

重要事項説明書

医療法人修文会 サービス付き高齢者向け住宅
フェリーチェさくだいら

医療法人 修文会

重要事項説明書

記入年月日	2023年10月1日
記入者名	望月均
所属・職名	管理者

1. 設置者

種類	個人／ <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん しゅうぶんかい 医療法人 修文会	
主たる事務所の所在地	〒478-0055 愛知県知多市にしのみ 1丁目 2606番地	
連絡先	電話番号	0562-56-3000
	FAX番号	0562-56-3001
	ホームページアドレス	https://www.shubunkai.or.jp
	電子メールアドレス	info@shubunkai.or.jp
代表者	氏名	柳澤克明
	職名	理事長
設立年月日	昭和・ <u>平成</u> 10年 9月 11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) ふえりーちえさくだいら フェリーチェさくだいら	
所在地	〒385-0027 長野県佐久市佐久平駅北 21番4	
主な利用交通手段	最寄駅	佐久平駅
	交通手段と所要時間	①電車利用の場合 ・JR佐久平駅より徒歩5分 ②自動車利用の場合、佐久ICより5分
連絡先	電話番号	0267-78-3350
	FAX番号	0267-78-3357
	ホームページアドレス	https://www.shubunkai.or.jp/sakudaira
	電子メールアドレス	info@shubunkai.or.jp
管理者	氏名	櫻井一聡
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・ <u>平成</u> 21年 8月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・ <u>平成</u> 24年 1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	2,162.91 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	(平成21年9月1日～平成47年6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	1,961.88 m ²					
		うち、老人ホーム部分	1,961.88 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	(平成21年9月1日～平成47年6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 相部屋あり						
		最少	人部屋					
	最大	人部屋						
	A1タイプ	トイレ	有/無	浴室	有/無	面積	戸数・室数	区分*
						29.69 m ²	5	一般居室個室

	A2タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	29.69 m ²	28	一般居室個室
	Cタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	36.36 m ²	4	一般居室個室
	Bタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	38.25 m ²	4	一般居室個室
	Dタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	44.14 m ²	4	一般居室個室
		有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
		有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
		有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
		有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
		有/ <input type="checkbox"/> 無	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」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)	2.2m		その他の廊下	2.05m	
共用施設	共用便所における 便房	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		5ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		5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	0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		0ヶ所	
			その他 ()		0ヶ所	
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし		
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし ※屋内消火栓5ヶ所	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
緊急通報装置等	居室	便所		浴室		その他 (ベッド、洗面所)
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり
	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり
<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3	なし	<input type="checkbox"/> 3	なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	
その他	リビング室 (談話室) 4ヶ所、ランドリー室5か所					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	関係市町村、地域の医療・保健福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスに務める。
サービスの提供内容に関する特色	日常生活の世話、食事の提供、健康管理を行うことにより、利用者が事業所においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう援助を行う。
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記載不可

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 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人 修文会 柳澤クリニック分院
		住所	長野県佐久市佐久平駅北 21 番 4
		診療科目	整形外科 リハビリテーション科 内科
		協力科目	同上
		協力内容	入居者の診察、治療、健康診断、健康相談、往診
	2	名称	佐久市立国保浅間総合病院
		住所	長野県佐久市岩村田 1862
		診療科目	内科 糖尿病外来 脳神経外科・脳卒中診療科 外科・呼吸器外科 整形外科 眼科 産科 婦人科 泌尿器科 小児科 耳鼻咽喉科 歯科口腔外科 形成外科 健康管理科 心療内科 矯正歯科 循環器内科 肝臓外来 内分泌内科 不妊外来 睡眠時無呼吸外来 禁煙外来 乳房再建外来
	協力科目	同上	
	協力内容	入居者の診察、治療、入院	
協力歯科医療機関	名称	浅間口歯科クリニック	
	住所	長野県佐久市佐久平駅北 20 番 5	
	協力内容	訪問診療、訪問口腔ケア、往診	

(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		
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
	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	入居時概ね 60 歳以上の方で、身元引受人・連帯保証人・残置物処理人を立てられる方。利用料の支払いができる方。同居人は配偶者又は 3 親等以内の親族の方。	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者又は事業者から解約をした場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	①入居資格虚偽 ②使用義務違反 ③利用料支払い義務違反 ④通常の共同生活が営むことができず、社会通念上契約を継続することが困難であると考えられる場合（身体上・精神上の問題も含む）
	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 2 なし	
入居定員	57 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				
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				

- ※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。
- ※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		
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 (21 時～ 5 時) 宿直体制		
	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
前年度1年間の採用者数								
前年度1年間の退職者数								
経験年数に応じた業務に従事した	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		採用時に	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30日以上の場合に限り、基本サービス費支払いなし	
利用料金の改定	条件	物価変動、人件費の上昇により改定する
	手続き	運営懇談会で意見を聞き改定を行う

(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	自立	要介護2

	年齢	80 歳	85 歳	
居室の状況	床面積	29.69 m ²	44.14 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 有 2 無	<input type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 有 2 無	<input type="checkbox"/> 有 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 有 2 無	<input type="checkbox"/> 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	148,000 円	200,000 円	
月額費用の合計		182,460 円	208,460 円	
家賃		74,000 円	100,000 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	53,490 円	53,490 円
		管理費（共益費）	11,000 円	11,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費（電気は実費）	円	円
		その他（基本サービス費）	44,000 円	44,000 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	建物の借地料、設備備品、借入利息を基本として家賃を算出
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（共益費） ^{※1}	階段・廊下等の共用部の維持管理に必要な光熱水費、上下水道使用料、エレベーター保守、メンテナンス費、清掃費、修繕費。
食費	食材費、食事部門の人件費、設備・備品代
光熱水費等 ^{※2}	各戸の電気料金は入所者負担。上下水道使用料は共益費に含む。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）
その他のサービス利用料	基本サービス費：事務管理、基本サービスに係る人件費、備品費、消耗品費。

※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。
 ※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。

(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	8人
	女性	36人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	33人
要介護度別	自立	15人
	事業対象者	9人
	要支援1	1人
	要支援2	3人
	要介護1	12人
	要介護2	7人
	要介護3	2人
	要介護4	2人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	19人

	5年以上 10年未満	20人
	10年以上 15年未満	4人
	15年以上	-人

(入居者の属性)

平均年齢	88歳
入居者数の合計	44人
入居率*	80%
※ 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	5人
	医療機関	0人
	死亡者	1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)	自宅・有料老人ホームへの住み替え

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	フェリーチェ さくだいら	長野県健康福祉部 介護支援課施設係	東信消費生活 センター
電話番号	0267-78-3350	026-235-7113	0268-27-8517
対応している 時間	平日	9:00~17:00	8:30~17:15
	土曜	9:00~17:00	—
	日曜・祝日	9:00~17:00	—
定休日	なし	土・日・祝	土・日・祝

(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) 一般財団サービス付き高齢者向け住宅賠償責任保険
	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) 事故対応マニュアルによる
	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	随時
		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 1 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 登録年月日 平成 24 年 4 月 19 日 登録番号 長野県 12001	
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		
「6.既存建築物等の活用の場合	1 適合している (代替措置)	

等の特例」への適合性	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 西暦 _____ 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 事業主体が長野県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		併設・隣接の状況		事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
＜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	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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	
			包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	備考参照 家事援助サービス 660円（税込）/回 30分
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	備考参照 家事援助サービス 660円（税込）/回 30分
おむつ代			なし	あり		○	備考参照 自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	備考参照 家事援助サービス 660円（税込）/回 30分
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		○	備考参照 家事援助サービス 660円（税込）/回 30分
機能訓練	なし	あり	なし	あり		○	備考参照 業者による運動指導料は実費
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	備考参照 原則ご家族対応 ご家族が対応できない場合に対応送迎・受付・同行 市内30分あたり660円
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	備考参照 家事援助サービス 660円（税込）/回 30分
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	備考参照 家事援助サービス 660円（税込）/回 30分
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	備考参照 家事援助サービス 660円（税込）/回 30分
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			
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		○	備考参照 理美容業者の料金による
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	備考参照 家事援助サービス 660円（税込）/回 30分
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			状況により実施
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	○		年1回以上
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	○		配薬・服薬確認のみ 薬の管理は薬局（薬剤師）による 実費
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			状況による
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		○	備考参照 家事援助サービス 660円（税込）/回 30分
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	備考参照 家事援助サービス 660円（税込）/回 30分
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	備考参照 家事援助サービス 660円（税込）/回 30分
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	状況による

※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。