

別添 2

別記様式第 1 号

重要事項説明書

記入年月日	令和 3 年 7 月 1 日
記入者名	谷内英樹
所属・職名	SV岩見沢元町 所長

※ 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	
名称	かふしがいしゃ げんきなかいご 株式会社 元気な介護	
主たる事務所の所在地	〒001-0020 北海道札幌市北区北二十条西四丁目 2 番 15 号	
連絡先	電話番号	011-708-3000
	FAX番号	011-708-3030
	ホームページアドレス	http://genkinakaigo.co.jp/
代表者	氏名	池田 元気
	職名	代表取締役
設立年月日	平成16年3月5日	
主な実施事業	※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	かいごつきゆうりょうろうじんほむ さんづいれっじいわみざわもとまち 介護付有料老人ホーム サンヴィレッジ岩見沢元町	
所在地	〒068-0056 北海道岩見沢市元町3条東5丁目1-5	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 岩見沢駅
	交通手段と所要時間	① JR 岩見沢駅から徒歩で10分 ② 岩見沢 IC より車で10分
連絡先	電話番号	0126-32-9043
	FAX番号	0126-32-9044
	ホームページアドレス	http://genkinakaigo.co.jp/
管理者	氏名	谷内 英樹
	職名	所長
建物の竣工日		年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成28年12月10日

書式変更: フォント: (日) MS 明朝,
(特殊) Century

書式変更: フォント: (日) MS 明朝,
(特殊) Century

(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		
該当する場 合	1又は2に 介護保険事業者番号	0175809490
	指定した自治体名	北海道
	事業所の指定日	平成28年12月10日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2182.06 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 (普通賃貸 ・ 定期賃貸)				
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
契約期間		1 あり (2016年12月10日～2024年3月19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	998.88 m ²			
		うち、老人ホーム部分	998.88 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 (普通賃貸 定期賃貸)						
抵当権の設定		1 あり 2 なし				
契約期間		1 あり (2016年12月10日～2024年3月19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	18.53 ~20.70 m ²	18室	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	45.55 m ²	3室	介護居室相部屋
	タイプ3	有/無	有/無	13.249 m ²	2室	一時介護室
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
タイプ7	有/無	有/無	m ²			

	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所		
			大浴場		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					
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		
緊急通報装置等	居室	1	あり	2	一部あり	3	なし
	便所	1	あり	2	一部あり	3	なし
	浴室	1	あり	2	一部あり	3	なし
	その他 ()	1	あり	2	一部あり	3	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	『暮らしを支え、心を磨く』 私たちは、入居者様の「人として当たり前の生活」を支援することで、安らぎある暮らしを支えます。それは、そのご家族の安らぎある暮らしにも繋がります。 私たちは思い遣りの心を育みます。暮らしを支えるとは、命を支えることです。相互扶助の精神で思い遣りの心を磨き、入居者様とご家族の暮らしを支えることで、関わる人々に元気な毎日を届けます。
サービスの提供内容に関する特色	家庭的な環境の下で、食事や緊急時対応等を行うことにより、入居者様がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう支援いたします。
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	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	(Ⅰ)イ 1 あり ② なし

	供体制強化 加算	(I)ロ	1 あり (2) なし
		(II)	1 あり (2) なし
		(III)	1 あり (2) なし
	介護職員処 遇改善加算	(I)	(1) あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
		(III)	1 あり 2 なし
		(IV)	1 あり 2 なし
	介護職員等 特定処遇改 善加算	(I)	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)
	(2) なし	: 1	

(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	医療法人すこやか すこやかクリニック上幌向
		住所	岩見沢市上幌向南1条4丁目1262-1
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療、入院の相談・支援体制
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団みらい会 栗沢びーち歯科	
	住所	岩見沢市栗沢町南本町20-1	
	協力内容	訪問歯科	

(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 (介護居室から介護居室、2人部屋から1人部屋への住み替え...)
判断基準の内容	・当ホームの居室は全て専用介護居室のため、原則として入居者様が居室を移ることはありません。ただし、事業者は、入居者様に

書式変更：文字の均等割り付け：19.01字

	<p>対してより適切な介護サービスを提供するため、必要と判断されるときには、介護サービス提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。</p> <p>・相部屋を2名でご利用されている入居者様で、その一方が死亡または退居となった場合は、残存入居者様は原則として1人用の居室へ移って頂きます。変更があった翌月より、1人部屋の月額利用料をお支払頂きます。ただし、1人部屋に空きがない場合はこの限りではありません。</p>	
手続きの内容	<ul style="list-style-type: none"> ・事業者の指定する意思の意見を聴く ・入居者様の意思を確認する ・入居者様、身元引受人・連帯保証人それぞれの同意を得る 	
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	(1) あり 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・概ね65歳以上の方 ・共同生活を円滑に過ごせる方 ・感染症の方は入居できません。ただし、医師により他の入居者様等へ感染する恐れがないと診断された場合はこの限りではありません。 	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者様が死亡したとき ・入居者様から契約解除が行われたとき ・事業者から契約解除が行われたとき 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の事項記載する等、不正な手段により入居したとき ・月額利用料その他の支払いを正当な理

		由なく、3か月以上滞納したとき ・入居者様の行動が、他の入居者様または従業員に生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者様に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないとき
	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: 1泊5,000円/人) ② なし	
入居定員		24人
その他	90日以内の解約について 契約締結日から90日以内において、入居契約書第30条に基づく入居者の解約の申し出がなされた場合は、入居契約書第34条の規定に関わらず、居室明け渡し日までの入居契約書第2条に定める目的施設の利用の対価として、介護保険給付対象外費用としての利用料・日割り計算に基づく入居契約書第24条(月払いの利用料)から第26条(その他の費用)に定める費用を事業者に支払い、第31条に定める明け渡しと原状回復を完了することで当該契約を終了することが出来るものとします。	

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	2	2		
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員	2	1	1	
機能訓練指導員	1		1	
計画作成担当者	1	1		
栄養士				
調理員	2	1	1	
事務員	1		1	

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	3	1	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1		1
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員的人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師	1		1
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 (23時～翌日8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	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	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
-------------------------------	-----------------------	----------------------

員の割合 (一般型特定施設以外の場 合、本欄は省略可能)		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)	3:1
※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・介護支援専門員						
		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			4							
前年度1年間の 退職者数			1							
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満		3							
	1年以上			4	2		1			
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上			1						1
10年未満										
10年以上	1		1							
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 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	施設所在地の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し、必要だと認められたとき 運営懇談会にて意見を聴取

(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1	要介護2/自立	
	年齢	70歳	80歳/75歳	
居室の状況	床面積	20.70㎡	45.55㎡	
	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	120,000円	160,000円	
月額費用の合計		158,010円	290,020円	
サービス費用	家賃	60,000円	80,000円	
	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	約18,000円	約20,000円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	35,010円	70,020円
		管理費	45,000円	90,000円
		介護費用	円	円
		生活サポート費(自立の方のみ)	円	30,000円
その他	円	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	1人部屋（個室） 60,000円（30,000円）／月 2人部屋（夫婦部屋）80,000円（36,000円）／月 建物の賃貸料、設備・備品費等を基礎として、1室あたりの家賃を算出
敷金	120,000円～160,000円（60,000円～72,000円） 家賃の2ヶ月分 ※解約時全額返還だが、居室の修繕費用に充当 90日以内の解約の場合は全額返還
介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	45,000円（32,000円）／月 水道・光熱費、共用部分の維持管理・修繕等の費用
食費	35,010円／月（1日3食で30日の場合） 1食 389円 食事を提供するための費用
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	・生活サポート費 30,000円／月（※自立の方が対象） 自立の方へ日常生活全般におけるサポートを行うための費用

※（ ）内は生活保護受給世帯の料金

(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	要介護度に応じた介護サービス利用料(30日間利用・1割負担額) 要支援1 5,460円 要支援2 9,330円 要介護1 16,140円 要介護2 18,120円 要介護3 20,220円 要介護4 22,140円 要介護5 24,210円 ※介護職員処遇改善加算Ⅰ(8.2%)が別途加算 ※介護職員特定処遇改善加算Ⅱ(1.2%)が別途加算

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（上乗せサービス）	なし
※ 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	7人
	女性	17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	6人
	85歳以上	18人
要介護度別	自立	人
	要支援1	1人
	要支援2	2人
	要介護1	6人
	要介護2	8人
	要介護3	4人

入居期間別	要介護4	2人
	要介護5	1人
	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	19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	81.2歳
入居者数の合計	24人
入居率※	100%
※ 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	3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	介護付有料老人ホーム サンヴィレッジ岩見沢元町	
電話番号	0126-32-9043	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00

定休日	なし	
窓口の名称	株式会社 元気な介護 事業推進部	
電話番号	011-708-3000	
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	休み
日曜・祝日	休み	
定休日	土・日、祝日、年末年始（12月30日～1月3日）	
窓口の名称	岩見沢市役所 健康福祉部	
電話番号	0126-23-4111	
平日	9:00～17:00	
土曜	休み	
日曜・祝日	休み	
定休日	土・日・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) 事業活動包括保険
	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)
	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
	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「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	
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）

私は、書面に基づいて上記重要事項の説明を受けて、内容に同意したことを確認します。
本重要事項説明書は2通作成し、事業者および利用者の署名捺印のうえ、それぞれ1通ずつ保有
するものとします。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(署名代行者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者との関係 _____

署名代行の理由 自署が困難なため その他 (_____)

(事業者)

事業者名 株式会社 元気な介護
住 所 北海道札幌市北区北二十条西四丁目 2 番 15 号
代表者氏名 代表取締役 池田 元気
事業所名 介護付有料老人ホーム サンヴィレッジ岩見沢元町

説明者 職種：_____ 氏名：_____ 印 _____

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			併設・隣接の 状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
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	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		

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	個別の利用料で、実施するサービス（利用者が高額負担）			料金※3	備考
	特定施設入居者生活介護費で、利用者一部負担（利）	なし	あり		
介護サービス	なし	あり	なし		
食事介助	なし	あり	なし		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし		
おむつ代	なし	あり	なし		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし		
特浴介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし		
身辺介助	なし	あり	なし		
機能訓練	なし	あり	なし		
通院介助	なし	あり	なし		
生活サービス	なし	あり	なし		
居室清掃	なし	あり	なし		
リネン交換	なし	あり	なし		
日常の洗濯	なし	あり	なし		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし		
おやつ	なし	あり	なし		
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし		
買い物代行	なし	あり	なし		
役所手続き代行	なし	あり	なし		
金銭・貯金管理	なし	あり	なし		
健康管理サービス	なし	あり	なし		
定期健康診断	なし	あり	なし		
健康相談	なし	あり	なし		
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし		
服薬支援	なし	あり	なし		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし		
入退院時・入院中のサービス	なし	あり	なし		
移送サービス	なし	あり	なし		
入退院時の同行	なし	あり	なし		
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし		
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし		

※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、各サービス毎の費用が、月額の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。