

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月15日
記入者名	上松 美紀
所属・職名	施設長

※ サービス付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 / <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんうえのはるくりにつく 医療法人上の原クリニック	
主たる事務所の所在地	〒 807-0071 福岡県北九州市八幡西区上の原三丁目28番11号	
連絡先	電話番号	093-612-0002
	F A X 番号	093-612-0033
	ホームページアドレス	http://www.uenoharu-clinic.jp/
代表者	氏 名	生山 俊弘
	職 名	理事長
設立年月日	平成 19 年 4 月 2 日	
主な実施事業	別添 1	

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) ここしあおおひら COCOSIA大平	
所在地	〒 807-0074 福岡県北九州市八幡西区町上津役西1-22-5	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	下上津役1丁目バス停留所 徒歩5分 住所：福岡県北九州市八幡西区下上津役4丁目15
連絡先	電話番号	093-613-8821
	FAX番号	093-613-8822
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	上松 美紀
	職名	施設長
建物の竣工日	平成 28 年 10月 1日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和 1 年 9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) <input checked="" type="radio"/> 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	878.73㎡				
	所有関係	1 事業者が自ら貸借する土地				
		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 (R1年 9月 1日～R35年12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	1539.54㎡			
		うち、老人ホーム部分	1539.54㎡			
	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 (R1年 9月 1日～R35年12月31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				
		最小	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	①有/無	有/②無	18㎡	44	一般居室個室
	タイプ2	①有/無	有/②無	19㎡	4	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
	タイプ6	有/無	有/無	㎡		
	タイプ7	有/無	有/無	㎡		
	タイプ8	有/無	有/無	㎡		
タイプ9	有/無	有/無	㎡			
タイプ10	有/無	有/無	㎡			
※「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	2ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所	
			大浴場	0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他（	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	
	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 （A）	①	あり	2	なし
	火災通報設備（B）	①	あり	2	なし
	A，Bの連動	①	あり	3	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	住宅型有料老人ホーム「COCOSIA大平」は生き生きとした老後が過ごせるように明るく家庭的な雰囲気や家族並びに地域社会との結びつきを重視し、入居者の誰もが生きがいを持って人生を送ることが出来る施設づくりに職員が一丸となって誠心誠意努めます。		
サービスの提供内容に関する特色	「上の原クリニック」と提携している為、人工透析の方の入居相談を受けております。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	<input checked="" type="radio"/> 2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	<input checked="" type="radio"/> 2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事に供与	1 自ら実施	<input checked="" type="radio"/> 2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="radio"/> 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

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	
	夜間看護体制加算	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	
	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	
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 type="radio"/> ② 入退院の付き添い <input type="radio"/> ③ 通院介助 <input type="radio"/> ④ その他 ()	
協力医療機関	1	名称	上の原クリニック
		住所	北九州市八幡西区上の原3-28-11
		診療科目	腎臓内科・泌尿器科・内科・皮膚科
		協力内容	別紙にて
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	デンタル4℃
		住所	北九州市八幡東区前田2-11-17
		協力内容	訪問歯科診療

(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		<input type="radio"/> ① 一時介護室へ移る場合 <input type="radio"/> ② 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> ③ その他 (心身の状況に応じ2F、3Fから1Fに移る場合あり)	
判断基準の内容		要介護3以上を目安として、常時介護が必要な状態または重度の認知症により、自身の居室や愛蔵品等に対する意識を失い、転倒のリスクが増大した場合	
手続きの内容		1. 日常よく観察している施設スタッフの見解または、主治医等関係機関の見解 2. 身元引受人の承諾 3. 本人の同意以上の3点を確認する	
追加的費用の有無		<input checked="" type="radio"/> ① あり <input type="radio"/> ② なし (部屋の清掃費)	
居室利用権の取扱い		各階への移動の場合は、利用権は移行	
前払金償却の調整の有無		1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし	
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし	
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし	
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし	
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし	
	その他の変更	<input checked="" type="radio"/> ① あり <input type="radio"/> ② なし	(変更内容) 利用権の移行 階の変更あり

(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	要介護認定の場合は状態が安定しており医療行為が日常的に必要な程度の方	
契約の解除の内容	<p>1. 入居者が死亡した場合（2名入居の場合は、どちらも死亡した場合）</p> <p>2. 入居者様からの契約解除が行われた場合</p> <p>3. 事業者からの契約解除を行う場合事業者は次のいずれかに該当し、且つ、そのことが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90日の予告期間をおいて契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不当手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ・入居者、身元引受人または入居者家族の言動が、入居者自身または他の入居者あるいは職員の心身または生命に危険を及ぼす恐れがあるとき、または他の入居者へのサービス提供に著しく影響を及ぼすとき ・入居者が当施設を長期に亘り不在にするとき（入院を含む）で、当施設への帰所が困難であると合理的に判断されたとき ・天災、その他やむを得ない事情により施設を閉鎖または業務縮小するとき ・入居者、身元引受人または入居者の家族が当法人、当施設または職員、あるいは他の入居者に対して、入居契約をしがたいほどの背信行為を行ったとき ・第3条3項の規定に違反したとき（管理規定参照） ・第20条に違反したとき（管理規定参照） 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	29条
	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： 1日 3,000円 ） 2 なし	
入居定員	48	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	1.00人	1.00人		
生活相談員				
直接処遇職員	13.00人			
介護職員	10.00人	0.00人	10.00人	
看護職員	3.00人	2.00人	1.00人	
機能訓練指導員				
計画作成担当者	0.00人	0.00人		
栄養士	0.00人	0.00人		
調理員	0.00人	0.00人		
事務員	1.00人	1.00人		
その他職員	0.00人	0.00人		
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	0.00人	0.00人	0.00人
介護福祉士	3.00人	0.00人	3.00人
実務者研修の修了者	3.00人	0.00人	3.00人
初任者研修の修了者	4.00人	0.00人	4.00人
介護支援専門員	0.00人	0.00人	0.00人

(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	0.00人		
理学療法士	0.00人		
作業療法士	0.00人		
言語聴覚士	0.00人		
柔道整復士	0.00人		
あん摩マッサージ指圧師	0.00人		
はり師	0.00人		
きゅう師	0.00人		

(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	人	人
介護職員	1～2人	1.00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以上

※公告、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				准看護師		
			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		1			2						
前年度1年間の退職者数			1		2						
業務に 応じた 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										
	5年以上 10年未満				2						
	10年以上	1	1		2						
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 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払方式 【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	物価や人件費の変動等により改定する場合がある
	手続き	運営懇談会等で意見を聴く

(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	要支援1	要介護1	
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	18㎡	19㎡	
	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	円	円	
	敷金	135,000円	150,000円	
月額費用の合計		113,240円	118,240円	
家賃		45,000円	50,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用 ※1		円	
	介護保険外※2	食費	45,000円	45,000円
		管理費	20,000円	20,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	3,240円	3,240円
		その他	各居室メーターにて計算	各居室メーターにて計算

※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)

費用	算定根拠
家賃	基本的に、建設費、土地賃貸借費、借入利息等を基礎とし厚生労働省作成の簡易生命表から計算される想定居住期間にかかる家賃として算定。加えて当法人における退去率と一定期間の空室発生や居室改装費(原状回復を含む)等を踏まえ、安定経営が継続できるように設定
敷金	家賃の3か月
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	事務管理部門の人件費、共用施設の維持管理費並びに水道光熱水費、備品、消耗品費等
食費	18,900円 1日3食で30日利用した場合 朝150円 昼240円 夕240円
光熱水費	水道代 3,240円 電気代各居室にて測定(実費)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	利用者の個別的な選択によるサービス利用については、別添2を参照
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)	ヵ月
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)

※人数は単位の記入不要

性別	男性	8人
	女性	25人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	7人
	85歳以上	26人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	3人
	要介護1	7人
	要介護2	8人
	要介護3	10人
	要介護4	3人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	9人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	22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)

※単位の記入不要

平均年齢	88.0歳
入居者数の合計	33人
入居率※	68.70%
※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)

※人数は単位の記入不要

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	1人
	死亡者	4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)
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 医療行為が必要になった為

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		苦情窓口
	電話番号		093-613-8821
	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			
2	窓口の名称		北九州市介護保険課
	電話番号		093-582-2771
	対応している時間	平日	8:30～17:30
		土曜	
		日曜・祝日	
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) 賠償責任保険 Chubb損害保険
	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) 賠償責任保険
	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 1 回 (9月)
	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「6 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		
「7 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		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類 別添1(事業主体が北九州市内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。

説明を受けた者の署名 _____

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	COCOSIAヘルパーステーション	北九州市八幡西区中の原1-1-6
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	COCOSIAデイサービスみのり	北九州市八幡西区町上津役西」1-22-6
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	COCOSIAヘルパーステーション	北九州市八幡西区中の原1-1-6
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	COCOSIAデイサービスみのり	北九州市八幡西区町上津役西」1-22-6
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				
＜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	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）		含有※2	都度※2	料金※3	
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○		10分500円
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○		10分500円 おむつ代等の消耗材は実費
おむつ代			なし	あり		○		別途実費請求
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○		10分500円 石鹸・シャンプー等は実費
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		○		10分500円
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○		※付き添い範囲に関しては要相談
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○		10分500円 清掃の内容・範囲は個別設定
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○		10分500円
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		10分500円 洗剤などは実費
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○		10分500円
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		別途実費請求
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		○		別途実費請求
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○		10分500円 片道500Mまで
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		○		年 1 回
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	○			
生活のリズムの記録（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				
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。