

重要事項説明書

記入年月日	令和元年7月18日
記入者名	上江田 浩克
所属・職名	管理者

※ 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5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	個人 : 法人
	※法人の場合、その種類	その他の法人
名称	(ふりがな) おきなわけんふくしじぎょうきょうどうくみあい 沖縄県福祉事業協同組合	
主たる事務所の所在地	〒901-0223 沖縄県豊見城市字翁長869番地	
連絡先	電話番号	098-891-6541
	FAX番号	098-891-6566
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	senior02@s-toyosaki.co.jp
代表者	氏名	川平 恵次郎
	職名	代表理事
設立年月日	平成10年6月8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とよさき 介護付有料老人ホームとよさき	
所在地	〒 901-0223 沖縄県豊見城市字翁長869番地	
主な利用交通手段	最寄駅	豊見城市役所前 バス停
	交通手段と所要時間	・車両によるアクセス可能 ・豊見城市役所前バス停より300m (那覇～糸満のバスが15分間隔にて往来)
連絡先	電話番号	098-891-6541
	FAX番号	098-891-6566
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	senior02@s-toyosaki.co.jp
管理者	氏名	上江田 浩克
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 19 年 10 月 31 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 19 年 12 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	4775400353
	指定した自治体名	沖縄県
	事業所の指定日	平成 23 年 4 月 1 日
	指定の更新日(直近)	平成 29 年 4 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3,671.00		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 (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	3,762.06		m ²	
		うち、有料老人ホーム部分	2,704.07		m ²	
	耐火構造	① 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他()				
		4 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 (平成23年4月1日～平成28年3月31日) 2 なし				
	契約の自動更新	あり				
居室の 状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室 (うち親族使用可能部屋 室)				
		② 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分(※)
	タイプ1	①有 ②無	①有/②無	28.43m ²	2	一般居室相部屋
	タイプ2	①有 ②無	有/②無	16.71～18.58m ²	22	一般居室個室
	タイプ3	有/②無	有/②無	17.24～23.33m ²	24	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/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	12ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	12ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	0ヶ所	
			大浴場	2ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	2ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	2ヶ所	
			その他(相部屋にシャワー室あり)	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	浴室、トイレ等には緊急通報装置が備えてあります。				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	利用者の人権及び自己決定権を尊重し、利用者の立場に立ったサービスと安心して生活できる環境づくりに努めます。又関係機関の連携を密にし、地域に開かれた施設をめざし職員の知識技術の向上に努め、質の高いサービスで利用者の自立を支援していきます。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関との連携で、医療ニーズの高い方でも最後まで安心して過ごすことができる施設をめざしています。
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	入居継続支援加算	① あり ② なし	
	生活機能向上連携加算	① あり ② なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	① あり ② なし	
	医療機関連携加算	① あり ② なし	
	口腔衛生管理体制加算	① あり ② なし	
	栄養スクリーニング加算	① あり ② なし	
	退院・退所時連携加算	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	① 救急車の手配 ※複数選択可 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 ④ その他(医療機関への情報提供、訪問診療の調整)		
協力医療機関	1	名称	みやぎ内科
		住所	豊見城市字翁長869番地
		診療科目	一般内科、循環器、糖尿病、消化器等
		協力内容	入居者の受診、健康相談、緊急時の往診等
	2	名称	社会医療法人友愛会 豊見城中央病院
		住所	豊見城市字上田25番地
協力歯科医療機関	名称	比嘉歯科医院	
		住所	那覇市辻1-15-16
		協力内容	在宅訪問歯科、外来治療、義歯作成・調整、口腔ケア

(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(居室の2階、3階の場所変更)	
判断基準の内容	利用者の希望や介護度・医療ニーズに応じて対応	
手続きの内容	主治医や直接処遇職員の意見を参考に本人の同意を得て行う	
追加的費用の有無	① あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	変更なし	
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 (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	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	<ul style="list-style-type: none"> ・概ね65才以上の方 ・介護認定を受けている方 ・共同生活が可能の方 ・費用負担が可能の方 ・特別な医療行為が必要でない方(常時看護が必要な場合) ・身元引受人を立てることが可能な方 	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者が死亡したとき ・入居者が解約したとき ・事業者が解約したとき 	
事業主体から解約を求める場合	<ul style="list-style-type: none"> ・入居申し込み書に虚偽の事項を記載する等の不当手段で入居したとき ・月額利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅滞する時 ・契約書第21条に規定される行為に違反したとき ・入居者の行動が他の利用者の声明に危害を及ぼすおそれがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき ・入居者が罹患し、その治療に30日以上入院期間が必要となった時 	
	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: 一泊2日 税込 5,400円) 2 なし	
入居定員	50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	0	0.5
生活相談員	2	2	0	1
直接処遇職員	30	22	8	26.05
介護職員	24	19	5	20.8
看護職員	6	3	3	5.25
機能訓練指導員	2	2	0	1.2
計画作成担当者	2	2	0	1
栄養士	1(委託)	0	0	0
調理員	5(委託)	0	0	0
事務員	1	1	0	1
その他職員	1		1	0.15
従業員1人あたりの利用者数 (利用者数/職員数(実人数)合計)				1.13 人
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員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	0	0	0
介護福祉士	15	12	3
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	1	1	0
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	非常勤	
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	1	1	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	1	1	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	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(17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	3.5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)	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	
	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		介護支援専門員							
	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	3	1	7	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	4	0	9	0	0	0	0	0	0	0
業に務 応に 従事 した 事 職した 員 の 経 人 験 数 年 数	1年未満	0	1	1	1	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	4	0	1	0	0	0	1
	3年未満	0	0	5	0	1	0	1	0	0
	3年以上	0	0	5	0	1	0	1	0	0
	5年未満	0	0	5	0	1	0	1	0	0
	5年以上	0	1	3	0	0	0	0	0	0
	10年未満	0	1	3	0	0	0	0	0	0
10年以上	3	2	6	3	0	0	1	0	0	
従業者の健康診断の実施状況		① あり 2 なし								
従業者に対する教育訓練等、資質向上に向けた取組の実施状況		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 checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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	介護保険制度や税制の改定等があるとき
	手続き	運営懇談会等で説明し利用者及び家族の理解を得る。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1(2F)	プラン2(3F)	
入居者の 状況	要介護度	4	4	
	年齢	80 歳	85 歳	
居室の状況	床面積	17.24 m ²	16.7 m ²	
	便所	1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無	<input checked="" type="radio"/> 1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0 円	0 円	
	敷金	240,000 円	270,000 円	
月額費用の合計		132,000 円	137,000 円	
家賃		40,000 円	45,000 円	
サー ビス 費用	特定施設入居者生活介護(※1)の費用			
	(※2) 介護 保険 外	食費	44,000 円	44,000 円
		管理費	45,000 円	45,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	3,000 円	3,000 円
		その他	0 円	0 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、本欄には記入しない。)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	プラン1は居室にトイレなし。プラン2は居室にトイレ洗面あり。
敷金	家賃の 6 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	事務管理費、生活サービス人件費、共用施設の維持管理費。
食費	食材費、調理に係る人件費、1日あたり1,470円(朝食・昼食420円 夕食630円)特別食は実費
光熱水費	居室の電気量は一律3000円(冷暖房、TV、ラジオ、冷蔵庫、)
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	散髪代等は実費になります

(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	厚生労働大臣が定める介護報酬の告示上の額。負担額は1割又は2割の額。
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)	なし。
※ 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	17 人
	女性	27 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	19 人
	85 歳以上	22 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援1	1 人
	要支援2	0 人
	要介護1	4 人
	要介護2	10 人
	要介護3	12 人
	要介護4	11 人
	要介護5	6 人
入居期間別	6ヶ月未満	7 人
	6ヶ月以上1年未満	8 人
	1年以上5年未満	17 人
	5年以上 10 年未満	12 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	86.1 歳
入居者数の合計	44 人
入居率 (※)	88 %
(※) 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	1 人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	11 人
	死亡者	21 人
	その他	4 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	18 人
		(解約事由の例) 長期入院、他施設への移動、死亡

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		介護付有料老人ホームとよさき相談窓口
電話番号		098-891-6541
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		年末年始(12月31日～1月3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) 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	① あり	(その内容) 「事故防止・発生対応マニュアル」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	① あり	実施日	施設内にご意見箱を設置し定期的に開示
		結果の開示	① あり 2 なし
利用者の意見等を把握する取組の状況	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 2 なし	(開催頻度)年 1 回
	1 代替措置あり 2 代替措置なし	(内容)
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 届出あり 2 届出なし 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 登録あり ② 登録なし	
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 不適合事項あり ② 不適合事項なし	
合致しない事項がある場合の内容	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない(□全室・□居室の一部) <input type="checkbox"/> 一般居室が1人当たり床面積が10.65㎡未満 (□全室・□居室の一部) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (□スプリンクラー全室□自動火災報知設備□火災通報装置) <input type="checkbox"/> その他(具体的に)	
「6.既存建築物等の活用の場合の特例」への適合性	1 適合している(代替措置を実施) 2 適合している(将来の改善計画を策定している) 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 指導事項あり(過去1年以内に改善) 2 指導事項あり(未改善のまま、指導から1年経過) ③ 指導事項なし2 指導事項あり(未改善のまま、指導から1年経過)	
1又は2の場合、不適合事項の内容		

添付書類:別添1 (別を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

管理者 _____

説明者署名 _____

※契約の締結にあたり、本重要事項説明書の交付及び説明を受け、同意しました。

利用者又は代理人署名 _____ 印(続柄 _____)

※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

(1)事業主体が、沖縄県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	
地域密着型通所介護	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	
介護医療院	あり	なし	

(2)介護予防・日常生活支援総合事業

訪問型サービス	あり	なし	
通所型サービス	あり	なし	
その他の生活支援サービス	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 都度		備考
	※1	※2	※2	※3	
特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※1)	なし	あり	なし	料金	なし
介護サービス					
食事介助	なし	あり	なし		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし		
おむつ代	なし	あり	なし		
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	あり	実費	実費徴収(要介護状態に応じ変動があり)
特浴介助	なし	あり	なし		
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし		
機能訓練	なし	あり	なし		
通院介助	なし	あり	なし		病状変化が急の時は職員で対応もあります
生活サービス					
居室清掃	なし	あり	なし		
リネン交換	なし	あり	なし		
日常の洗濯	なし	あり	あり	月4,000円	必要な場合に外部業者利用できます(1か月分)
居室配膳・下膳	なし	あり	なし		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし		要望に応じて対応しています
おやつ	なし	あり	なし		
理美容師による理美容サービス	なし	あり	あり	1回1000円	希望者に毎月理美容の訪問があります
買い物代行	なし	あり	なし		
役所手続き代行	なし	あり	なし		
金銭・貯金管理	なし	あり	なし		
健康管理サービス					
定期健康診断	なし	あり	なし		年1回行う健康診断は自費になります
健康相談	なし	あり	あり		必要に応じて予防接種の機会があります
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし		
服薬支援	なし	あり	なし		
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし		
入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	なし	あり	なし		
入退院時の同行	なし	あり	なし		緊急時に救急車へ添乗する場合もあります
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし		
入院中の見舞い訪問	なし	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包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に、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。