

重要事項説明書

記入年月日	H30. 5. 1
記入者名	中野友理
所属・職名	代表取締役

※ 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	
名称	(ふりがな) けあかぶしきがいしゃ CARE 株式会社	
主たる事務所の所在地	〒愛知県一宮市栄 4 丁目 3 番 8	
連絡先	電話番号	0586-52-2105
	FAX番号	0586-52-2106
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	中野友理
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ 平成 30年1月5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) けあ CARE	
所在地	〒491-0858 愛知県一宮市栄 4 丁目 3 番 8	
主な利用交通手段	最寄駅	尾張一宮駅 名鉄一宮駅

	交通手段と所要時間	自動車利用の場合 ・乗車5分
連絡先	電話番号	0586-52-2105
	FAX番号	0586-52-2106
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	中野友理
	職名	代表取締役
建物の竣工日		昭和・平成 30年5月31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30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	
	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	272.17 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 (H30年6月1日～H50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	1176.67 m ²
		うち、老人ホーム部分	991.44 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		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 (H30年 6月1日～H50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 2C1	有/無	有/無	12.38 m ²	1	個室
	タイプ 2C2	有/無	有/無	13.46 m ²	1	個室
	タイプ 2C3	有/無	有/無	13.17 m ²	1	個室
	タイプ 2C4	有/無	有/無	11.09 m ²	1	個室
	タイプ 3C1	有/無	有/無	14.33 m ²	1	個室
	タイプ 3C2	有/無	有/無	13.37 m ²	1	個室
	タイプ 3C3	有/無	有/無	15.41 m ²	1	個室
	タイプ 3C4	有/無	有/無	9.68 m ²	1	個室
	タイプ 3C5	有/無	有/無	10.97 m ²	1	個室
	タイプ 3C6	有/無	有/無	9.00 m ²	1	個室
	タイプ 3C7	有/無	有/無	10.27 m ²	1	個室
	タイプ 3C8	有/無	有/無	12.27 m ²	1	個室
タイプ 4C1	有/無	有/無	13.18 m ²	1	個室	
タイプ 4C2	有/無	有/無	18.57 m ²	1	個室	
タイプ 4C3	有/無	有/無	11.04 m ²	1	個室	
タイプ 4C4	有/無	有/無	10.23 m ²	1	個室	
タイプ 4C5	有/無	有/無	10.16 m ²	1	個室	
タイプ 4C6	有/無	有/無	10.07 m ²	1	個室	
タイプ 4C7	有/無	有/無	14.93 m ²	1	個室	
タイプ 5C1	有/無	有/無	14.26 m ²	1	個室	

	タイプ 5C2	有/無	有/無	12.50 m ²	1	個室
	タイプ 5C3	有/無	有/無	12.00 m ²	1	個室
	タイプ 5C4	有/無	有/無	10.81 m ²	1	個室
	タイプ 5C5	有/無	有/無	14.00 m ²	1	個室
※「個室」「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	8ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		8ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		8ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		1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		0ヶ所	
			リフト浴		1ヶ所	
			ストレッチャー浴		0ヶ所	
			その他（特殊浴槽）		0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	お1人で日常生活を営むことが困難なご高齢者と そのご家族にとって、「第二の自宅」と思って 頂けるサービスを目指す。なかでも、1. 個人の 自由と尊厳、プライバシーの尊厳、2. 個人に合 わせたケアプログラム、3. 身体介護だけでない
----------	--

	「個」を見つめる視点、入居者様ご自身やご家族が参加して頂くケアを展開する。
サービスの提供内容に関する特色	食事サービス（朝食・昼食・夕食）、入居者の相談、館内巡回サービス、来訪者の取次、不在時の対応、郵便物・宅配便のお預かり・取次、急病時等における緊急時対応
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 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 3 なし
健康管理の供与	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	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	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	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 ()	
協力医療機関	1	名称	まれケアクリニック
		住所	愛知県あま市上萱津銭神 10 武藤銭神ビル 2F

		診療科目	内科、消化器科、外科、皮膚科、泌尿器科、肛門科
		協力内容	年1回の健康診断、入居者に対して医学的管理が必要とした場合、定期訪問診療、療養管理指導、往診等行う事とする
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
協力歯科医療機関		協力内容	
	名称		
	住所		

(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	1 一時介護室へ移る場合 2 その他（住み替えについて）
判断基準の内容	<p>(1)入居者の希望により居室を住み替える場合 (2)介護上の判断により居室を住み替える場合 (3)他の施設へ住み替える場合 以上3つのケースが考えられます。</p> <p>(1)の場合の費用については以下の通りとします。 新たな費用負担は発生しません。ただし、従前居室の修繕が必要な場合は実費費用を頂きます。なお施設の都合により必ずしもご希望通りにならない場合もございます。</p> <p>(2)の場合の費用については以下の通りとします。 (具体例) 精神不安定、認知症状の悪化、極度の体調悪化 (判断基準)以下の段階に従い判断します。 第一段階 状態の観察(一週間程度・緊急の場合は除く) 第二段階 介護士(主任又はリーダー)が必要と認めた場合 第三段階 主治医が必要と認めた場合 第四段階 身元引受人の同意 (費用負担)新たな費用は発生しません。 ただし、従前居室の修繕が必要な場合は実費費用を頂きます。</p> <p>(3)の場合の費用については以下の通りとします。 (具体例) 施設生活が続けがたい程度の精神不安定及び体調の悪化 (判断基準)以下の段階に従い判断します。 第一段階 状態の観察(一週間程度・緊急の場合は除く) 第二段階 介護士(主任又はリーダー)が必要と認めた場合</p>

	第三段階 主治医が必要と認めた場合 第四段階 身元引受人の同意 (費用負担)通常の退去手続きによる。	
手続きの内容	通常の退去手続き同様。	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
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 (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		
契約の解除の内容	(1)入居者様は1ヶ月前までに書面にて通知することにより、いつでも利用契約を解除できます。 (2)利用料の滞納などの理由により利用契約を解除する場合があります。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	次の事由に該当する場合には、利用者および保証人に対して理由を示した書面により解約を申し入れる ことにより、本契約を解約することができます。①利用者が、利用料その他の支払いを1ヶ月以上滞納したとき ②利用契約「禁止または制限される行為」の規定に違反したとき ③利用者が、重篤な感染症にかかり、または保持し、利用者に対する通常の介護方法では感染を防止することができないとき④利用者が本施設を不在にする期間が連続して6ヶ月(月額支払

		型契約の場合3ヶ月)を超え、本施設への復帰が困難、あるいは利用者に復帰の意思がないと合理的に判断されるとき⑤天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小するとき
	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	<p>① あり(内容：利用契約の締結に先立ち、利用体験をして頂きます。(1泊3,300円税別、最大6泊まで)</p> <p>上記料金には、食費1,500円(朝食400円、昼食500円、夕食500円、飲料100円)、居室代1,000円、水光熱費400円、共益費400円が含まれます。(ただし個別の要望に基づく外出同行等は除きます。)</p> <p>体験利用の際の介護は、介護保険が適用されませんので、全額自己負担となります。)</p> <p>② なし</p>	
入居定員		24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と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること)。

(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				
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 (17時30分～翌8時30分)		
	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	人	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)	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
--	--	--

合、本欄は省略可能)	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										
応じた 業務に従事した 職員の人数 の経験年数に	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
	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 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	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する
	手続き	入居契約書第九条に定める運営懇談会の意見を聞いたうえで改定する

（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	3	
	年齢	80歳	85歳	
居室の状況	床面積	12.38㎡	12.38㎡	
	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	円	円	
	敷金	148,000円	148,000円	
月額費用の合計		105,000円	105,000円	
家賃		37,000円	37,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	36,000円	36,000円
		管理費	10,000円	10,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	22,000円	22,000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	金利・火災保険・減価償却・共用部修繕・保証料・借地代・租税公課をそれぞれ計算し稼働率で割る
敷金	家賃の4ヶ月分
介護費用	他事業所に委託
管理費	人件費(介護職員・厨房職員以外)・事業費・事務費を計算し稼働率で割る 介護職員はボランティア(親会社と委託)
食費	食材料費・厨房人件費・業務委託費・保健衛生費・厨房消耗品を計算し稼働率で割る。
光熱水費	水道・電気・ガス・検査等業務委託費にかかる費用を計算し稼働率で割る
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	
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	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 入居者並びに事業者は、前項の規定に基づき入居者の費用負担で行う原状回復の内容及び方法については、家賃滞納や故意・過失による汚損・毀損を除いて敷金から返還するものとします。

	入居後3月を超えた契約終了	同上
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	0人
	女性	0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	0人
	85歳以上	0人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	0人
	要介護2	0人
	要介護3	0人
	要介護4	0人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	0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	歳
入居者数*の合計	人
入居率**	%

※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。

※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。

(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		事務・本部
電話番号		0586-52-2105
対応している時間	平日	8時30分～17時30分
	土曜	8時30分～17時30分
	日曜・祝日	8時30分～17時30分
定休日		なし

窓口の名称		一宮市役所 高年福祉課
電話番号		0586-28-9151
対応している時間	平日	8時30分～17時15分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜・日曜・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	① あり	(その内容) 東京海上日動に準ずる超ビジネス保険
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償す	① あり	(その内容) 上記に含む

べき事故が発生したときの対応	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	
		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	1 あり (提携ホーム名:)	

【表示事項】	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	居室の広さ、廊下幅
「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（事業者が運営す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 事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業

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 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
訪問入浴介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
訪問看護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
訪問リハビリテーション	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
居宅療養管理指導	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
通所介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
通所リハビリテーション	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
短期入所生活介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
短期入所療養介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
特定施設入居者生活介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
福祉用具貸与	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
特定福祉用具販売	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
＜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 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
夜間対応型訪問介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
認知症対応型通所介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
小規模多機能型居宅介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
認知症対応型共同生活介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
看護小規模多機能型居宅介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
居宅介護支援	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
＜居宅介護予防サービス＞		
介護予防訪問介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防訪問入浴介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防訪問看護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防訪問リハビリテーション	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防居宅療養管理指導	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防通所介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防通所リハビリテーション	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防短期入所生活介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防短期入所療養介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防福祉用具貸与	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
特定介護予防福祉用具販売	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
＜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 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護予防支援	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
＜介護保険施設＞		
介護老人福祉施設	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護老人保健施設	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	
介護療養型医療施設	あり <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/>	

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※1）		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	
				利用料に含む※2	その都度徴収※2	料金※3			
介護サービス									
巡回（24時間）	なし	あり	なし	あり	○				
食事介助	なし	あり	なし	あり	○		円/回（分）	必要に応じて訪問介護にて対応	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		円/回（分）	必要に応じて訪問介護にて対応	
おむつ代			なし	あり		○	実費		
入浴（一般浴・特浴介助）介助	なし	あり	なし	あり	○		円/回（分）	必要に応じて訪問介護にて対応	
清拭	なし	あり	なし	あり	○		円/回（分）	必要に応じて訪問介護にて対応	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて訪問介護にて対応	
身辺介助（体位変換）	なし	あり	なし	あり	○		円/回（分）	必要に応じて訪問介護にて対応	
口腔ケア	なし	あり	なし	あり	○		円/回（分）	必要に応じて訪問介護にて対応	
機能訓練（自身で行う場合）	なし	あり	なし	あり	○		円/回（分）	必要に応じて訪問リハビリ	
機能訓練（職員を伴う場合）	なし	あり	なし	あり		○	2,200円/回（60分）	必要に応じて訪問リハビリ	
通院介助（提携医療機関）	なし	あり	なし	あり		○	実費	通常の利用区域 定期受診（可）	
通院介助（提携医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	実費	通常の利用区域 定期受診（可）	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		円/回（分）	必要に応じて訪問介護にて対応	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	800円/回（分）	必要に応じて訪問介護にて対応 週1回のシーツ交換（別途徴収）	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		円/回（分）	必要に応じて訪問介護にて対応	
日常の洗濯（自身で行う場合）	なし	あり	なし	あり	○		円/回（分）	必要に応じて訪問介護にて対応	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		円/回（分）	必要に応じて訪問介護にて対応	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費		
おやつ			なし	あり	○		円/回		

理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	(分) 800円/回	外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	2.200円/ (60分)	必要に応じて実費及び訪問介護にて対応
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	2.200円/ (60分)	必要に応じて実費及び訪問介護にて対応
金銭・貯金管理			なし	あり	○			
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	医療費 実費	本人が希望され往診医により施行(回数は応相談)
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	○			
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		○	2.200円 (60分)	本人・ご家族が希望された場合施行(内容等応相談)
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○		必要に応じて訪問介護にて対応
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、月額サービス費用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。