

重要事項説明書

記入年月日	令和6年4月
記入者名	松山 光貴
所属・職名	統括責任者

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) 医療法人社団 湖仁会	
主たる事務所の所在地	〒270-1166 千葉県我孫子市我孫子 4-43-17	
連絡先	電話番号	04-7182-7171
	FAX番号	04-7181-8600
	ホームページアドレス	http://www.star-brain.jp
代表者	氏名	星野 茂
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 18年 3月 27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	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくだんでらいおん サービス付き高齢者向け住宅 ダンデライオン	
所在地	〒270-1119 千葉県我孫子市南新木 1-6-3	
主な利用交通手段	最寄駅	J R成田線・新木駅
	交通手段と所要時間	新木駅から 200m (徒歩 4分)

連絡先	電話番号	04-7138-6658
	FAX番号	04-7188-7677
	ホームページアドレス	http://www.kojinkai.com
管理者	氏名	松山 光貴
	職名	統括責任者
建物の竣工日		昭和・平成 23年6月1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 23年6月20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	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1318.93 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	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	1120.01 m ²
		うち、老人ホーム部分	909.2 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	
		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】	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.84 m ²	21	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	29.81 m ²	2	介護居室相部屋
	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	2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	2ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1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 ()	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	洗濯室・駐車場	

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	NEVER GIVE UP～向上心を持って生き生きと明るく回復を望まれる方を家族の一員としてお迎えし、心のこもったケアとサービスを提供いたします。
サービスの提供内容に関する特色	安否確認、夜間2回の巡回、生活相談、食事提供、健康管理、緊急時の対応等。
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	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

		(Ⅲ)	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		<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（訪問医療医の確保）	
協力医療機関	1	名称	ほしの脳神経クリニック
		住所	千葉県我孫子市我孫子 4-43-17
		診療科目	脳神経外科・内科・神経内科・リハビリテーション科
		協力内容	緊急時対応、医師の定期訪問による健康相談（月2回）、（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	アビコデンタルオフィス
		住所	千葉県我孫子市天王台 1-5-1 F2
		協力内容	月2回の訪問歯科治療（医療費その他の費用は入居者の自己負担）

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	要支援者・要介護者		
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 (2人入居の場合はどちらとも死亡した場合) ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業所から契約解除が行われた場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止出来ない場合等。 料金支払い義務を怠った場合。	
	解約予告期間	ヶ月	
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: 1泊2日3食付 5,420円 最長30日間) 2 なし		
入居定員	25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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1		1	
調理員	7	1	6	
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	14	7	7
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員	3	3	

(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	6	5	1
理学療法士	2	2	
作業療法士	1	1	
言語聴覚士	1	1	
柔道整復士			

	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										
<input checked="" type="checkbox"/> 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】		<input checked="" type="checkbox"/> 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
		<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 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	施設が所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し改定することがある。
	手続き	

(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人)	要介護 (2人)	
	年齢	77歳	88歳	
居室の状況	床面積	18.84 m ²	29.81 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	360,000円	720,000円	
月額費用の合計		円	円	
家賃		60,000円	120,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	51,000円	102,000円
		管理費	25,000円	50,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他	34,500円	69,000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>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建設費、借入利息等を基礎として、1室当たりの家賃を算出。
敷金	家賃の 6ヶ月分
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	共有部分、居室光熱水費・管理人人件費。
食費	厨房維持費、食材費に基づく費用。(喫食数による返金制度もあり)
光熱水費	
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	リネン利用料実費負担

(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	6人
	女性	14人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	13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	4人
	要介護2	3人

	要介護3	3人
	要介護4	5人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	14人
	5年以上10年未満	2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	87歳
入居者数の合計	20人
入居率*	91%
※ 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	1人
	死亡者	2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

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	当施設受付窓口及び苦情、相談窓口	
電話番号	04-7138-6658	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30

	日曜・祝日	8:30～17:30
定休日	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)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	損保ジャパン日本興亜の賠償責任保険に加入
	<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	事故対応マニュアルに基づく
	<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	居宅介護事業者毎に実施	
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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	市の第三者評価を居宅介護事業者毎に実施	

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 type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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	1 あり	(開催頻度) 年 回
	2 なし 検討予定	
	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 (平成 年 月 日届出)	
	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 (平成 24 年 3 月 30 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	
	2 なし	(平成 年 月 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		
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)

※私は重要事項説明書に基づいて、説明を受け同意しました。

※_____印

事業者 住所 千葉県我孫子市我孫子 4 丁目 43-17
法人名 医療法人社団 湖 仁 会
代表者 理事長 星野 茂 印
事業者 サービス付き高齢者向け住宅ダンデライオン
統括責任者 松山 光貴 印

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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問介護ステーションあらかき	我孫子市南新木1-6-3
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問看護ステーションあらかき	我孫子市南新木1-6-3
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ほしの脳神経クリニック	我孫子市我孫子4-43-17
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ほしの脳神経クリニック	我孫子市我孫子4-43-17
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	テイサービズ虎	我孫子市南新木1-6-3
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ほしの脳神経クリニック	我孫子市我孫子4-43-17
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	居宅介護支援事業所あらかき	我孫子市南新木1-6-3
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問介護ステーションあらかき	我孫子市南新木1-6-3
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問看護ステーションあらかき	我孫子市南新木1-6-3
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ほしの脳神経クリニック	我孫子市我孫子4-43-17
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ほしの脳神経クリニック	我孫子市我孫子4-43-17
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	テイサービズ虎	我孫子市南新木1-6-3
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
特定介護予防福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし		

介護予防支援	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
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		○	115 円	115 円 / 1 枚	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			週 2 回介護保険で実施	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○			同上	
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	○			都度方式で訪問リハビリテーションを実施する事業による	
通院介助	なし	あり	なし	あり	○		1,500	緊急時に対応。1,500 円 / 30 分	
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	○			週 1 回 / 4,500 円 追加交換 400 円 / 1 回	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		月 10 回 / 4,000 円 追加洗濯 300 円 / 1 回	
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		○		外部からの訪問理美容 1 回 / 月、訪問	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			日用品の配送業者が可能な物に限る	
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	○			希望による	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			適宜	
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					※付添いができる範囲を明確化すること
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、 2 割又は 3 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。