

## 重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	市川 賢治
所属・職名	なかこの家 施設長

※ 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/ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	名称	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ すみよし 有限会社 スミヨシ	
主たる事務所の所在地	〒400-0854	山梨県甲府市中小河原町9番地2
連絡先	電話番号	055-244-0711
	FAX番号	055-244-0712
	ホームページアドレス	なし <input checked="" type="checkbox"/> <a href="http://care-net.biz/19/nakakonoie/">http://care-net.biz/19/nakakonoie/</a>
代表者	氏名	青野 文雄
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 16年4月21日	
主な実施事業	※別添1（別を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) なかこのいえ なかこの家	
所在地	〒400-0854	山梨県甲府市中小河原町9番地2
主な利用交通手段	最寄駅	J R身延線「甲斐住吉」駅
	交通手段と所要時間	J R身延線「甲斐住吉」駅から、徒歩約13分(1km)
連絡先	電話番号	055-244-0711
	FAX番号	055-244-0712
	ホームページアドレス	
管理者	職名	施設長
	氏名	市川 賢治
建物の竣工日		昭和・平成 17年 5月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 17年 7月 1日

(類型)【表示事項】

① <b>介護付</b> (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	1970101984号
	指定した自治体名	山梨県
	事業所の指定日	平成 17年 7月 1日
	指定の更新日(直近)	平成 23年 7月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,896.57 m <sup>2</sup>				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地 あり				
		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 (H17年5月1日～H37年4月30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	1,635.62 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	1,635.62 m <sup>2</sup>			
	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 なし				
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17年5月1日～平成37年4月30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 なし				
		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	18.00 m <sup>2</sup>	49	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			

	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
※「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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所		
			うち車いす等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
その他（ ）			ヶ所			
食堂	① <input checked="" type="checkbox"/> 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			
	自動火災報知機	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	緊急通報設備あり					

#### 4. サービスの内容

(全体の方針)

<p>運営に関する方針</p>	<p>本事業所では、自立した生活が困難になった入居者に対して、その心身の特性を踏まえ、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うこととする。又、入居者が尊厳ある自立した日常生活を営むことができるように、食事、入浴、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練などの介護、その他必要な援助を適切に行うものとし、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>事業に当たっては、事業所所在地の市町村、介護施設、協力医療機関に加え、他の事業者、保健医療・福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。</p>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>お一人おひとりの生活、お一人おひとりの想いを大切にしたい、それぞれのニーズに基づいたオーダーメイドケアを実現しています。具体的には、お食事の時間もくつろぎの時間も、ご入居者様がご自身のサイクルでお過ごしいただけるスタイルとしています。お買い物や散歩、さらにはお酒やたばこをお楽しみいただくこともできます。また、出来る範囲内でお料理やお洗濯、お掃除をお手伝いいただき、ご自宅での生活と同様の時間をお過ごしいただけるよう取り組んでいます。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p>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    ② 委託    3 なし</p>
<p>洗濯、掃除等の家事の供与</p>	<p>① 自ら実施    2 委託    3 なし</p>
<p>健康管理の供与</p>	<p>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>① 自ら実施    2 委託    3 なし</p>
<p>生活相談サービス</p>	<p>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

<p>特定施設入居者生活介護の</p>	<p>個別機能訓練加算</p>	<p>1 あり    ② <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">なし</span></p>
<p>加算の対象となるサービスの</p>	<p>夜間看護体制加算</p>	<p>① <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">あり</span>    2 なし</p>
<p>の体制の有無</p>	<p>医療機関連携加算</p>	<p>① <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">あり</span>    2 なし</p>

	看取り介護加算	① <input checked="" type="checkbox"/> あり ② なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり ② <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	1 あり ② <input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり ② <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり ② <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	1 あり ② <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅲ)	① <input checked="" type="checkbox"/> 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 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(往診医の派遣・日常の健康相談・入院を要する場合の斡旋、年2回の健康診断の実施機会等 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)		
協力医療機関	1	名称	内科・小児科 矢崎医院
		住所	〒400-0814 甲府市上阿原町601-3
		診療科目	内科・小児科
		協力内容	上記4に記載通り
	2	名称	医療法人なゆた会 おかべ内科・神経内科クリニック
		住所	〒400-0114 甲斐市万才833-1
		診療科目	内科・神経内科
		協力内容	上記4に記載通り
	3	名称	医療法人慈光会 甲府城南病院
		住所	〒400-0831 甲府市上町753-1
		診療科目	脳神経外科 循環器科 胸部・心臓血管外科
		協力内容	上記4に記載通り
	4	名称	芦沢内科小児科医院
		住所	〒400-0116 甲斐市玉川159-1
		診療科目	内科・小児科
		協力内容	上記4に記載通り
協力歯科医療機関	名称	あきやま歯科医院	
	住所	〒400-0042 甲府市高畑1-22-6	

	協力内容	訪問歯科診察（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
	名称	甲府デンタルクリニック
	住所	〒400-0024 甲府市北口 1-2-14
	協力内容	訪問歯科診察（医療費その他の費用は入居者の自己負担）

（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	なし	
手続きの内容	各種契約書等の変更等の事務手続き	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い	なし	
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】	自立しているもの	1 あり ② なし
	要支援のもの	① あり 2 なし
	要介護のもの	① あり 2 なし
留意事項	なし	
契約の解除の内容	<p>1. 事業者は、入居者が以下のいずれかに該当するときには、3 ヶ月の予告期間において契約を解除することができる。ただし、契約の解除に際しては、入居者の事情を十分に斟酌し、身元保証人も含めた協議の上、決定するものとする。</p> <p>(1)入院または外泊が連続して2 ヶ月を超えるとき、又は予想されるときで、復帰の目処がたたないとき。ただし、退去後に入居者が復帰を希望する場合、事業者は他の事業所への入居も含めてその実現に</p>	

	<p>努めるものとする。</p> <p>(2) 共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかける恐れがあるとき。ただし、この場合は、事業者の一方的な判断によらず、入居者及び身元保証人に対し、弁明の機会を与えるものとする。</p> <p>(3) 利用料等その他の支払いを怠って、その滞納期間が 2 ヶ月を超え、催告をしたにもかかわらず支払の意思がしめされないとき。</p> <p>(4) 不正の手段によって入居したとき。</p> <p>(5) 提出書類等で虚偽の申告があったとき。</p> <p>(6) 介護保険の認定更新において、自立と認定されたとき。</p> <p>(7) 常時医療行為が必要となるなど、入居者の身体状況が事業者の介護の範囲をこえたとき。ただし、この場合は、医師の意見を聞き、一定の観察期間を経た上で、入居者及び身元保証人の同意を得るものとする。</p> <p>2. 入居者は、退去予定日の属する月の前月末日までに、事業者の定める退去届を事業者に提出し、その退去届に記載された退去日をもって、契約を解除することができる。</p> <p>(1) 前月の末日までに退去届を提出せずに本契約を解除する場合は、入居者は、事業者に違約金として 1 ヶ月分の家賃と管理費を支払うものとする。</p> <p>(2) 入居者が入居開始可能日前に契約解除する場合について、事業者は、既受領金の全額を返還するものとする。</p> <p>3. 契約は、次の場合に終了する。</p> <p>(1) 入居者が死亡したとき。</p> <p>(2) 事業者が「1.」に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき。</p> <p>(3) 入居者が「2. (1)」の退去届を事業者に提出し、次月の退去予定日が到来したとき。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	上記 契約解除の内容に記載通り
	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 なし	



入居定員	49名
その他	-

### 5. 職員体制

	職員数（実人数） 31			常勤換算人数
	合計	31		
		常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.5
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	29	16	13	22.56
看護職員	3	2	1	2.47
介護職員	26	14	12	20.09
機能訓練指導員	1	1	0	0.1
計画作成担当者	2	2	0	1
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				40時間 (看護職員は32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			
介護福祉士	10	10	0
実務者研修	3	3	0
介護職員初任者研修	0	0	0
ホームヘルパー1級・2級	13	9	4
介護支援専門員	2	2	

※資格重複取得者含む

(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
看護師及び准看護師	3	2	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 ( 15 時 ~ 翌日 10 時)		
	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	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d <u>3 : 1 以上</u>
	※ 【表示事項】 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)	2.03 : 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	なし
	通所介護事業所の名称	なし

(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			1	5	4						
前年度1年間の退職者数			1	4	3						
業務に従事した経験年数に応じた職員の	1年未満			2	2						
	1年以上		1	4	4						
	3年未満										
	3年以上			1	1						
	5年未満										
	5年以上	1		2	3			1			
	10年未満										
	10年以上	1		5	2	1				1	
従業者の健康診断の実施状況						① <input checked="" type="checkbox"/> 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（食費は日割り） 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	経済事情の変動、公租・公課の増額、近隣の同種有料老人ホームの利用料との比較により著しく不相応となった場合
	手続き	1ヵ月前に入居者に通知し、協議のうえ、改定を行う

（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		
	年齢	83歳	歳	
居室の状況	床面積	18.00 m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
	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	円	円	
月額費用の合計		円	円	
家賃		76,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	
	介護保険外※2	食費	40,500円	円
		管理費	35,200円	円
		介護費用		円
		光熱水費	実費	円
	その他	都度払い	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）

項目	算定根拠
家賃	建物の賃借料と居室数を元に算出
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費用は含まない
管理費	共用部分の水道光熱費、事務経費、衛生管理費、保守管理費等
食費	1,250円（1日）＜おやつ代を含む＞ （税込価格 1,350円）※軽減税率適応
光熱水費	居室部分の電気代は利用料に応じた金額 34円/kWh（消費税別）
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	<ul style="list-style-type: none"><li>洗濯設備使用料（週 1,100円 / 税抜価格 1,000円）</li><li>居室部分の電気代は利用量に応じた金額 （34円/kWh）+（別途消費税）</li><li>電話料金</li><li>医療費</li><li>個人的に外部サービスを利用した場合の料金</li><li>個人的な生活用品</li><li>アクティビティにかかる費用</li><li>理美容代</li><li>おむつ代</li><li>施設車両利用料（1km15円、1時間 100円、他実費）</li><li>来訪者に提供される食事サービス （朝食 297円/昼食 495円/夕食 473円）税込価格</li></ul>
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	



	6か月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	25人
	5年以上10年未満	9人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.8歳
入居者数の合計	46人
入居率※	93.8%
※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	3人
	医療機関	3人
	死亡者	7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	6人
(解約事由の例) 他施設転居 (家族様の近くの施設)		

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)※4カ所以上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		なかこの家 (生活相談員が窓口)
電話番号		055-244-0711
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜日	休日
	日曜・祝日	休日
定休日		※担当者が不在の場合、本部へ引き継ぐ連絡体制をとっています。

窓口の名称		甲府市福祉保健部介護保険課
電話番号		055-237-5473
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜日	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始
窓口の名称		山梨県国民健康保険団体連合会
電話番号		055-233-9201
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜日	定休日
	日曜・祝日	定休日
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) 居宅介護事業者賠償責任保険
	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) マニュアルあり
	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 【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針	1 あり ② なし	

「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	
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（別の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 \_\_\_\_\_ 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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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 （利用者が全額負担）				包含 <sup>※2</sup>	都度 <sup>※2</sup>	料金 <sup>※3</sup>	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 <sup>※1</sup> ）	なし	あり	なし				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
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				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
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		○	実費	協力医療機関以外での交通費
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	週/1,100円	洗濯設備費用
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
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				
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				買物した実費分のみ
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	実費	事務手続き等に係る費用
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		○	実費	※回数（年2回）
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		○	実費	施設車両利用料（1km15円、1時間100円、他実費）
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				
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・3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。