

重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 2024年12月1日 |
| 記入者名 | 船附 沙織 |
| 所属・職名 | 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) かぶしきがいしやいかるが 株式会社いかるが | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒540-0012 大阪府大阪市中央区谷町 2-2-22 NS ビル 4階 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 06-6966-1888 |
| | FAX番号 | 06-6966-1885 |
| | メールアドレス | jimukyoku@ikaruga-k.com |
| | ホームページアドレス | https://ikaruga-k.com/ |
| 代表者 | 氏名 | 島内 紀行 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 令和3年8月6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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむけあ・ぶりっじほうりゅうじ 住宅型有料老人ホーム ケア・ブリッジ法隆寺 | |
| 所在地 | 〒636-0123 奈良県生駒郡斑鳩町興留1丁目3番14号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 法隆寺駅 |
| | 交通手段と所要時間 | JR 法隆寺駅より徒歩 10 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0745-75-1020 |
| | FAX番号 | 0745-75-1022 |
| | メールアドレス | horyuji@ikaruga-k.com |
| | ホームページアドレス | https://ikaruga-k.com |
| 管理者 | 氏名 | 船附 沙織 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | 令和4年4月15日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 令和4年5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 | 介護保険事業者番号 | |
| | 指定した自治体名 | 県 (市) |
| | 事業所の指定日 | 年 月 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|--------|----------------|-------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|-------|---------|
| 土地 | 敷地面積 | 1245.83 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 (普通賃借 ・ 定期賃借) | | | | |
| | | 抵当権の有無 | ① あり 2 なし | | | |
| | 契約期間 | ① あり (2022年5月1日～2052年4月30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 | 1478.89 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1462.64 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 (普通賃借 ・ 定期賃借) | | | | |
| 抵当権の設定 | | ① あり 2 なし | | | | |
| | 契約期間 | ① あり (2022年5月1日～2052年4月30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 (縁故者居室を含む) | | | | |
| | | 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 | 18.00～ 18.72 m ² | 34 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 33.23～ 34.84 m ² | 3 | 一般居室相部屋 |
| | 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 | | 2ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 3ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 3ヶ所 | 個室 | | 3ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | 0ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 3ヶ所 | チェアー浴 | | 1ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | 0ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | 0ヶ所 | |
| | | | その他 () | | 2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 | 居室 | 便所 | 浴室 | その他 () | | |
| | ① あり | ① あり | ① あり | 1 あり | | |
| | 2 一部あり | 2 一部あり | 2 一部あり | 2 一部あり | | |
| 3 なし | 3 なし | 3 なし | 3 なし | | | |
| その他 | | | | | | |

| | | | |
|----------|---|------|--------------------|
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 加美東さはら歯科 |
| | | 住所 | 大阪市平野区加美東1丁目10番38号 |
| | | 協力内容 | 歯科 |
| | 2 | 名称 | 医療法人優社 北山歯科クリニック |
| | | 住所 | 羽曳野市はびきの2-7-36 |
| | | 協力内容 | 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 3 その他 () | 2 介護居室へ移る場合 | |
| 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 | 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 | ①要介護の認定を受けた方 ②共同生活を営める方 ③自傷・他害行為の無い方 | | |
| 契約の解除の内容 | ①入居者が死亡したとき ②事業者が第31条に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき ③入居者が第32条に基づき解約を行ったとき | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | ①入居申込書に虚偽の事項を記載するなど、不正手段により入居したとき ②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき、又は2ヶ月以上滞納したとき ③第20条の規定に違反したとき | |

| | | |
|--------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | ④入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、且つ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止する事ができないとき ⑤第 38 条の規定に基づき相当の理由なく、身元引受人を定められないとき ⑥共同生活の秩序を乱す行為があったとき |
| | 解約予告期間 | 30 日 |
| 入居者からの解約予告期間 | | 30 日 |
| 体験入居の内容 | ① あり（内容：1泊8,800円（最長7日まで）食事代は別途かかります） 2 なし | |
| 入居定員 | | 40 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 | 0 | 1 | 0.8 |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 16 | 0 | 16 | 3.8 |
| 看護職員 | 3 | 0 | 3 | 2 |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 2 | 1 | 1 | 1.5 |
| その他職員 | 9 | 0 | 9 | 2.7 |
| 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 | 12 | 0 | 12 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 0 | 2 |
| 初任者研修の修了者 | 2 | 0 | 2 |
| 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 |
| 看護師又は准看護師 | 3 | 0 | 3 |
| 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 (20 時～ 7 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 |

(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 | | | | 16 | | | | | | | |
| 前年度 1 年間の退職者数 | | | | 7 | | | | | | | |
| 従 業 務 に 従 事 し | 1 年未満 | | | | | | | | | | |
| | 1 年以上 3 年未満 | | | 1 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------|--|-----------|--|---|--|--|--|--|--|--|
| | 3年以上5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | | 3 | | 6 | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | 9 | | | | | | |
| 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 ② 家賃は全額負担です。食費は食材発注の都合により連絡を受けてから5日目までの費用は発生しますのでご了承ください。 建物管理費、医療連携管理費は発生しますが、31日以上長期不在は生活管理費は不要です。電気代は、長期不在でも基本料金が発生します。 | |
| 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回改訂する可能性がある | |
| | 手続き | 改定にあたっては、事業者は入居者様及び身元引受人様等へ事前に通知します。 | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | | | |
|------------|------|----------------------|---------|---|
| | | 要介護者用 | | |
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護 1～5 | | |
| | 年齢 | 65歳以上 | | |
| 居室の状況 | 床面積 | 36.00 m ² | | |
| | 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 | なし | | |
| | 敷金 | 250,000 円 | | 円 |
| 月額費用の合計 | | 286,030 円 | | 円 |
| 家賃 | | 107,000 円 | | 円 |

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---|
| サービス費用 | ※ 介護保険外 | 特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用 | なし | |
| | | 食費 | 106,920 円 (1日3食で30日の場合) 内訳：朝 756 円／1食 内訳：昼 1,404 円／1食 内訳：夜 1,404 円／1食 | |
| | | 建物管理費 | 21,400 円 | 円 |
| | | 生活管理費 | 26,400 円 | 円 |
| | | 医療連携管理費 | 22,000 円 | |
| | | 電気代 | 基本料金 1,650 円 +居室使用分実費 | |
| | | 災害備蓄費 | 660 円 | 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。）をいう。</p> | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|----------------------------------------------|
| 敷金 | 家賃の 約 2.3 ヶ月分 |
| 家賃 | 建物の賃借料を基礎として、1室あたりの家賃を算出 |
| 生活管理費 | 生活支援サービスを提供する費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 建物管理費 | 建物維持管理費 |
| 医療連携管理費 | 看護師による健康管理・必要な医療行為・リハビリ |
| 食費 | 厨房人件費、食材費、消耗品費、機器償却費 |
| 光熱水費 | 電気代実費 |
| 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 | 「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」のとおり |

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 | 15 人 |
| | 女性 | 20 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 | 10 人 |
| | 85 歳以上 | 23 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 人 |
| | 要支援 1 | 0 人 |

| | | |
|-------|---------------|------|
| | 要支援 2 | 2 人 |
| | 要介護 1 | 6 人 |
| | 要介護 2 | 10 人 |
| | 要介護 3 | 5 人 |
| | 要介護 4 | 8 人 |
| | 要介護 5 | 4 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 8 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 9 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 18 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 0 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 0 人 |
| | 15 年以上 | 0 人 |

(入居者の属性)

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| 平均年齢 | 86 歳 |
| 入居者数の合計 | 35 人 |
| 入居率* | 88% |
| ※ 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 | 6 人 |
| | 医療機関 | 4 人 |
| | 死亡 | 7 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 | 10 人 |
| | | (解約事由の例) 病院への長期入院の為 特養への入居の為 |

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 | | 株式会社 MORE |
| 電話番号 | | 06-6966-1888 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | 土日祝 |

(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) 事業者総合保険 |
| | 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) 事故対応マニュアルに基づき、速やかに対応します。 |
| | 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 | 年に一回 |
| | | 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 | 年に一回 |
| | | 評価機関名称 | 株式会社介護事業研究会 |
| | | 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 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 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、当該規定対象外 | |
| 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（事業主体が奈良県で実施する他の介護サービス）

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）

上記の重要事項の内容、並びに介護サービス等及びその提供事業者を自由に選択できることについて、事業者より説明を受けました。

署名：_____

説明年月日 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 事業主体が奈良県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 | ヘルパーステーションほわいと | 奈良県生駒郡斑鳩町興留1丁目3番14号 |
| 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 | | |
| 地域密着型通所介護 | 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 | 併設・隣接 | | |
| < 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 | | |
| < 介護予防・日常生活支援総合事業 > | | | | | |

| | | | | | |
|--------------|----|----|-------|--|--|
| 訪問型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| その他の生活支援サービス | 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 | | | | | なし | あり | 備 考 | |
|----------------------------------|-------------------------------------------|----|--------------------------------|----|----------|------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 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 |
| | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 11,000 円/月 | 配膳・下膳、介助を本人の身体的状況と希望に合わせて食堂又は居室において機能低下に陥らないような工夫を考慮して行う。 |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 880 円/15 分 | 定時に、本人の身体的状況と希望を考慮して機能低下に陥らない方法で行う。 |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | インターネット代理発注可能 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 880 円/15 分 | 清拭は各居室で行う。入浴は身体的状況に合わせて個室か特浴にて行う。本人の身体的状況と希望を考慮して、安全な方法で行う。 |
| 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 | | ○ | 880 円/15 分 | モーニングケア・ナイトケア:本人の身体的状況と希望に合わせて適時行う。 |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 看護師によるリハビリ |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 880 円/15 分 | 本人の希望又は医師により受診が必要と認められた場合は交通費及び医療費の本人負担により医療機関を受診する。 付添の希望がない状態で身体的に付添が必要と判断したときは家族に付き添っていただくか、当ホームのサービスを利用して頂くよう説明する。 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 880 円/15 分 | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 880 円/15 分 | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 880 円/15 分 | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 11,000 円/月 | 希望により 1 日 3 回行う。体調不良時無料。 |
| 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 | | ○ | 実費 | 理美容師の訪問でホームで行う場合 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 880 円/15 分 | 交通費が必要な場合はご負担いただきます |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 880 円/15 分 | 交通費が必要な場合はご負担いただきます |
| 金銭管理 | | | なし | あり | | ○ | 3,300 円/月 | ホームの金庫で小口現金を預かる。必要に応じて出し入れし、出納帳で家族様に報告する。 |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | 医療を受診していない入居者様に限りホームの協力医療機関により、ホームにおいて年 2 回実施する。 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 協力医療機関によって随時実施する。 |

| | | | | | | | |
|------------------|----|----|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | 実費 | 生活指導:医師により必要と認められた場合は、本人又は家族に説明の上、ホーム職員が行う。栄養指導:医師により必要と認められた場合は本人又は家族に説明の上、外部サービスを利用する。 |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | 3,300 円/月 | 本人又は家族に説明の上、定められた服用時間に服用する。薬剤は必要に応じて事務所で管理する |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | | 体調不良、持病の悪化などの変化や、受診・治療内容、その他特記すべき事項について記録し、本人又は家族の要望があれば本人又は家族に開示する。 |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | <input checked="" type="checkbox"/> | あり | ○ | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | 880 円/15 分(交通費別途請求) | 要予約 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | 880 円/15 分(交通費別途請求) | 要予約 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> | ○ | 880 円/15 分(交通費別途請求) | 要予約 |

※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。

880 円/15 分でのサービス提供は 30,000 円を上限とさせていただきます。