

重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	天野里香
所属・職名	介護事業部・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	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ あまの 株式会社 アマノ	
主たる事務所の所在地	〒433-8105 浜松市北区三方原町1950番地の1	
連絡先	電話番号	053-436-9933
	FAX番号	053-438-0569
	ホームページアドレス	http://www.amano-t.com
代表者	氏名	天野 照夫
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 58年 11月 18日	
主な実施事業	書籍・文房具販売、事務機器販売、有料老人ホーム事業 ※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) あまの・さんは一と アマノ・サンハート	
所在地	〒433-8108 浜松市北区根洗町 289 番地の 1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 浜松駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・遠鉄バスで乗車 40 分、根洗東停留所で下車、正面 ②自動車利用の場合 ・乗車 30 分
連絡先	電話番号	053-436-9770
	FAX番号	053-436-9939
	ホームページアドレス	http://www.amano-t.com/sunheart/
管理者	氏名	天野 里香
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 17年 6月 1日
建物（増床）の竣工日		平成 28年 1月 8日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 17年 7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	第 2277102766 号
	指定した自治体名	浜松市
	事業所の指定日	平成 17年 7月 15日
	指定の更新日（直近）	平成 29年 7月 15日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3750.16 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（経営者個人所有）				
		抵当権の有無	① あり 2 なし			
		契約期間	① あり (2014年7月15日～ 2049年7月14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	4675.05 m ²			
		うち、老人ホーム部分	4675.05 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 (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				
		② 相部屋あり（夫婦・親族）				
		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*
1・2・3階 介護型居室	有/無	有/無	19.2-21.6 m ²	58	介護居室個室	

	2・3階 二人部屋	①/無	有/②	28.8 m ²	4	介護居室相部屋 一般居室相部屋
	4階 自立型居室	①/無	①/無	19.7-21.6 m ²	14	一般居室個室
※「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	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所		
	共用浴室	8ヶ所	個室	6ヶ所		
			大浴場	2ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	6ヶ所	チェアー浴	2ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
その他（個浴型介護浴槽）			2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	緊急時通報設備設置（ALSOK ボタン）					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	安心・安全を第一に考え、ライフスタイルを変えることなく明るく楽しみながら生活していただける施設運営を致します。『自分が住みたい施設』を目標に、介護職員、看護職員、相談員等のチームワークにより、ご入居者の個人の生活を尊重した丁寧な介護を致しております。また、入居者個人毎に計画を立てる介護サービス計画（ケアプラン）をもとに、できるだけご自身の生活の力を低下させない・向上させることにも注力します。
サービスの提供内容に関する特色	レクリエーション（園芸、習字、マッサージ、喫茶、ドライブ、遠足、コンサート他）
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
	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
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	坂の上ファミリークリニック
		住所	浜松市中区小豆餅 4-4-20
		診療科目	内科、循環器科、外科
		協力内容	定期往診、24時間診療(希望者)、救急搬送手配 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	2	名称	引佐赤十字病院
		住所	浜松市北区引佐町金指 1020
		診療科目	内科・整形外科、リハビリテーション科
		協力内容	入院対応
協力歯科医療機関		名称	グリーンデンタルクリニック
		住所	浜松市北区三方原町 1408-3
		協力内容	定期往診

(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		入居時自立で本館4階へ入居された方が介護認定を受けた場合	
手続きの内容		施設長・ケアマネージャー等による検討を行い、第一保証人様へ説明の上、居室を変更する。	
追加的費用の有無		① あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		介護居室への利用権が移動	
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) お食事提供場所の変更：本館 1 階から各介護フロアへ変更。自立入居者向け個人ポストと下駄箱の利用が不可。
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	概ね 65 歳以上	
契約の解除の内容	<p>○入居者が逝去した場合</p> <p>○入居者からの契約解除の申し出</p> <p>施設に対し、本契約の解約の意思を表明し、解約する月の 1 ヶ月前に所定の解約届を提出することにより本契約を解約できます。</p> <p>(例えば、2 月の解約希望の際は、1 月中に提出して下さい。2 月 1 日の提出となりますと、解約日は 3 月 31 日となります。)</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>事業者 (アマノ・サンハート) は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、入居契約書に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを</p>

		<p>正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>三 居室の全部又は一部の転貸、他の入居者が入居する居室との交換、その他の類する行為または処分をしたとき</p> <p>四 入居契約書において禁止又は制限される行為を行ったとき</p> <p>五 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について 90 日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元保証人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元保証人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 本条第1項第五号によって契約解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>4 事業者は、入居者及び身元保証人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。</p> <p>一 自らまたは身元保証人等が暴力団、暴力団関係者もしくはこれに準ずる者</p>
--	--	---

		又は構成員（以下、「反社会的勢力」という）である 二 契約締結後に反社会的勢力に該当したとき 三 入居契約書において禁止又は制限される行為を行ったとき
	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：お一人様1泊2食3,000円+消費税 食事体験のみも可能1食850円（昼食）） 2 なし	
入居定員		80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	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	29	26	3	28.1
介護職員	27	24	3	26.1
看護職員	2	2	0	2
機能訓練指導員	1	1	0	1
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	2	2	0	2
その他職員	2	2	0	2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				32時間

※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	0	0	0
介護福祉士	22	21	1
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	1	0	0
介護支援専門員	1	1	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	1	1	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	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 (19時～7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	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
-------------------------------	-----------------------	--

(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)		㉔ 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)	2 : 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 ㉔ なし							
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称								
	㉔ 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	0	3	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した職員の人数 経験年数に	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上	1	0	2	0	0	0	0	0	0
	3年未満									
	3年以上	0	0	1	0	0	0	1	0	1
	5年未満									
	5年以上	0	0	8	2	0	0	0	0	0
	10年未満									
	10年以上	1	0	13	1	1	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況						㉑ あり 2 なし				
従業者の研修、資質向上のための取組の実施状況						㉑ 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 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	物価の上昇等の市場環境が変化した場合
	手続き	運営懇談会での協議を経て改定を行う。 ※値下げの場合は、この限りではない。

(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	要介護認定済み	入居時自立
	年齢	概ね 65 歳以上	概ね 65 歳以上
居室の状況	床面積	19.2-21.6 m ²	19.7-21.6 m ²
	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	前払金	0 円	0 円

必要な費用	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		170,800円～	200,500円～	
家賃		67,300-76,300円	97,000-104,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	基本報酬及び前掲の加算の利用者負担分	基本報酬及び前掲の加算の利用者負担分	
	介護保険外 ^{※2}	食費	60,000円	60,000円
		管理費	43,500円	43,500円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	電気料のみ使用量に応じて	電気料のみ使用量に応じて
その他	0円	0円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	事業開始にかかった費用（土地取得費、建築費等）をもとに、市場調査結果をふまえて算定。
敷金	なし
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	専用居室の維持・補修、共用部分・共用施設・敷地の保存・維持・補修・管理、清掃および各居室で利用する水道代・ガス代（給湯）に充当するための費用
食費	食事を1日3食（おやつ含む）、30日間喫食した場合の費用。業務委託費、厨房機器・食器類のメンテナンス等の諸経費を含む月額60,000円の内訳は、維持費36,000円と、材料費24,000円。
光熱水費	※電気料のみ使用量に応じて受領致します。
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	おむつ代等の日常生活費・放送受信料・電話代等

(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	基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分。
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）	(前掲)
※ 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	28人
	女性	52人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	8人
	75歳以上 85歳未満	23人
	85歳以上	49人
要介護度別	自立	12人
	要支援1	8人
	要支援2	8人
	要介護1	26人
	要介護2	10人
	要介護3	4人
	要介護4	7人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	9人
	6ヶ月以上 1年未満	7人
	1年以上 5年未満	50人
	5年以上 10年未満	10人
	10年以上 15年未満	4人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	87歳
入居者数の合計	80人
入居率※	100%
※ 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	3人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	2人
	死亡者	8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	4人
		(解約事由の例) 介護度改善の為、帰宅(2名)・金銭的理由(2名)

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	アマノ・サンハート相談窓口	
電話番号	053-436-9770	
対応している時間	平日	9:00-18:00
	土曜	9:00-18:00
	日曜・祝日	9:00-18:00
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	① あり	(その内容)
	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)
	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	意見箱を常設
		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
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	1 あり ② なし
不適合事項がある場合の内容	

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 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
＜居宅サービス＞		
訪問介護	なし	
訪問入浴介護	なし	
訪問看護	なし	
訪問リハビリテーション	なし	
居宅療養管理指導	なし	
通所介護	なし	
通所リハビリテーション	なし	
短期入所生活介護	なし	
短期入所療養介護	なし	
特定施設入居者生活介護	なし	
福祉用具貸与	なし	
特定福祉用具販売	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	なし	
夜間対応型訪問介護	なし	
認知症対応型通所介護	なし	
小規模多機能型居宅介護	なし	
認知症対応型共同生活介護	なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし	
看護小規模多機能型居宅介護	なし	
居宅介護支援	なし	
＜居宅介護予防サービス＞		
介護予防訪問介護	なし	
介護予防訪問入浴介護	なし	
介護予防訪問看護	なし	
介護予防訪問リハビリテーション	なし	
介護予防居宅療養管理指導	なし	
介護予防通所介護	なし	
介護予防通所リハビリテーション	なし	
介護予防短期入所生活介護	なし	
介護予防短期入所療養介護	なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	なし	
介護予防福祉用具貸与	なし	
特定介護予防福祉用具販売	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	なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし	
介護予防支援	なし	
＜介護保険施設＞		
介護老人福祉施設	なし	
介護老人保健施設	なし	
介護療養型医療施設	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	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※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	
介護サービス							
食事介助		あり	なし				
排泄介助・おむつ交換		あり	なし				
おむつ代				あり		○	別紙価格表参照
入浴（一般浴）介助・清拭		あり		あり		○	※入浴 2 回。※週 3 回以上は別途有料サービス 1 回 500 円。原則的に日時の指定はできませんのでご了承ください。
特浴介助		あり		あり		○	
身辺介助（移動・着替え等）		あり	なし				
機能訓練		あり	なし				※医療保険適用訪問リハビリマッサージ紹介可能
通院介助		あり		あり		○	右記参照 ※協力医療機関は特定施設入居者生活介護費で実施。協力医療機関外ではスタッフ 1 名 30 分 1,000 円+お車代 1 km 40 円
生活サービス							
居室清掃		あり	なし				
リネン交換		あり		あり		○	別紙価格表参照
日常の洗濯		あり		あり		○	別紙価格表参照
居室配膳・下膳		あり	なし				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし				
おやつ			なし				
理美容師による理美容サービス				あり		○	別紙価格表参照
買い物代行	なし			あり		○	右記参照 ※スタッフ 1 名 30 分 1,000 円+お車代 1 km 40 円
役所手続き代行	なし			あり		○	右記参照 ※スタッフ 1 名 30 分 1,000 円+お車代 1 km 40 円
金銭・貯金管理			なし				
健康管理サービス							
定期健康診断				あり		○	※年 2 回受診機会提供
健康相談		あり		あり		○	右記参照 ※長時間（60 分以上）にわたる場合や看

								看護師夜間待機中（17：45～翌8：45まで） の場合はスタッフ1名30分1,000円
生活指導・栄養指導		あり		あり		○	右記参照	※長時間（60分以上）にわたる場合や看護 師・ケアマネージャー夜間待機中（17： 45～翌8：45まで）の場合はスタッフ1 名30分1,000円
服薬支援		あり		あり		○	右記参照	※長時間（60分以上）にわたる場合や看護 師夜間待機中（17：45～翌8：45まで） の場合はスタッフ1名30分1,000円
生活リズムの記録（排便・睡眠等）		あり	なし					
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス		あり		あり		○	右記参照	※協力医療機関は特定施設入居者生活介 護費で実施。協力医療機関外ではスタッ フ1名30分1,000円+お車代1km40円
入退院時の同行		あり		あり		○	右記参照	※協力医療機関は特定施設入居者生活介 護費で実施。協力医療機関外ではスタッ フ1名30分1,000円+お車代1km40円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし			あり		○	右記参照	スタッフ1名30分1,000円+お車代1km 40円
入院中の見舞い訪問	なし			あり		○	右記参照	スタッフ1名30分1,000円+お車代1km 40円

※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。