研修の修了者		
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	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 ( 21 時 ~ 6 時 )		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	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)	2.4 : 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								
		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			3						
前年度1年間の退職者数		1	1	1	2						
業務に従事した経験年数に応じた職員人数	1年未満										
	1年以上			2							
	3年未満										
	3年以上			1							
	5年未満										
	5年以上			6	1						
	10年未満										
	10年以上	2	1	7	2	1			1	1	
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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 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"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が 30 日を超える場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	消費者物価指数および人件費等を勘案する
	手続き	運営懇談会の意見を聞いたうえで改定する。 入居者および身元引受人等に事前に通知する。

## (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

(税込)

		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3	
	年齢	歳		
居室の状況	床面積	15.75 m <sup>2</sup>	15.75 m <sup>2</sup>	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		147,287 円	149,552 円	
家賃		39,000 円	39,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	20,567 円	20,567 円	
	介護保険外※2	食費	47,790 円	47,790 円
		管理費	21,780 円	21,780 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	18,150 円	18,150 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	建物の償却費、維持管理費、損害保険料、公租公課、空室損失引当金等を積算し、近傍類似施設の水準等を勘案して設定。
敷金	家賃のヶ月分
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	①事務・衛生職員等の人件費、②事務経費、清掃等の消耗品費、備品等の維持管理費および③年2回の定期健康診断費用を含む。
食費	一日1,593円(朝食243円、昼食621円、夕食621円、おやつ108円)。食材費を含む。
光熱水費	現在の使用実績より、年間を平均して設定。
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	(内容) 「介護サービス等の一覧表」に記載 (算定根拠) 主として人件費をもとに実費を積算して設定。

(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	基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分
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）	
※ 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		
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	18	人
	女性	30	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上 75歳未満	3	人
	75歳以上 85歳未満	14	人
	85歳以上	31	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援 1	2	人
	要支援 2	0	人
	要介護 1	11	人
	要介護 2	16	人
	要介護 3	8	人
	要介護 4	4	人
入居期間別	要介護 5	7	人
	6ヶ月未満	6	人
	6ヶ月以上 1年未満	8	人
	1年以上 5年未満	16	人
	5年以上 10年未満	18	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	86.6	歳
入居者数の合計	48	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。

(前年度における退居者の状況)

退居先別の 人数	自宅等		人
	社会福祉施設	5	人
	医療機関	3	人
	死亡者	4	人
	その他		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		8 人
		(解約事由の例) 他施設への移動、医療機関への入院 等	

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	栃木県国民健康保険団体連合会 介護保険課	那須烏山市健康福祉課
電話番号		0287-83-8735	028-622-7242	0287-88-7115
対応している 時間	平日	8:30~17:30	8:30~17:30	8:30~17:15
	土曜	8:30~17:30	—	—
	日曜・祝日	8:30~17:30	—	—
定休日		不定休	土日祝祭日	土日祝祭日

(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) 損保ジャパン日本興亜の総合賠償保険に加入
	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) 事故対応マニュアルに基づく
	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、利用者の意見を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年1回以上
	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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
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\_\_\_\_\_

※ 私は、本書面にもとづいて事業者から重要事項の説明を受けました。

入居者 (住所)

(氏名)

署名代行者 (住所)

(氏名)

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			
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			
居宅介護支援	あり	なし			
＜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	あり	なし			
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・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（利用者一部負担）		個別の利用料で実施するサービス（利用者が全額負担）			備考	
			包含	都度	料金		
<b>介護サービス</b>							
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	使用枚数に応じて実費
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	1回あたり	週2回を超えて希望する場合、1回524円
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	1回あたり	週2回を超えて希望する場合、1回524円
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			必要に応じて実施
機能訓練	なし	あり	なし	あり			日常的に生活リハビリを実施
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	時間・距離	協力医療機関以外、職員1名1時間1,056円＋交通費 ※1※2
<b>生活サービス</b>							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			週1～3回及び汚染時に随時実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり			週1回及び汚染時に随時実施
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	1回あたり	週3回を超えて希望する場合、1回524円
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			実施しない。医師の指示による治療食は提供
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	1回あたり1,500円
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	1回あたり	週1回の指定日。週1回を超える場合、1回1,056円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	1回あたり	月2回の指定日。月2回を超える場合、1回1,056円
外出支援（必ず事前にご相談下さい）			なし	あり	○	時間・距離	基本料金2,112円＋職員1名1時間2,112円＋交通費 ※1※3
金銭・貯金管理			なし	あり			やむを得ない場合に限り実施。
<b>健康管理サービス</b>							
定期健康診断			なし	あり			年2回実施
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			随時実施
<b>入退院時・入院中のサービス</b>							
移送サービス	なし	あり	なし	あり			指定移送事業者ではないため実施していない。
入退院時の付き添い	なし	あり	なし	あり	○	時間・距離	協力医療機関以外、職員1名1時間1,056円＋交通費 ※1※2
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○	1回あたり	週1回を超える場合、1時間1,056円＋交通費 ※1
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○	1回あたり	週1回を超える場合、1時間1,056円＋交通費 ※1

※1：交通費は、公共交通機関の場合は実費、施設車両の場合は1kmあたり53円

※2：往復50kmを超える場合、職員2名で対応

※3：～8：30、17：30～ は時間外割増 職員1名1時間あたり＋1,056円、5時間を超える場合は職員2名で対応