

重要事項説明書

記入年月日	平成28年12月1日
記入者名	小町谷 裕子
所属・職名	施設長

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) こくぶとちたてものかぶしきかいしゃ 国分土地建物株式会社	
主たる事務所の所在地	〒272-0034 千葉県市川市市川 1-26-1	
連絡先	電話番号	047-325-2100
	FAX番号	047-323-1700
	ホームページアドレス	http://www.c21kokubu.co.jp
代表者	氏名	山口 幹夫
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 47年 10月 11日	
主な実施事業	不動産業、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) おれじーるヴーらいちかわ にばんかん プレジールヴィラ市川 弐番館	
所在地	〒272-0825 千葉県市川市須和田 2-17-4	
主な利用交通手段	最寄駅	京成線 市川真間駅
	交通手段と所要時間	京成線「市川真間」駅下車徒歩12分(約950m) JR総武線「市川」駅下車徒歩18分(約1,430m)
連絡先	電話番号	047-300-7300
	FAX番号	047-300-7301
	ホームページアドレス	http://www.plaisir-villa.jp
管理者	氏名	小町谷 裕子
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和・平成 28年 7月 7日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 28年 8月 5日	

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1290800307
	指定した自治体名	千葉県市川市
	事業所の指定日	平成 28 年 8 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 34 年 8 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,463.65 m ²				
	所有関係	<input 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	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	1,196.37 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1,196.37 m ²			
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	<input type="checkbox"/> 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	<input 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	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】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室			
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	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.3 m ²	16	介護居室個室	

	タイプ2	有/無	有/無	18.7 m ²	8	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	18.0 m ²	2	介護居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	19.3 m ²	1	介護居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	18.0 m ²	2	介護居室個室
※「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	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	5ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個浴槽	1ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
その他（ソファースバス）			1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	屋上庭園、応接室、食堂（機能訓練にも使用）、駐車場、ラウンジ、アロマ					

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	本事業の運営においては、法令遵守・情報公開の精神を基本としつつ、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立って運営し、入居者の生活の場としてより相応しい場を常に追及していくものとする。又、経営的には、健全かつ安定した経営を旨とする。
サービスの提供内容に関する特色	屋上庭園での植栽やフラワーアレンジメント等の催事を多く取り入れた園芸療法
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	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
(Ⅰ)ロ		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
(Ⅱ)		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
(Ⅲ)		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 1.5 : 以上		
	<input type="checkbox"/> 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 ()
協力医療機関	1	名称	医療法人社団八心会 上田医院 (施設より 2 km)	
		住所	千葉県市川市中国分 2-11-6	
		診療科目	内科. 循環器科. 呼吸器科. アレルギー科.	
		協力内容	入居者の健康管理及び定期訪問診療、健康診断、休日・夜間を含む緊急時の対応、他の医療機関の診察を要する場合の紹介等。(医療費その他の費用は入居者負担)	
	2	名称	医療法人社団嵐川 大野中央病院 (施設より 3.8 km)	
		住所	千葉県市川市下貝塚 3-20-3	
		診療科目	内科. 整形外科. 外科. 消化器科. 肛門科. 泌尿器科. 脳神経外科. リハビリテーション科	
		協力内容	外来診察・入院受け入れ(医療費その他の費用は入居者負担)	
協力歯科医療機関	名称	千葉県歯科医師会 浮谷歯科医院 (施設より 2.8 km)		
	住所	千葉県市川市八幡 1-16-23		
	協力内容	訪問歯科診療・口腔ケア(医療費その他の費用は入居者負担)		

(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		
契約の解除の内容	入居者の死亡、生前解約、又は事業者からの契約解除。	
事業主体から解約を求める 場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> ・入居契約に虚偽の事項を記載する等不正手段による入居 ・月額利用料その他の支払いをしばしば地帯するとき ・建物、付属設備又は敷地を故意または重大な過失により汚損、・破損又は滅失した時 ・行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす時
	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泊2日3食付 16,200円)	2 なし
入居定員	29人	
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

【開設年次末想定・入居者 20 名として】

	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		1
副施設長	1	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	12	12		12
看護職員	3	2	1	2.8
機能訓練指導員	1	1		1(理学療法士)
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	(1)	(1)		(1) 委託
調理員	(3)	(3)		(3) 〃

事務員	2	2		
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}				40
<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) ※H28. 7. 20 時点での雇用予定

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	1	1	
介護福祉士	6	6	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	5	1	
介護支援専門員	1	1	

(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	1	1	
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
針灸士			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時～10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	2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】	<input type="checkbox"/> a 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> b 2 : 1 以上 <input type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 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)	<u>(未)</u>

※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							
			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										
応じた業務に従事した経年数に 職員の人数	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									
10年以上										
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 <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	1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額（食費） 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、人件費上昇により、2年に1回改定する場合がある。 手続き 入居者の意見を聴き、運営推進会議での検討を踏まえて改定する。

（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3		
	年齢	85歳	歳	
居室の状況	床面積	18.0㎡	㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金（家賃相当額）	9,500,000円	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		205,200円	円	
家賃		0円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	31,000円	円
		管理費	174,200円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	（管理費に含む）	円
その他	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	土地取得代、建築費、設備備品費、土地・建物固定資産税、修繕費、公租公課等。
敷金	—
介護費用	—
管理費	事務費、管理部門にかかる人件費、居室・共用設備等の維持管理費。
食費	欠食の場合は1日単位での日割計算
光熱水費	管理費に含む。

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	

(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	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。	

(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	老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定	
想定居住期間（償却年月数）	60ヶ月	
償却の開始日	入居日の翌日	
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）	2,375,000円	
初期償却率	25%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	9,500,000円÷60ヶ月÷30日×（入居日から契約終了日までの日数） ※初期償却費用は全額無利息で返金
	入居後3月を超えた契約終了	7,125,000円×（契約終了日から想定居住期間満了日までの日数）÷（入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数）
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 無	

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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人

	75 歳以上 85 歳未満		人
	85 歳以上		人
要介護度別	要介護 1		人
	要介護 2		人
	要介護 3		人
	要介護 4		人
	要介護 5		人
入居期間別	6 ヶ月未満		人
	6 ヶ月以上 1 年未満		人
	1 年以上 5 年未満		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)

平均年齢		歳
入居者数の合計		人
入居率※		%
※ 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	プレジールヴィラ市川 式番館
-------	----------------

電話番号	047-300-7300	
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	9時～17時
	日曜・祝日	9時～17時
定休日	なし	
窓口の名称	市川市福祉部 福祉政策課	
電話番号	047-704-0282	
対応している時間	平日	8時45分～17時15分
定休日	土曜・日曜・祝日	
窓口の名称	千葉県国民健康保険団体連合会	
電話番号	043-254-7428	
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
定休日	土曜・日曜・祝日	
窓口の名称	公益社団法人全国有料老人ホーム協会	
電話番号	03-3272-3781	
対応している時間	平日	10時00分～17時00分
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づき対応。
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年6回と規定
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 28 年 7 月 15 日受理) <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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 (平成 年 月 日登録) 2 なし	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (平成 28 年 1 月 15 日施行の設置運営指導指針を適用)	
合致しない事項がある場合の内容		
「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	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

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 平成 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	あり	なし		
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		
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	プレジールヴィラ市川	市川市須和田2-17-6
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		
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
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		○	パット@52円～ リハパン@190円～	自己負担
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			職員1人1,500円/h	週1回所定以上は有料
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				
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	総合カット2,750円 カラー 6,040円	外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり				指定場所 週1回
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				
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		○	職員1人1,500円/h	
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。