

サービス付き高齢者向け住宅

ハピネス 花

重要事項説明書

重要事項説明書

提出書類（１）

記入年月日	平成 29 年 4 月 1 日
記入者名	田嶋 正枝
所属・職名	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	個人/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 わんだー 有限会社 ワンダー	
主たる事務所の所在地	〒802-0034	
連絡先	電話番号	093-513-2551
	FAX番号	093-531-4075
	ホームページアドレス	http://wonder2002.co.jp
代表者	氏名	高橋 弘美
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 14 年 5 月 22 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やむけじゅうたく はびねすはな サービス付き高齢者向け住宅 ハピネス花	
所在地	〒802-0032 北九州市小倉北区赤坂1丁目8-7	
主な利用交通手段	最寄駅	小倉駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・ JR鹿児島本線 小倉駅より西鉄バスで7分 赤坂停留所で下車。徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・ JR鹿児島本線小倉駅より5分 ・ 北九州都市高速富野ICから1分
連絡先	電話番号	093-513-8787
	FAX番号	093-513-8788
	ホームページアドレス	http://wonder2002.co.jp/hana/
管理者	氏名	田嶋 正枝
	職名	施設長
建物の竣工日	平成27年2月27日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成27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 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	3068.53 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	2864.36 m ²				
		うち、老人ホーム部分	2313.28 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 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	① 全室個室					
		【表示事項】	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	21.22 m ²	54	一般居室個室	
	タイプ2	有/無	有/無	21.12 m ²	6	一般居室個室	
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				
※「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」「一次介護室」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	3ヶ所	個室	3ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェア一浴	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	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				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者様が笑顔で心穏やかに生き活きと生活できるように状況把握・生活相談サービスを主なサービスとし、入居者様の選択によるその他の各種サービスを提供します。		
サービスの提供内容に関する特色	入居者様の医療、保健、福祉機関との連携を図り、適切な支援となるよう常にそのサービスの質の向上に努めます。		
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) : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 <input type="radio"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	かもめ医院
		住所	赤坂1-8-7
		診療科目	外科, 内科
		協力内容	往診・かかりつけ医
	2	名称	新小文字病院
		住所	福岡県北九州市門司区大里新町2-5
		診療科目	内科, 消化器科, 循環器科, 外科, 整形外科, 形成外科, 脳神経外科, 呼吸器外科, 皮膚科, 泌尿器科, リハビリテーション科, 麻酔科, 内分泌科
		協力内容	救急対応
	3	名称	JR九州病院
		住所	福岡県北九州市門司区高田2丁目1-1
		診療科目	内科, 神経内科, 消化器科, 循環器科, 外科, 整形外科, 泌尿器科, 婦人科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 放射線科, リウマチ科, 麻酔科
		協力内容	救急対応、回復期リハビリテーション対応
協力歯科医療機関	名称	あすか歯科クリニック	
	住所	福岡県北九州市戸畑区千防2丁目1-6	
	協力内容	歯科往診	

(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	居室内での喫煙禁止	
契約の解除の内容	入居契約書に準ずる	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書に準ずる
	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	60 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	
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	0	0
介護福祉士	0	0
実務者研修の修了者	0	0
初任者研修の修了者	0	0
介護支援専門員	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
理学療法士	0	0
作業療法士	0	0
言語聴覚士	0	0
柔道整復士	0	0
あん摩マッサージ指圧師	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30分 ~ 3時30分)		
	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	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※ 【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		介護福祉士							
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経過年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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 ② 建物質貸借方式 3 終身建物質貸借方式	
利用料金の支払方法 【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 手続き	入居契約書に準ずる（社会情勢等による） 家族参加の会議による話し合い
-------------	-----------	---------------------------------------

(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	要介護度2	要支援2	
	年齢	84歳	77歳	
居室の状況	床面積	21.22㎡	21.22	
	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 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	94,500円	118,500円	
月額費用の合計		102,360円	110,360円	
家賃		31,500円	39,500円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1	円	円	
	介護保険外※2	共益費	25,500円	25,500円
		食費	45,360円	45,360円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	有料サービスあり	有料サービスあり

※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)

費用	算定根拠
家賃	31,500 ~ 39,500
敷金	家賃の3ヶ月分
共益費	25,500
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	なし
食費	30日計算 朝300円、昼600円、夜500円（税別）
光熱費	電気代はメーターにて実費請求
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	カーテンリース代 1,000円/月（税別）

(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

費用	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	0人
	女性	0人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	0人
	85歳以上	0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	0人
	要介護2	0人
	要介護3	0人
	要介護4	0人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	0人
	5年以上10年未満	0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	85.3歳
入居者数の合計	57人
入居率※	95.0%
※ 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	0人
	医療機関	0人
	死亡者	0人

	その他	0人
生前解約の 状況	施設側の申し出	0人
	入居者側の申し出	0人

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。

1	窓口の名称		サービス付き高齢者向け住宅 ハピネス花 担当：施設長 田嶋 正枝
	電話番号		093-513-8787
	対応している時間	平日	8:30~17:30
		土曜	8:30~17:30
		日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		なし	
2	窓口の名称		福岡県国民健康保険団体連合会介護保険相談窓口
	電話番号		092-642-7859
	対応している時間	平日	8:30~17:15
	定休日		土曜、日曜、祝日
3	窓口の名称		門司区役所保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナー (介護保険担当)
	電話番号		093-331-1881
	対応している時間	平日	8:30~17:15
			8:30~19:00 ※木曜のみ
定休日		土曜、日曜、祝日	
4	窓口の名称		小倉北区役所保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナー (介護保険担当)
	電話番号		093-582-3433
	対応している時間	平日	8:30~17:15
			8:30~19:00 ※木曜のみ
定休日		土曜、日曜、祝日	
5	窓口の名称		小倉南区役所保健福祉課 高齢者・障害者相談コーナー (介護保険担当)
	電話番号		093-951-4111
	対応している時間	平日	8:30~17:15
			8:30~19:00 ※木曜のみ
定休日		土曜、日曜、祝日	

(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) 身体・財物共通 受託物及び受託物のうち現金等 人格権侵害 経済的損失
	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) 事故対応特別費用 被害事故対応費用
	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	
		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 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 年に2回程度希望者に面談実施
	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	なし	
不適合事項がある場 合の内容		

添付書類 : 別添1 (別に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。

平成 31 年 2 月 改定

別添 1 事業主体が北九州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	あり	なし	花ヘルパーステーション	
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション花	
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	花デイサービス	
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	ハピネス赤坂	
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	おむすび苑	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	おむすび苑	
地域密着型特定施設入居者生活介護				
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	ハピネスケアプラン	
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	花ヘルパーステーション	
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	訪問看護ステーション花	
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	花デイサービス	
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	ハピネスケアプラン	
<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 1 事業主体が北九州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	あり	なし	花ヘルパーステーション	
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション花	
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	花デイサービス	
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	おむすび苑	
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	おむすび苑	
地域密着型特定施設入居者生活介護				
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	ハビネスケアプラン	
< 居宅介護予防サービス >				
介護予防訪問介護	あり	なし	花ヘルパーステーション	
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	訪問看護ステーション花	
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	花デイサービス	
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	ハビネスケアプラン	
< 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		

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・部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス					
	なし	あり	(利用者が全額負担)	場合※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		○	1,000円	20分未満
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	1,000円	20分未満
おむつ代			なし	あり				
入浴（一泊浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	3,000円	20分以上 60分未満
褥瘡介助	なし	あり	なし	あり				
衣込介助（着脱・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	1,000円	20分未満
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		○	1,000円	30分未満
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1,000円	30分未満
日當の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	2,000円	30分以上 60分未満
居室配膳・トイ	なし	あり	なし	あり		○	100円/食	
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		○	1,200円～	
買物代行	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		○	500円/月	
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			随時実施
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	○			必要時適宜実施
入退院時・入居中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	1,800円/時	
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
入退院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入退院中の見舞い訪問	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。