

重要事項説明書

記入年月日	令和5年 6月30日
記入者名	岡村憲親
所属・職名	常務取締役

1. 設置者概要

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) 株式会社 華園	
主たる事務所の所在地	〒759-6534 下関市豊浦町大字川棚 4040 番地 1 コンフォールII号館 103号	
連絡先	電話番号	083-242-0390
	FAX番号	083-242-4621
	ホームページアドレス	http://nonohana-home.com
代表者	氏名	高橋伴昌
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成 26年 10月 1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) 有料老人ホーム 野の花	
所在地	〒759-6301 山口県下関市豊浦町大字川棚古川 3615 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 山陰本線 川棚温泉駅
	交通手段と所要時間	例：①JR利用の場合 ・川棚温泉駅から約1000m (徒歩約12分) ②バス利用の場合 ・サンデン交通川棚小学校前バス停車 約30m (徒歩約1分)
連絡先	電話番号	083-775-3000
	FAX番号	083-775-2005
	ホームページアドレス	http://nonohana-home.com
管理者	氏名	高橋伴昌
	職名	施設長
建物の竣工日		令和 3年 3月 25日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 3年 3月 28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	令和	年 月 日
	指定の更新日（直近）	令和	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2, 562.01 m ²		
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
		契約期間	1 あり 2 なし	
契約の自動更新		1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	891.45 m ²	
		うち、老人ホーム部分	713.86 m ²	
	耐火構造	1 耐火建築物		
		2 準耐火建築物		
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（ ）		
	構造	1 鉄筋コンクリート造		
		2 鉄骨造		
<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造				
4 その他（ ）				
所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	契約期間	1 あり 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	1人部屋		
			最大	2人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	13.7 m ²	20	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	27.6 m ²	2	一般居室多床室
	タイプ3	有/無	有/無	27.3 m ²	2	〃
	タイプ4	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	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1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	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			
土砂災害警戒区域	該当	1 あり	2 なし	1の場合 □土石流 □急傾斜地 □地すべり		
浸水想定区域 (洪水・津波・高潮)	該当	1 あり	2 なし	1の場合 ✓洪水 □津波 □高潮 想定浸水深 1 m～ 5 m		

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	地域の方々と連携し、利用者様と職員との信頼関係を築き、笑顔や喜びで日々安心してご利用いただける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	入居者様が今まで同様にご自分らしい生活を楽しんでいただけるよう日常に寄り添いながら、日々の暮らしのお手伝いをさせていただきます
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

(介護保険サービスの内容) ※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	
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	勝山サテライトクリニック
		住所	下関市大字田倉 242 番地の 1
		診療科目	内科

	2	協力内容	訪問診療
		名称	
		住所	
		診療科目	
協力歯科医療機関		協力内容	
		名称	山口歯科医院
		住所	下関市豊浦町大字小串石堂 7-141
		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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（一般居室間の住み替え ）	
判断基準の内容	ご利用者様の身体状況の変化、介護支援の重度化に応じて判断	
手続きの内容	ご本人様、ご家族様を交え、担当者による住み替えによるメリットデメリットをご説明し、ご同意いただいた場合のみ。新規の契約を取り交わします。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 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	年齢 65 歳以上	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡 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	入居者様の行動が他の入居者様の身体・生命に危害を及ぼす恐れがある時
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（内容：空室がある場合 1泊食事付¥4,500） 2 なし	
入居定員	36人	

その他	身元引受人が設定できない場合は要相談
-----	--------------------

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	6		6	
看護職員	1		1	
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	2		2
実務者研修の修了者	2		2
初任者研修の修了者	2		2
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～翌 9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	1人	0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保険サービス提供体制 (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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称	介護職員実務者研修							
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	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上				3					
	5年未満									
5年以上				2						

	10年未満									
	10年以上		1		2					
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	物価変動・人件費の上昇により不定期に改定する場合あり
	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	1	4
	年齢	89 歳	77 歳
居室の状況	床面積	13.7 m ²	27.6 m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	30,000 円	30,000 円
月額費用の合計		90,000 円	80,000 円
家賃		29,000 円	28,000 円
サービス費	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		0 円
	介護保険	食費	30,000 円
		管理費	31,000 円
		介護費用	円

	光熱水費	0 円	0 円
	その他	都度払いサービス有 円	都度払いサービス有 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	(個室) 29,000円 (多床室) 28,000円
敷金	(個室) 家賃の1.04月分30,000円 (多床室) 家賃の1.08月分30,000円
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	(個室) 31,000円 (多床室) 22,000円
食費	30,000円 (30日換算、1日当たり1,000円 朝260円 昼夜370円)
光熱水費	通常管理費に含まれる
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2のとおり
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
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	1 連帯保証を行う銀行等の名称

保全先	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	10 人
	女性	23 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	5 人
	75 歳以上 85 歳未満	13 人
	85 歳以上	14 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	12 人
	要介護 2	13 人
	要介護 3	7 人
	要介護 4	1 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	3 人
	1 年以上 5 年未満	27 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	84.7 歳
入居者数の合計	33 人
入居率※	92 %
※ 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	4 人
	医療機関	6 人

	死亡者	1人
	その他	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	10人
		(解約事由の例) 特養老人ホームに入居するため

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		有料老人ホーム野の花 苦情受付窓口
電話番号		083-775-3000
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝日、年末年始

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※設置者や施設以外の窓口を記入すること。

窓口の名称		下関市 長寿支援課
電話番号		083-231-1168
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝日、年末年始
窓口の名称		山口県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口
電話番号		083-995-1010
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝日、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) 損保ジャパン保険会社の事業活動賠償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様の生命・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	
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	<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	1 あり	実施日	年 月
		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
<input checked="" 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	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	
	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:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし

福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	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	建物が耐火・準耐火ではない 浴室にナースコールが設置されていない 多床室が 4 部屋あり、1 人当たりの床面積が 13 m ² 未満となっている。
「8. 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	建物が耐火・準耐火ではない 浴室にナースコールは設置していない 多床室が 4 部屋あり、1 人当たりの床面積が 13 m ² 未満となっている。

添付書類

別添 1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表

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
(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

説明者氏名及び役職

(役職: _____)

※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

令和5年7月

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 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表

介護保険サービスの種類		事業所の名称		所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーション華園	下関市豊浦町厚母郷378-1
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	デイサービス野の花	下関市豊浦町大字川棚古川3615
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		
<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		
<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		
<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			
	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		○	1,500	1時間当たり。市内の医療機関に限る。	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
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					
おやつ			なし	あり		○	1,000	1ヶ月当たり（食費とは別）	
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	1回/週当たり。月極（毎週）1,500円	
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		○	1,500	1ヶ月当たり	
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○	実費	入居者の状態に応じて医師が判断。	
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		○	1,500	1時間当たり。	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	1,500	家族が同行不可能な場合のみ。	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	1,500	1時間当たり。	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	1,500	1時間当たり	
1,500	1時間当たり。								

令和5年7月

※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含まれる場合と、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。