

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	鈴木 洋佑
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) かぶしきがいしゃ もえふくしきーびす 株式会社 萌福祉サービス	
主たる事務所の所在地	〒077-0042 北海道留萌市開運町1丁目2番1号	
連絡先	電話番号	0164-49-2258
	FAX番号	0164-49-2278
	ホームページアドレス	http://www.tekunosukowa.com
代表者	氏名	水戸 康智
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成40年7月10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) ゆうりょうろうじんほーむ ふるーるはびねすななえ 有料老人ホーム フルールハピネスななえ	
所在地	〒041-1111 北海道亀田郡七飯町本町3丁目9番17号	
主な利用交通手段	最寄駅	七飯駅
	交通手段と所要時間	① 函館駅より七飯駅下車 徒歩にて15分 ② 函館駅より函館バスにて七飯町役場前下車 徒歩5分
連絡先	電話番号	0138-64-0022
	FAX番号	0138-64-0055
	ホームページアドレス	http://www.tekunosukowa.com
管理者	氏名	鈴木 洋佑
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 16年1月26日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 16年2月1日

(類型)【表示事項】

<input checked="" 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	0171502016
	指定した自治体名	北海道
	事業所の指定日	平成 20 年 8 月 25 日
	指定の更新日（直近）	令和 3 年 5 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2301.71 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 16 年 1 月 26 日～平成 36 年 1 月 25 日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	2301.71 m ²
		うち、老人ホーム部分	1891.36 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造	
		4 その他 ()	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	
<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物			
抵当権の設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 16 年 1 月 26 日～平成 36 年 1 月 25 日) 2 なし	
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
居室の状況	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室	
		2 相部屋あり	
	【表示事項】	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 checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.15 m ²	21 室	一般居室個室	
タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	15.76 m ²	21 室	一般居室個室	
タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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	8ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6ヶ所		
	共用浴室	7ヶ所	個室	7ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	3ヶ所	チェア浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
			その他（全身シャワー浴機）	3ヶ所		
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし				
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） <input type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない） <input type="checkbox"/> 4 なし					
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	入居者様ひとりひとりの、自由意志と生活習慣を尊重し、家庭的な雰囲気の中できめ細かいサービスにより、明るく、楽しい日常生活を営むことができるよう、努めてまいります。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関との連携により、安全な施設生活を目的とした、専門職による自立支援のサポートを行います。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (Ⅱ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし (Ⅲ) 1 あり <input checked="" 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	1 あり
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	ななえ新病院
		住所	亀田郡七飯町本町7丁目657番5
		診療科目	内科・整形外科・訪問診療
		協力内容	受診・治療
	2	名称	宮村内科医院
		住所	亀田郡七飯町本町3丁目10番45号
		診療科目	内科
		協力内容	受診・治療
協力歯科医療機関		名称	かねたか歯科医院
		住所	亀田郡七飯町本町3丁目16番43号
		協力内容	訪問診療・受診・治療

(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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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	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	契約書第 29 条及び、第 30 条に記載				
事業主体から解約を求める場合	解約条項				
	解約予告期間	2 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 光熱費・管理費等含む) Aタイプ: 8,000円 Bタイプ: 7,500円 ※食事代は別途料金徴収 2 なし				
入居定員	42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	0	0.2
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	23	12	11	16.3
介護職員	19	10	9	12.4
看護職員	4	2	2	2.9
機能訓練指導員	1	1	0	0.1
計画作成担当者	1	0	1	0.7
栄養士	1	1	0	0
調理員	6	0	6	0
事務員	2	2	0	0
その他職員	0	0	0	0
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				

(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	2	1	1
介護福祉士	9	8	1
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	4	1	3
介護支援専門員	1	0	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	4	2	2
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時00分～9時00分)		
	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	2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)	3 : 1

(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	0	0	2	5	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	8	6	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0
	3年未満										
	3年以上	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0
	5年未満										
	5年以上	1	1	3	0	1	0	0	0	0	0
	10年未満										
	10年以上	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0
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	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

(30日の場合)

		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1
	年齢	75歳	75歳
居室の状況	床面積	18.15㎡	15.76㎡
	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	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		125,100円	115,200円
家賃		50,100円	40,200円
サービス費用 介護保険外	食費	51,000円	51,000円
	管理費	24,000円	24,000円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	0円	0円
	その他	0円	0円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p> <p>※3 毎年10月～4月の間、毎日340円の冬季暖房費が必要となる。</p>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	940円～1,670円（1日） 30日の場合、28,200円～50,100円
敷金	なし
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	800円（1日） 30日の場合、24,000円
食費	1,700円（1日） 30日の場合、51,000円
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
その他サービス利用料	冬季暖房費 340円/日（10～4月） 30日の場合、10,200円 預かり金管理料(500円/月)

(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）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

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	11人
	女性	30人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	34人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	10人
	要介護2	9人
	要介護3	6人
	要介護4	11人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	24人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	5人
	15年以上	2人

(入居者の属性)

平均年齢	88.5歳
入居者数の合計	41人
入居率 [※]	97.6%
※ 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	2人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	8人
	死亡者	0人
	その他	0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	8人
		(解約事由の例) 主治医より退院の見込みないと説明あった為

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。

窓口の名称	フルールハピネスななえ 苦情係	
電話番号	0138-64-0022	
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時30分
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		

(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	(その内容) 現金盗難(10万)対人物共通(2億円) 人格権侵害(300万)管理財物(100万)
	<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) 同上
	<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	意見箱を設置し毎月確認
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input 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 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（別を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）

入居するにあたり入居契約説明及び重要事項説明を受け、承諾しました。

入居者署名 _____ 印

ご家族署名
（続柄 _____） _____ 印

入居するにあたり入居契約説明及び重要事項説明を致しました。

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ 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			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萌みなど	函館市港町3丁目4番2号
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	モエ調剤薬局	北斗市飯生1丁目2番21号
通所介護	あり	なし	デイサービスセンター 萌だいこく	函館市弁天町11番4号
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	フルールハピネスみなど	函館市港町3丁目4番2号
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	介護相談センター 萌みなど	函館市港町3丁目4番2号
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーション萌みなど	函館市港町3丁目4番2号
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	デイサービスセンター 萌大黒	函館市弁天町11番4号
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		
介護医療院	あり	なし		

別添2 有料老人ホーム・サービスパッケージ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			備考
	包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス				
食事介助	あり	なし	あり	ケアプランにより実施
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	ケアプランにより実施
おむつ代	あり	なし	508円～	別紙参照
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし		ケアプランにより実施
特浴介助	あり	なし		ケアプランにより実施
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし		ケアプランにより実施
機能訓練	あり	なし		ケアプランにより実施
通院介助	あり	なし		ケアプランにより実施
生活サービス				
居室清掃	あり	なし		ケアプランにより実施
リネン交換	あり	なし		ケアプランにより実施
日常の洗濯	あり	なし		ケアプランにより実施
居室配膳・下膳	あり	なし		ケアプランにより実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし		ケアプランにより実施
おやつ	あり	なし		ケアプランにより実施
理美容師による理美容サービス	あり	なし	1,600円～	外部からの訪問利用
買い物代行	あり	なし		ケアプランにより実施
役所手続き代行	あり	なし		適宜実施
金銭・貯金管理	あり	なし		
健康管理サービス				
定期健康診断	あり	なし		ご本人様のご希望により実施
健康相談	あり	なし		適宜実施
生活指導・栄養指導	あり	なし		適宜実施
服薬支援	あり	なし		ケアプランにより実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし		
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	あり	なし	100円～	移動距離によって料金徴収
入退院時の同行	あり	なし		適宜実施
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし		
入院中の見舞い訪問	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、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの利用の都度払いによる場合に区分して、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。