

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年 6月15日
記入者名	辰巳
所属・職名	代表

※ 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の場合は、重要事項説明書の1から3まで及び6の項目については、「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）」で示されている「登録事項等についての説明」をもってこれに代えることができます。その場合、1から3まで及び6の項目については、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	株式会社
名称	(ふりがな) (か)かいてきかんきょうけんきゅうしょ 株式会社快適環境研究所	
主たる事務所の所在地	〒634-0011 奈良県橿原市出垣内町80番1号	
連絡先	電話番号	0744-20-0851
	FAX番号	0744-20-0850
	メールアドレス	yayoi@derutoru.com
	ホームページアドレス	http:// www.narayayoi.com/
代表者	氏名	辰巳 博昭
	職名	代表
設立年月日	平成22 年 10月 8日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) さーびすつきこうれいしゃじゅうたく かいてきかんきょうやよい サービス付高齢者住宅 快適環境やよい	
所在地	〒634-0011 奈良県橿原市出垣内町 80-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 桜井線 香久山駅
	交通手段と所要時間	香久山駅から徒歩 5 分
連絡先	電話番号	0744-20-0851
	FAX番号	0744-20-0850
	メールアドレス	yayoi@derutoru.com
	ホームページアドレス	http://narayayoi.com
管理者	氏名	辰巳
	職名	代表
建物の竣工日	平成28年 12月 25日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成29年 1月 15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) <input checked="" type="checkbox"/> 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	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	498.81 m <sup>2</sup>				
	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（普通賃借・定期賃借）				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり	2016年6月1日～2055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				751.50 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分				742.50 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 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（普通賃借・定期賃借）				
		抵当権の設定	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		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者居室を含む）				
		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1	有/無	有/無	18 m <sup>2</sup>	3	一般個室バルコニー付
	タイプ2	有/無	有/無	18 m <sup>2</sup>	17	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	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		0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所	
大浴場			0ヶ所			
共用浴室における	0ヶ所	チェアー浴		0ヶ所		

	介護浴槽		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"/> あり	2 なし		
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
緊急通報装置	居室	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	便所 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	浴室 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	その他 (食堂、廊下) <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 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	要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、利用者が可能な限り、その有する能力に応じて自立した日常生活が営むことができるよう、利用者の社会的孤立感の解消、心身維持並びに家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の介護、その他必要な介護を行う			
サービスの提供内容に関する特色	特になし			
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	3 なし	
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	3 なし	
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	介護職員処 遇改善加算	(I)	1	あり	2	なし
(II)		1	あり	2	なし	
(III)		1	あり	2	なし	
(IV)		1	あり	2	なし	
(V)		1	あり	2	なし	
介護職員等 特定処遇改 善加算	(I)	1	あり	2	なし	
	(II)	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	小林クリニック		
		住所	天理市西長柄町 163		
		診療科目	内科・外科・骨粗しょう症		
		協力科目	内科医の月2回の訪問診療。(医療費その他の費用は入居者の自己負担。以下同。)		
		協力内容			
協力歯科医療機関		名称	下村歯科医院		
		住所	奈良県桜井市大字桜井 203-2		
		協力内容	訪問診療		

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	継続的に支払い可能な方、自傷他傷行為のない方、共同生活が可能なる方	
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した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止出来ない場合、等。
	解約予告期間	甲が相当の期間を定めて
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 : ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	20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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	3	1	2	
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	1	1	
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	1		1
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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 18 時～ 9 時)		
	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	1 人	1 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*	a 1.5 : 1 以上	b 2 : 1 以上
	【表示事項】	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	訪問介護快適環境やよい	
	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	実務者研修修得者							
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										
数に 応じた 業務に 従事した 職員の 経験年 数の 人数	1 年未満									
	1 年以上 3 年未満									
	3 年以上 5 年未満			2	1					
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 2 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が1ヶ月以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	将来の租税公課の増額、又は物価の変動した時
	手続き	費用の改定にあたっては、施設が所在する自治体が発表する消費者 価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定 するものとします。

### (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	要介護	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	18㎡	18㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 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	55,000円	55,000円	
月額費用の合計		円	円	
家賃		42,000円	42,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	38,880円	38,880円
		共益費	10,000円	10,000円
		管理運営費	7,620円	7,620円
		光熱水費	円	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	設備備品費、借入利息等を基盤として
敷金	-
共益費	光熱費及び共用設備の維持費・修繕費
管理運営費	共用設備の維持費・事務費
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供する為の費用
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	
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	入居日の翌日
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	4人
	女性	6人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	4人
	85歳以上	3人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	1人
	要介護 1	1人
	要介護 2	1人
	要介護 3	1人
	要介護 4	4人
	要介護 5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上 1年未満	2人
	1年以上 5年未満	8人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

### (入居者の属性)

平均年齢	78歳
入居者数の合計	10人
入居率*	50%
※ 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	人
	死亡	1人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
		人
	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		快適環境やよい 苦情窓口
電話番号		0744-20-0851
対応している時間	平日	9:30～17:30
	土曜	9:30～17:30
	日曜・祝日	なし
定休日		なし

(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) 介護事業活動包括保険に加入済
	<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) 介護事業活動包括保険に加入済
	<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input 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 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 type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" 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 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: ) <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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 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、当該規定対象外	
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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <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	なし
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添1（事業主体が奈良県で実施する他の介護サービス）

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）

※\_\_\_\_\_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 事業主体が奈良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	快適環境やよい	橿原市出垣内町
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		
その他の生活支援サービス	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)			包含*2	都度*2	料金*3	備 考
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり					ご希望により訪問介護にて実施
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					ご希望により訪問介護にて実施
おむつ代			なし	あり					自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					ご希望により訪問介護にて実施
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					ご希望により訪問介護にて実施
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					ご希望により訪問介護にて実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり					ご希望により訪問介護にて実施
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					ご希望により訪問介護にて実施
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					ご希望により訪問介護にて実施
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					ご希望により訪問介護にて実施
理美容師による理美容サービス			なし	あり					自己負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり					ご希望により訪問介護にて実施
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					訪問診療等にて対応
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					ご希望により訪問介護にて実施
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、月額の利用料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。