

重要事項説明書

記入年月日	令和4年 7/1
記入者名	和田 耕一朗
所属・職名	管理者

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) かぶしきがいしゃ いんまいらいふ 株式会社 インマイライフ	
主たる事務所の所在地	〒752-0985 下関市長府外浦町2番20号	
連絡先	電話番号	083-242-0137
	FAX番号	083-242-0138
	ホームページアドレス	http://www.inmylife24.com/companyprofile/
代表者	氏名	和田 耕一朗
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 25年 10月 1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) サービス付き高齢者向け住宅みもすそ川	
所在地	〒751-0813 下関市みもすそ川町10番20号	
主な利用交通手段	最寄駅	下関駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・下関駅バスで乗車20分、火の山入口 停留所で下車、徒歩3分 ②自動車利用の場合 ・下関駅から乗車15分
連絡先	電話番号	083-232-0555
	FAX番号	083-227-4796
	ホームページアドレス	http://www.inmylife24.com/companyprofile/
管理者	氏名	和田 耕一朗
	職名	代表取締役
建物の竣工日		昭和・平成 25年 9月 1日

有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	25年	10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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	845.39㎡	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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	1136.6㎡ (地上3階・地下1階建)
		うち、老人ホーム部分	147.5㎡ (1階部分の一部及び共有部分)
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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】	全室個室				
		最少	1 人部屋			
		最大	2 人部屋 (夫婦部屋)			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.47 m ²	4	1 人部屋
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	25.88 m ²	5	夫 婦 可
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	27.51 m ²	2	夫婦可
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	29.15 m ²	4	夫婦可
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	31.05 m ²	4	夫婦可
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 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」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	1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 電磁調理器による湯沸かし程度なら可					
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				
土砂災害警戒区域	該当	1 あり 2 なし 1の場合 <input type="checkbox"/> 土石流 <input checked="" type="checkbox"/> 急傾斜地 <input type="checkbox"/> 地すべり				

浸水想定区域 (洪水・津波・高潮)	該当 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	1の場合 <input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 高潮 想定浸水深 m～ m
----------------------	--	--

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	一、ご入居者の意思を尊重し、自立に向けて支援します。 二、行政、介護、医療、地域との連携を図ります。 三、「信任」「信愛」「信頼」される老人ホームを運営します。
サービスの提供内容に関する特色	入居者の健康管理の一環として個別にリハビリを実施します。 入居者の安全と安心のため安否確認と24時間コール対応を行います。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
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 type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（救急病院との連携及び訪問診療院の確保）	
協力医療機関	1	名称	やまさきファミリークリニック
		住所	下関市新垢田東町2丁目2-16
		診療科目	内科, 小児科, 胃腸内科, 循環器内科, アレルギー科, 呼吸器内科
		協力内容	定期訪問による健康相談、年2回の健康診断の実施、緊急時対応 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	関門医療センター
		住所	下関市長府外浦町1番1号
		診療科目	総合診療
		協力内容	緊急時の受け入れ及び入院
協力歯科医療機関		名称	アイリス歯科
		住所	下関市伊倉新町4丁目4-39
		協力内容	訪問歯科・医療の相談

(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		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	介護保険法における要介護 1～要介護 5 の方	
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契約解除が行われた場合	
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・接遇方法では防止できない場合等
	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 :) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	8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	1		1	
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	3			
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				
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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 (16時 ~翌9時)			
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)
		人	
看護職員		人	人
介護職員		人	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										
前年度1年間の退職者数										
年数に応じた業務に従事した職員の経験の	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										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし（食費については日割り計算で減額） 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 30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	物価変動、人件費上昇により、改定する場合がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

(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	要介護	要介護
	年齢	70歳	70歳
居室の状況	床面積	27.50㎡	㎡
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円
	敷金	45,000円	36,000円
月額費用の合計		97,700円	94,700円
家賃		15,000円	12,000円
費用	サービス	特定施設入居者生活介護 ^{*1} の費用	円
	保険	食費	47,700円
		管理費	15,000円

	生活支援サービス費	10,000円	10,000円
	健康管理費	10,000円	10,000円
	その他	都度払いサービス有	都度支払いサービス有

※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	29,000円/月 ～ 47,000円/月 施設の建設費、修繕費、地代等を基礎とし、近傍同種の住宅の家賃等を参考に算定した金額
敷金	家賃の 3ヶ月分
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	20,000円/月 事務管理、居室・共用施設の光熱費及び維持管理費、備品・消耗品費
食費	47,700円/月（朝食410円、昼食560円、夕食620円） 上記月額、1日3食を30日間喫食した場合の金額欠食の場合は、1日前までに申し出ることとし、食費は前月分の喫食数により清算する。
光熱水費	管理費に含む
生活支援サービス費	10,000円（生活支援サービス実施に伴う備品等の管理及び人件費）
健康管理費	10,000円（健康管理サービス実施に伴う備品等の管理及び人件費）
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	

(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	9人
	女性	12人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	16人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	6人
	要介護2	2人
	要介護3	4人
	要介護4	7人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	10人
	5年以上10年未満	9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	84.6歳
入居者数の合計	23人
入居率※	91.3%
※ 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

	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	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		住宅型有料老人ホーム みもすそ川苦情相談窓口	下関市役所 福祉部長寿支援課
電話番号		083-232-0555	083-231-1168
対応している時間	平日	8:30~17:30	8:30~17:15
	土曜	8:30~17:30	—
	日曜・祝日	—	—
定休日		日・祝(年末年始)	土・日・祝(年末年始)

(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) 東京海上日動火災保険会社の施設内事故賠償責任保険に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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) 事故対応マニュアルに基づく
	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
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「7 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	相部屋あり	
「8 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合	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)	

性	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	多床室及び居室面積
不適合事項がある場合の内 容	個室ではなく多床室 入居者一人当たりの面積 13 m ² 以下

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 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。

※ 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。

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	あり	なし	アイ・エム・エル ヘルパステーション	下関市一の宮本町一丁目7-17
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	アイ・エム・エル デイサービスリライブ	下関市一の宮本町一丁目7-17
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	アイ・エム・エル 安心サポート24	下関市一の宮本町一丁目7-17
夜間対応型訪問介護	あり	なし	アイ・エム・エル デイサービスセンター	下関市みもすそ川町10番20号
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	アイ・エム・エル ケアプランセンター	下関市一の宮本町一丁目7-17
<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		
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		
介護医療院	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								
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	なし	あり				
おむつ代			なし	あり				実費
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		○	1200	協力医療機関以外 協力医療機関無料
生活支援サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			年1回室内の大掃除
24時間コール対応・安否確認	なし	あり	なし	あり	○		10000	月額
リネン貸与・交換	なし	あり	なし	あり	○		3000	基本（1回/週）汚染時はその都度
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		○	50	1食当たり
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		○		実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	500	5キロ以内
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	500	30分以内
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				協力医療機関による年2回実施
バイタルチェック・個別リハビリ	なし	あり	なし	あり	○		10000	月額
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		○	1200	協力医療機関以外 協力医療機関無料
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	800	30分以内
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○			状況により対応

※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。