

重要事項説明書

記入年月日	平成30年6月1日
記入者名	平良
所属・職名	事務
ホームページ公開	<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ 不可

※ 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 : <input checked="" type="checkbox"/> 法人
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな ゆうげんがいしゃ こころ 有限会社 こころ	
主たる事務所の所在地	〒 901-2213 沖縄県宜野湾市志真志1-14-12	
連絡先	電話番号	098-893-6388
	FAX番号	098-892-3770
	ホームページアドレス	http://www.kokoro-home.com
	メールアドレス	kokoro-home@lemon.plala.or.jp
代表者	氏名	島袋 郁子
	職名	取締役
設立年月日	平成 17 年 9 月 14 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 こころ 介護付有料老人ホームこころ	
所在地	〒 901-2213 沖縄県宜野湾市志真志1-14-12	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	例:①バス利用の場合 ・志真志停留所で下車 徒歩10分
連絡先	電話番号	098-893-6388
	FAX番号	098-892-3770
	ホームページアドレス	http://www.kokoro-home.com
	メールアドレス	kokoro-home@lemon.plala.or.jp
管理者	氏名	
	職名	
建物の竣工日		平成 19年 3月 5日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 19年 4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	介護保険事業者番号	第4770500355号
該当する場合	指定した自治体名	沖 縄 県
	事業所の指定日	平成 19 年 4 月 1日
	指定の更新日(直近)	平成 31 年 3 月 31日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1878.54 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 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 契約期間 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 17年 12月 1日～平成 47年 12月 1日) 2 なし 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし						
建物	延床面積	全体	2398.63 m ²					
		うち、有料老人ホーム部分	2022.24 m ²					
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他()						
		構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 契約期間 <input type="checkbox"/> 1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし 契約の自動更新 <input type="checkbox"/>				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (うち親族使用可能部屋 2 室)						
		2 相部屋あり						
		最少 最大	人部屋 人部屋					
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分(※)		
	タイプ1	有/無	有/無	14.85m ²	49			
	タイプ2	有/無	有/無	16.70m ²	1	2F/北側		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²				
	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	12ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	ヶ所	
			大浴場	2ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	2ヶ所	
			その他()	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 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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	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
その他					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	介護や社会支援が必要な入居者に対して、能力に応じ自立した日常生活が出来るように「安心・安全・24時間ケア・全室個室」のホーム設立を決意しました。より質の高いサービスを提供しながら、人権の尊重、事故防止等に常に注意しながら職員の質の向上に努め、入居者に満足いただけると同時に、地域に誇れる施設作りを行っていきます。
サービスの提供内容に関する特色	生活相談員・ケアマネージャー・看護師・介護士・機能訓練指導員・栄養士などと連携して、24時間体制でサービスを提供します。利用者の方の緊急時に備え、協力病院と提携しており、迅速に対応できる体制を整えております。
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	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) 3 : 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	宜野湾記念病院
		住所	宜野湾市宜野湾3-3-13
		診療科目	内科
		協力内容	受診・治療・健康相談
	2	名称	玉木病院
		住所	宜野湾市愛知252
		診療科目	精神科
		協力内容	受診・治療・精神科健康相談
	3	名称	眼科クリニック幸地
		住所	宜野湾市宜野湾5-13
		診療科目	眼科
		協力内容	受診・治療・眼科健康相談
協力歯科医療機関		名称	新垣歯科クリニック
		住所	宜野湾市野嵩2-34-9
		協力内容	受診・治療・歯科健康相談

(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 (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		
契約の解除の内容		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第5章 第26条
	解約予告期間	1 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:) 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		1
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	31	16	15	24.6
介護職員	26	12	14	20.2
看護職員	5	4	1	4.4
機能訓練指導員	1	1		
計画作成担当者	1	1		
栄養士	1	1		
調理員	3	3		
事務員	3	2	1	2.75
その他職員	3		3	1.4
<u>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)</u>				<u>0.9 人</u>
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	1	1	
介護福祉士	3		3
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	11	7	4
介護支援専門員	2	1	1

(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	5	4	1
理学療法士	1	1	
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(0 時～ 9 時)		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員	1 人	1 人
介護職員	3 人	3 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)	3 : 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	2		1	8						
前年度1年間の退職者数	1		4	13					1	
業務に 応じ た事 職し 員た の経 人験 数年 数	1年未満	2	1	2	1					
	1年以上			3	7					
	3年未満									
	3年以上			2	1					1
	5年未満									
	5年以上	2		5	5	1		1		
	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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 3 月払い方式 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	
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	1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 (入院の場合、居室費のみ全額請求) 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
入居者の 状況	要介護度	1	5
	年齢	84 歳	93 歳
居室の状況	床面積	14.8 m ²	14.8 m ²
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円
	敷金	90,000 円	90,000 円
月額費用の合計		129,969 円	138,189 円
家賃		35,000 円	35,000 円
サービス 費用 (※2)	特定施設入居者生活介護(※1)の費用	16,533 円	24,753 円
	食費	40,440 円	40,440 円
	管理費	31,300 円	31,300 円
	介護費用	6,696 円	6,696 円
	光熱水費	実費	実費
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、本欄には記入しない。)			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	35000円/30日
敷金	家賃の 約 3 ヶ月分
介護費用	リネン代5400円/レク材料費540円/日用品費756円
管理費	共益費20500円/施設維持費10800円
食費	朝食286円/昼食531円/夕食531円
光熱水費	実費
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	1割 or 2割
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。	

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	13 人
	女性	28 人
年齢別	65 歳未満	3 人
	65 歳以上 75 歳未満	4 人
	75 歳以上 85 歳未満	12 人
	85 歳以上	22 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	5 人
	要介護2	3 人
	要介護3	7 人
	要介護4	15 人
	要介護5	11 人
入居期間別	6ヶ月未満	7 人
	6ヶ月以上1年未満	4 人
	1年以上5年未満	17 人
	5年以上 10 年未満	11 人
	10 年以上 15 年未満	2 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	82 歳
入居者数の合計	41 人
入居率 (※)	82 %
(※) 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	7 人
	死亡者	3 人
	その他	1 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	0 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		老人ホームこころ 苦情相談窓口
電話番号		098-893-6388
対応している時間	平日	8:30～17:30
	祝日	8:30～17:30
	土曜	なし
	日曜	なし
定休日		土・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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
<input type="checkbox"/> 2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
	<input type="checkbox"/> 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 1 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	<input type="checkbox"/> 1	あり (提携ホーム名: _____)	
【表示事項】	<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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	登録あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	不適合事項あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (<input type="checkbox"/> スプリンクラー全室 <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備 <input type="checkbox"/> 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等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1	適合している (代替措置を実施)	
	<input type="checkbox"/> 2	適合している (将来の改善計画を策定している)	
	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	指導事項あり (過去 1 年以内に改善)	
	<input type="checkbox"/> 2	指導事項あり (未改善のまま、指導から 1 年経過)	
	<input type="checkbox"/> 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 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、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
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
<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					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)		包含 ※2	都度 ※2	料金 ※3	備考
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス	なし	あり	なし	あり				
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				
おむつ代	なし	あり	なし	あり				
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				※付添いができる範囲を明確化すること
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				
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				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
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				※回数(年〇回など)を明記すること
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				※付添いができる範囲を明確化すること
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。