

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	2016年7月26日
記入者名	齋藤 雅夫
所属・職名	首都圏営業部

※ 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	株式会社
名称	(ふりがな) せきわぐらんどますと (か) 積和グランドマスト株式会社	
主たる事務所の所在地	〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-1-1 新宿マインズタワー	
連絡先	電話番号	03-5350-3900
	FAX番号	03-5350-5201
	ホームページアドレス	http://www.sekiwagm.co.jp/
代表者	氏名	小山 健
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成26年11月 7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) ぐらんどますとやさしえかわぐちみつわ グランドマストやさしえ川口三ツ和
----	---

所在地	〒334-0011 埼玉県川口市三ツ和 1-4-21	
主な利用交通手段	最寄駅	鳩ヶ谷 駅
	交通手段と所要時間	① 埼玉高速鉄道線「鳩ヶ谷」駅から徒歩 15 分 ② 埼玉高速鉄道線 みんななかまバス「三ツ和一丁目」停留所から徒歩 3 分
連絡先	電話番号	048-287-7461
	FAX番号	048-287-7464
	ホームページアドレス	http://www.yasashiite.com
管理者	氏名	矢野 勇一
	職名	支配人
建物の竣工日		昭和・平成 27年9月28日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 27年11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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 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	2,290.00 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
建物	延床面積	全体	2,018.26 m ²
		うち、老人ホーム部分	1,939.65 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	

		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (軽量鉄骨造)				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2015年9月28日～2046年3月31日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.35 m ²	35	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.52 m ²	4	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.59 m ²	4	一般居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.62 m ²	1	一般居室個室
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.78 m ²	2	一般居室個室
	タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	38.71 m ²	3	一般居室個室
	タイプ7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	38.87 m ²	2	一般居室個室
	タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		一般居室個室
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
ストレッチャー浴			1ヶ所			

		その他 ()		ヶ所
	食堂	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	エレベーター	1	あり (車椅子対応)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし (パッケージ型自動消火設備)	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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	高齢者の居住の安定の確保に関する基本方針に基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅事業を実施します。
サービスの提供内容に関する特色	個別のアセスメントに基づいた在宅支援計画を立案いたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 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) : 1	
	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 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団あすは会 東伊興クリニック
		住所	東京都足立区東伊興 3-21-3
		診療科目	内科・外科・整形外科・消化器外科・消化器内科・ 肛門外科・心療内科・皮膚科・泌尿器科・小児科・ 神経内科・呼吸器内科・循環器内科・放射線科・乳 腺外科・リウマチ科・リハビリテーション科・眼 科・糖尿病内科・医師の指示に基づく看護、または 訪問看護
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	60歳以上の者または要介護・要支援認定を受けている者。		
契約の解除の内容	貸室賃貸借契約書第11条参照		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	貸室賃貸借契約書第12条参照	
	解約予告期間	6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:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	56人		
その他	所定の審査あり。		

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) 7人			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1		1	0.5

生活相談員	6		6	1.4
直接処遇職員				
介護職員				
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				
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}				
<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			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
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			
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 (18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	2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									
	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										
前年度1年間の退職者数										
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年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
10年未満										

	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	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 checked="" type="checkbox"/> 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	
	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 (2人部屋)
入居者の状 況	要介護度		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	19.35 m ²	38.87 m ²
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	116,000円	190,000円
月額費用の合計		145,008円	262,016円
家賃		58,000円	95,000円
ピ ス	特定施設入居者生活介護 ^{*1} の費用	1円	1円
	除 食費	46,008円	92,016円

	管理費	14,000円	21,000円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	1円	1円
	その他	27,000円	54,000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	最寄駅周辺の賃貸マンション相場。
敷金	家賃の 2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	居室内の上下水道使用料、共用部分の維持管理に必要な光熱費、上下水道使用料及び清掃費
食費	
光熱水費	電気・ガスの使用量に応じて、電力会社・ガス会社から直接請求
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	%

※ 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		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡者		人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出		人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出		人
		(解約事由の例)	

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		グランドマストやさしえ川口三ツ和
電話番号		048-287-7461
対応している時間	平日	9:00-18:00
	土曜	9:00-18:00
	日曜・祝日	9:00-18:00
定休日		なし

窓口の名称		株式会社やさしい手 苦情窓口
電話番号		03-5433-5513
対応している時間	平日	9:00-18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝日、年末年始

窓口の名称		川口市福祉部介護保険課
電話番号		048-259-7293
対応している	平日	8:30-17:15

時間	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土日祝日、年末年始	

窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター	
電話番号	048-261-0999	
対応している 時間	平日	9:00-16:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	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)
	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)
	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	
	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 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 4回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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】	<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 <input 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	<input type="checkbox"/> 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	<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		

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 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	川口芝新町訪問介護事業所	埼玉県川口市芝新町7-6 増田ビル3F
			川口幸町訪問介護事業所	埼玉県川口市幸町2-2-16 クレールマルシェ川口3F
			川口三ツ和訪問介護事業所	埼玉県川口市三ツ和1-4-21
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	川口居宅介護支援事業所	埼玉県川口市前川4-41-15
			川口三ツ和居宅介護支援事業所	埼玉県川口市三ツ和1-4-21
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	川口芝新町訪問介護事業所	埼玉県川口市芝新町7-6 増田ビル3F
			川口幸町訪問介護事業所	埼玉県川口市幸町2-2-16 クレールマルシェ川口3F
			川口三ツ和訪問介護事業所	埼玉県川口市三ツ和1-4-21
介護予防訪問入浴介護	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	個別の利用料で、実施するサービス			備考
	包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス				
食事介助	あり	なし	あり	ケアプランにより保険給付
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	ケアプランにより保険給付
おむつ代	なし	なし	あり	自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	ケアプランにより保険給付
特浴介助	あり	なし	あり	ケアプランにより保険給付
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	ケアプランにより保険給付
機能訓練	あり	なし	あり	ケアプランにより保険給付
通院介助	あり	なし	あり	ケアプランにより保険給付
生活サービス				
居室清掃	あり	なし	500円	エアコンフィルター清掃
リネン交換	あり	なし		
日常の洗濯	あり	なし	500円	1網毎
居室配膳・下膳	あり	なし		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし		
おやつ	あり	なし		
理美容師による理美容サービス	あり	なし		※利用できる範囲を明確化すること
買い物代行	あり	なし		
役所手続き代行	あり	なし		
金銭・貯金管理	あり	なし	500円	立替サービス
健康管理サービス				
定期健康診断	あり	なし		※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	あり	なし		
生活指導・栄養指導	あり	なし		
服薬支援	あり	なし		ケアプランにより保険給付
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	〇	心身の状況に応じて必要の場合
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	あり	なし		
入退院時の同行	あり	なし	2000円	救急車同乗サービス
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし		
入院中の見舞い訪問	あり	なし		

※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含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に於いて、いずれかの欄に〇を記入する。

※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。