

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	林原 俊勝
所属・職名	グッドタイムホーム・帯広 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) そうせいじぎょうだん 創生事業団
主たる事務所の所在地	〒810-0005 福岡市中央区清川1丁目3番1号
連絡先	電話番号 092-526-8730 FAX番号 092-526-8740 ホームページアドレス なし あり： http://www.goodtimehome.com
代表者	氏名 伊東 鐘賛 職名 代表取締役
設立年月日	平成10年8月25日
主な実施事業	※別添1（別々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) ぐっどたいむほーむ・おびひろ グッドタイムホーム・帯広
所在地	〒080-0803 帯広市東3条南12丁目1番3号
主な利用交通手段	最寄駅 JR 帯広駅
	交通手段と所用時間 バスの場合：JR帯広駅より十勝バス乗車約3分。「東4条1丁目」バス停より100m。
連絡先	電話番号 0155-21-1294 FAX番号 0155-21-3295 メールアドレス なし あり gth-obihiro@goodtimehome-north.com
管理者	氏名 林原 俊勝
	職名 施設長
建物の竣工日	平成 22年 3月 31日
有料老人ホーム事業の開始日	令和 2年 6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	住宅型	
4	健康型	
1又は2 に該当する 場合	介護保険事業所番号	第 0174602706 号
	指定した自治体名	北海道
	事業所の指定日	令和 2年 6月 1日
	指定の更新年月日 (直近)	令和8年5月24日

3. 建物概要

土地	敷地面積 所有関係	1 9 1 7 . 0 1 m ²					
		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	(平成22年4月～令和17年3月)	
		2	なし				
契約の自動更新		1	あり	2	なし		
建物	延床面積	全体		2, 155.40m ²			
		うち、老人ホーム部分		2, 155.40m 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							
抵当権の設定		1	あり	2	なし		
契約期間		1	あり	(平成22年4月～令和17年3月)			
		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	19.22m ²	44	介護居室	
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	38.44m ²	2	介護居室	
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	m ²			
	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	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	2ヶ所	個室	1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	1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
	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					

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	<p>私どもは、帯広の地に「特定施設入居者生活介護施設」を開設し、そこに暮らす方々が自らの意思に基づき、自立した生活と尊厳を持って生きられる生活の場所づくりを目指します。また、安心・安全・安定の上に、介護サービスの質の向上を絶えることなく追求し続け、ここに関わりのある方、ここに働く人達、その働きを支えてくださる行政関係機関の方々、地域の皆様とともに、ごく普通の生活・人生を送るのに困難な人達の拠所となり、自立のため互いに支え合い、認め合って、開かれた明日の見える暮らしの実現を運営方針とします。</p>					
サービスの提供内容に関する特色	<p>「自分が将来してもらいたい介護を提供したい」その心と力のすべてをこめて、より豊かで生き生きとした安らぎのある生活をご入居者様とともに築けるよう、きめ細かなお手伝いをさせていただきます。</p>					
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

介護サービスの内容、利用定員等			
利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況		別紙	
特定施設入居者生活介護の加算体制の有無			
入居継続支援加算 (I)		あり	なし
入居継続支援加算 (II)		あり	なし
生活機能向上連携加算		あり	なし
個別機能訓練加算 (I)		あり	なし
個別機能訓練加算 (II)		あり	なし

夜間看護体制加算	あり	なし
若年性認知症入居者受入加算	あり	なし
医療機関連携加算	あり	なし
栄養スクリーニング加算	あり	なし
退院・退所時連携加算	あり	なし
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	あり	なし
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	あり	なし
看取り介護加算Ⅰ（死亡日以前31日～45日）	あり	なし
看取り介護加算Ⅱ（死亡日）	あり	なし
看取り介護加算Ⅱ（死亡日以前2日～3日）	あり	なし
看取り介護加算Ⅱ（死亡日以前4日～30日）	あり	なし
看取り介護加算Ⅱ（死亡日以前31日～45日）	あり	なし
生活機能向上連携加算（Ⅰ）3月に1回	あり	なし
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）6月に1回	あり	なし
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）6月に1回	あり	なし
ADL維持等加算（Ⅰ）	あり	なし
ADL維持等加算（Ⅱ）	あり	なし
科学的介護推進体制加算	あり	なし
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	あり	なし
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	あり	なし
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	あり	なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	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 医療法人 おおた内科循環器クリニック 住所 帯広市柏林台中町2丁目2番地8 診療科目 内科・循環器 協力内容 ・入居者の健康管理に協力し、入居者の必要に応じ、訪問診療及び外来受診などの適切な処置・治療及び療養上管理・指導診察を実施します。 ・入居者が入院治療を必要とする場合及び当該有料老人ホームでの生活が困難と認められる場合、入居者の治療が円滑に行えるよう体制を整えるものとします。 ・年2回以上の健康診断を行えるよう体制を整備します。
		名称 つがやす歯科医院 住所 帯広市西10条南9丁目5-5 協力内容 ・入居者の必要に応じ、訪問歯科診療及び口腔診断等サービスを行います。

(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	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 使 前 用 の 居 室 変 更 と の	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	概ね60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。但し医師により、他の入居者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	入居契約第29・30条に拠る				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約第29条1項			
	解約予告期間	30日又は90日			
入居者から解約予告期間	30日				
体験入居の内容	1	あり	(内容: 5,000円/泊税込)		
	2	なし			
入居定員	48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)

(職員別の職員数)

(令和3年7月1日現在)

	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
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員		11	8	
介護職員	19	10	8	16.4
看護職員	3	2	1	3
機能訓練指導員	1		1	0.4
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員	6	3	3	5.3
事務員	1		1	0.9
その他職員	3		3	1.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間

※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	18	11	7
実務者研修の修了者	1	1	
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
看護師及び准看護師			
理学療法士	1		1
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
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～10時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	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】	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)	2.8 : 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											
年業務に 応じた 従事した 職員の 経験 の人数	1年未満		1	3							
	1年以上 3年未満		4	4	1						
	3年以上 5年未満	1	2						1		
	5年以上 10年未満	1	3					1			
	10年以上		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	1		全額前払い方式					
	※該当する方式を全て選択	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	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する								
	手続き	運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する								

(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2	要介護2
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	19.22㎡	19.22㎡
	便所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
	浴室	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
	台所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
入居時点で必要な費用	前払金	0円	5,000,000円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		219,086円	134,086円
サービス	家賃	85,000円 (非課税)	0円
	特定施設入居者生活介護※1の費用	19,932円/30日	19,932円/30日
	介護 食費の費用	48,120円 (課税)	48,120円 (課税)
	介護 管理共益費	39,634円 (非課税)	39,634円 (非課税)
	介護 介護費用		

ス 費 用	除 外 ※ 2	事業運営費	13,200円 (課税)	13,200円 (税別)
		その他(暖房費10月～4月)	11,000円 (非課税)	11,000円 (非課税)
		その他(寝具・タオルのリース)	2,200円 (課税)	2,200円 (課税)
※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） ※3 マットレスは退去時に消毒費として別途ご負担いただきます。 ※4 特殊ベッド、車椅子、床ずれ予防マットなど身体状況に応じて、準備して頂くこともございます。				

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	入居者が居住する居室及び共有施設等の家賃費用
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理共益費	共益費、水光熱費、建物保守に関する維持管理費
事業運営費	事務管理部門、厨房職員の人件費
食費	朝食411円、昼食576円、夕食617円
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

費用	算定根拠								
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	介護度	基本報酬(生活介護費)		②処遇改善加算 ※1 ③特定処遇改善加算 ※2	①+④	地域区分	自己負担額の目安		
		基本単位 (1日単位)	① ×30日	④=①×(②+③)		×10	1割	2割	3割
	要支援1	182	5,460	546	6,006	60,060	6,006	12,012	18,018
	要支援2	311	9,330	933	10,263	102,630	10,263	20,526	30,789
	要介護1	538	16,140	1614	17,754	177,540	17,754	35,508	53,262
	要介護2	604	18,120	1812	19,932	199,320	19,932	39,864	59,796
	要介護3	674	20,220	2022	22,242	222,420	22,242	44,484	66,726
	要介護4	738	22,140	2214	24,354	243,540	24,354	48,708	73,062
	要介護5	807	24,210	2421	26,631	266,310	26,631	53,262	79,893
※1・・・サービス提供体制加算 I イ22単位、夜間看護体制強化加算10単位を含む ※2・・・処遇改善加算 I 8.2% ※3・・・特定処遇改善加算 I 1.8%									
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)	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	1ヶ月の家賃相当額×想定居住期間(月数) + 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	
想定居住期間(償却年月数)	6年間(72か月)	
償却の開始日	入居した日の翌日	
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)	680,000円	
初期償却率	13.60%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	(入居一時金 - 非返還対象部分の額) ÷ 償却期間月数 ÷ 30
	入居後3月を超えた契約終了	入居一時金 × 返還対象分の割合 ÷ 償却期間の日数 × 契約終了日から償却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	西日本シティ銀行 連帯保証委託契約
	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 その他(名称:)	

7. 入居者の状況【冒頭に記載した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	13人
	女性	32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	9人
	85歳以上	34人
要介護度別	自立	人
	要支援1	4人
	要支援2	4人
	要介護1	7人
	要介護2	12人
	要介護3	7人
	要介護4	9人
入居期間別	要介護5	2人
	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	26人
	5年以上10年未満	5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	88.1歳
入居者数の合計	45人
入居率※	93.8%

※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	0人
	医療機関	6人
	死亡者	6人
	その他	0人
生前解約の 状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 退院の目途が立たない 6人

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状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入こと。

窓口の名称		グッドタイムホーム・帯広
電話番号		0155-21-1294
対応している 時間	平日	9時00分～18時00分
	土曜	9時00分～18時00分
	日曜・祝日	9時00分～18時00分
定休日		なし

窓口の名称		帯広市役所介護高齢福祉課 高齢者福祉係
電話番号		0155-65-4145
対応している 時間	平日	8時45分から17時30分
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土日

窓口の名称		北海道国民健康保険団体連合会総務部介護保険課苦情係
電話番号		011-231-5175
対応している 時間	平日	9時00分～17時00分
	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株式 会社に加入
	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) 入居契約書第10条に準ずる
	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	令和 年 月
			結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	2	なし		
	1	あり	実施日	令和 年 月
			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2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
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	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
	1	あり
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	2	なし
	1	あり
合致しない事項がある場合	1	あり
「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)

※

様

説明年月日 令和 年 月 日
説明者署名 林原 俊勝

※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。

住 所：

氏 名：

印

別添1 事業主体が帯広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				
居宅療養管理指導	ありなし				
訪問リハビリテーション	ありなし				
通所介護	ありなし				
短期入所生活介護	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				
定期巡回・随時訪問介護・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				
地域密着型通所介護	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＞					
第1号訪問事業	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				
第1号通所事業	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				
第1号通所事業	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

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					あり	なし			
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）					個別利用で実施するサービス（利用者が全額負担）			備考	
					包含※2	都度※2	料金※3		
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		○	500円/回	週3回目以降	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	1,000円/回	週3回目以降	
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		○	1,000円/30分	協力医療機関～自立者は月5回目以降。それ以外は月2回目以降※片道10km、まで	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	500円/回	自立者は週3回目以降の状況により判断	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	500円/回	自立者は週3回目以降の状況により判断	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	500円/回	自立者は週3回目以降の状況により判断	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	500円/回	自立者の自己都合の場合状況により判断	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	会食等の特別食は予算による	
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		○	1,000円/30分	自立者は週2回目以降。要支援・要介護者はケアプラン内容以外の個人的な希望の場合。片道2km以内。	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	実費	介護保険に関する手続きのみ。それ以外の実費	
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		○	実費	年2回の機会を設ける	
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（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり		○	1,000円/30分	協力医療機関以外の同行（付添）の場合	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	2,000円/回	片道5km以内	
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（介護保険負担割合証に記載）

※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。