

重要事項説明書

記入年月日	平成30年5月1日
記入者名	細田 茂孝
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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃきょうりつめんでなんす 株式会社共立メンテナンス	
主たる事務所の所在地	〒101-8621 東京都千代田区外神田二丁目 18-8	
連絡先	電話番号	03-5295-7884
	FAX番号	03-5295-3073
	ホームページアドレス	https://www.kyoritsugroup.co.jp/
代表者	氏名	代表取締役
	職名	上田卓味
設立年月日	昭和・平成 54年 9月 27日	
主な実施事業	※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)	

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) どーみーとだこうえんれびい ドームー戸田公園 Levi	
所在地	〒335-0023 埼玉県戸田市本町 3-9-16	
主な利用交通手段	最寄駅	戸田公園駅
	交通手段と所要時間	J R 埼京線「戸田公園」から徒歩 9 分
連絡先	電話番号	048-434-7316
	FAX番号	048-434-7317

	ホームページアドレス	http://www.dormy-senior.com
管理者	氏名	細田茂孝
	職名	支配人
	建物の竣工日	昭和・平成 23年 5月 31日
	事業の開始日	昭和・平成 30年 5月 1日

(類型)【表示事項】

<input checked="" 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	1171901760
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 30年 5月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1, 153. 05 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	
		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 23年6月1日～平成 43年5月31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	1, 873. 69 m ²
		うち、老人ホーム部分	1, 873. 69 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 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	

		抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 23年6月1日～平成 43年5月31日) <input type="checkbox"/> 2 なし			
		契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.20 m ²	38	介護居室
タイプ2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	24.08 m ²	2	介護居室	
タイプ3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	24.92 m ²	2	介護居室	
※「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	3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		ヶ所	
	共用浴室	4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	<input type="checkbox"/> 1 あり 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 2 なし					
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input 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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
その他	洗濯室、多目的室、ラウンジ					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	地域に開かれた施設運営を行います。
サービスの提供内容に関する特色	入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(II)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(III)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		2 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 (協力医療機関に限定)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 (訪問診療医の確保)	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団仁真会 辻川ホームクリニック

		住所	埼玉県蕨市中央 5-9-16 プレミール JINIF
		診療科目	内科、老人内科、皮膚科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団コンパス コンパステンタルクリニック蕨
		住所	埼玉県蕨市塚越 5-6-35 イオンタウン蕨店内
		協力内容	訪問歯科

(入居後に居室を住み替える場合)

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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（他の介護居室へ移る場合）	
判断基準の内容	常時見守りが必要な場合、事業所が指定する居室へ住替えとなる場合があります	
手続きの内容	① 医師の意見を聞く ② 3ヶ月間の観察機関を置く ③ 本人及び身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	住替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり 2 なし (変更内容)

(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	60歳以上又は要支援・要介護の者	
契約の解除の内容	入居契約書第5章による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第29条による
	解約予告期間	3ヶ月間
入居者からの解約予告期間	1ヶ月以上	
体験入居の内容	1 あり (内容: 2泊3日 10,800円 食事代込み) 2 なし	
入居定員	42人	
その他		

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
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.5
生活相談員	3	1	2	2.1
直接処遇職員	23	8	13	16.3
介護職員	19	7	12	15.2
看護職員	4	1	3	2.2
機能訓練指導員	4	1	3	0.7
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	3	3	0	3.0
調理員	7	0	7	1.5
事務員	2	2	0	2.0
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				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。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	常勤	
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	5	1	4
実務者研修の修了者	3	1	2
初任者研修の修了者	6	2	4
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	
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	4	1	3
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	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 (16時～9時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0	0
介護職員	2	2

(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)	1.7 : 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	

(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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1	1	3	2	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
	3年未満										
	3年以上	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0
	5年未満										
	5年以上	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
	10年未満										
	10年以上	0	0	0	0	0	2	0	0	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 【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
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	消費者物価指数等を勘案し、料金が不相当になった場合。
	手続き	運営懇談会で意見を聞き、料金を改定する。

(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	2	2
	年齢	85歳	85歳
居室の状況	床面積	18.2㎡	18.2㎡
	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	3,350,000円	6,700,000円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		187,100円	150,600円
家賃		36,500円	0円
管理費		85,800円	85,800円
光熱水費		管理費に含む	管理費に含む
サ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者生活介護の費用		要介護度による
	介 護 保 険 外	食費	64,800円
		生活支援費	0円
		上乘せ介護費	0円
		その他	都度払いサービス有
		都度払いサービス有	

※ サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用

※ 消費税について、表示金額は総額表示

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金	
家賃	建物賃借料、近隣相場を勘案して算定
管理費	事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、目的施設の維持管理費です。
光熱水費	管理費に含む
特定施設入居者生活介護の費用	介護保険の自己負担額
食費	人件費、食材費、管理費 朝食 540円、昼食 756円、夕食 864円で、1ヶ月30日計算

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

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、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)

算定根拠	73,000円（家賃）の半額又は全額×84ヶ月 +想定居住期間を超えて契約が継続する 場合に備えて事業所が受領する額	
想定居住期間（償却年月数）	84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）	なし	
初期償却率	なし	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居日から3ヵ月以内の解約及び死亡退去の場合、前払金を全額返金致します。 ただし、下記計算式により実費相当分をご負担いただきます。 <計算式> 返還金 = (前払金) - {(返還金月額単価) ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの日数)} ※返還金月額単価とは、前払金を想定居住期間（84ヵ月）で除したものです。
	入居後3月を超えた契約終了	償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日から償却期間満了日までの額を下記計算式により返還します。償却期間を超える場合は、返還金はありませんが、家賃相当額の追加徴収も行いません。 <計算式> 返還金 = (前払金) ÷ (入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数) × (契約終了日から償却期間満了日までの実日数)

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	三井住友銀行信託部
	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	8人
	女性	20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	18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	7人
	要介護2	4人
	要介護3	5人
	要介護4	3人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	0人
	1年以上 5年未満	17人
	5年以上 10年未満	10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	87歳
入居者数の合計	28人
入居率※	67%
※ 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を含む。	

(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	5人
	医療機関	1人
	死亡者	2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	9人
(解約事由の例) 医療対応必要な為、他施設への転居等		

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)

窓口の名称		株式会社共立メンテナンス シニアライフ事業本部
電話番号		03-5295-7884
対応している時間	平日	9時～17時30分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜、日曜日、祝日、12/30～1/3
窓口の名称		埼玉県福祉部高齢者福祉課
電話番号		048-830-3254
対応している時間	平日	8時30分～17時15分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29～1/3
窓口の名称		埼玉県都市整備部住宅課
電話番号		048-830-5562
対応している時間	平日	8時30分～17時15分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29～1/3
窓口の名称		戸田市消費生活相談センター
電話番号		048-433-5724
対応している時間	平日	10時～12時、13時～16時

	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	
窓口の名称	埼玉県消費生活相談センター川口	
電話番号	048-261-0999	
対応している時間	平日	
対応している時間	平日	10時～12時、13時～16時
	土曜	なし
	日曜、祝日、	なし
定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	

(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) 介護保険・社会福祉事業者総合保険 (あいおいニッセイ同和損害保険株式会社)
	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) 直ちに救急要請等を行うと共に、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業所の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。但し、入居者側にも故意又は過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	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	2016年9月7日～10月3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
	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 <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 checked="" 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	<input checked="" 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
財務諸表の要旨	<input checked="" 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
財務諸表の原本	<input checked="" 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

10. その他

運営懇談会	<input checked="" 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 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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関	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

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	
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 3 該当なし
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2（介護付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 平成 ____ 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		
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

介護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	特別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)			包含※2	都度※2	料金(税込)※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）	特別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)	包含※2				
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり	○	432円/10分	必要に応じ見守り又は介助
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○	432円/10分	必要に応じ見守り又は介助
おむつ代	なし	あり	なし	あり			実費による
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	1,500円/回	入浴時見守りまたは一部介助・全介助による週3回以上からは自己負担
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	432円/10分	必要に応じ介助
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○	432円/10分	必要に応じ介助
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○	432円/10分	希望時見守り
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	432円/10分	協力医療機関に限る
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり		324円/10分	必要に応じ
リネン交換	なし	あり	なし	あり		324円/10分	必要に応じ
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		324円/10分	必要に応じ
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		108円/1回	体調不良時以外
入居者の嗜好に応じた特別な食事							
おやつ							
理美容師による理美容サービス						108円/1回	月1回外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	実費	週1回(定期)
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○		
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	○		
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	○		
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	○	3,240円/月	必要に応じて(朝/昼/夕 各1,080円/月)
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							
移送サービス	なし	あり	なし	あり			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		324円/10分	必要に応じ
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、サービスの都度払いによる場合に比べて、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。