

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年6月1日
記入者名	中沢 哲也
所属・職名	施設・管理者

## 1. 設置者（\*）

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 らいずこーぽれーしょん 株式会社ライズコーポレーション	
主たる事務所の所在地	〒963-8025 長野県上田市中央東1番17号	
連絡先	電話番号	024-932-0031
	FAX番号	024-935-5626
	ホームページアドレス	http://rise-cpg.co.jp
	電子メールアドレス	cms@spice.ocn.ne.jp
代表者	氏名	水野 淳
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 23年 3月 23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) らいずうえだちゅうおう ライズ上田中央	
所在地	〒386-0013 長野県上田市中央東1番17号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	例：①徒歩の場合 ・上田駅より徒歩約35分 ②バス利用の場合 ・上田バス乗車で約10分 ・上川原柳下車で徒歩約10分

連絡先	電話番号	0268-75-7201
	FAX番号	0268-71-3533
	ホームページアドレス	http:// rise-cpg.co.jp
	電子メールアドレス	rise-ueda@sirius.ocn.ne.jp
管理者	氏名	中 沢 哲 也
	職名	管 理 者
建物の竣工日		昭和・平成 24 年 12 月 25 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 25 年 1 月 16 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	2070301714
	指定した自治体名	長野県
	事業所の指定日	平成 25 年 1 月 16 日
	指定の更新日（直近）	平成 31 年 1 月 16 日

**3. 建物概要（\*）**

土地	敷地面積	1240.69 m <sup>2</sup>	
	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	
		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	1900.10 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1900.10 m <sup>2</sup>
	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 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	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	有/無	有/無	18.00 m <sup>2</sup>	36	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.30 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	18.60 m <sup>2</sup>	8	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	21.48 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	24.60 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「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。						
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)	1.8m	その他の廊下	1.8m		
共用施設	共用便所における 便房	6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	3ヶ所		
	共用浴室	6ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	1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						
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	① 自立した生活が困難になった利用者様に対して、心身の状況に合わせた個別の介護計画を作成し、家庭的な環境の下で日常生活の世話及び心身の機能訓練等必要なサービスを提供します。 ② “自立支援”をサービスの基本とし、利用者様の意志及び人格を尊重しながら、利用者様の立場に立った適切なサービス提供に努めます。 ③ 関係市町村や他の施設・団体・ボランティア等の福祉サービスを提供する者と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努め、社会生活上の便宜を図ります。
サービスの提供内容に関する特色	入居者様の安心・自信・笑顔が、私たち職員の喜びとなります。その喜びを糧として、入居者様の笑顔をさらに増やしていけるよう、一人一人に向き合ったサービス提供に努めます。「敬う心」「思いやりの心」「感謝の心」を忘れずに、ご家族ならびに地域社会との交流を深め、地域一体となったケアに取り組めます。
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記載不可**

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	
	介護職員処遇改善加算	① あり 2 なし	
	介護職員等特定処遇改善加算	① あり 2 なし	
	認知症専門	(Ⅰ)	1 あり ② なし
	ケア加算	(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) 2.1 : 1	
	② なし		

**(医療連携の内容)**

医療支援	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 ( )		
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	医療法人健救会 柳澤病院
		住所	長野県上田市中央西一丁目2番10号
		診療科目	循環器内科、消化器内科、糖尿病内科、外科、整形外科、形成外科、リハビリテーション科
		協力科目	

		協力内容	利用者様の病状に急変が生じた場合、その他緊急事態が生じた場合に、医療施設内において医療の提供を行う。 ※医療費等の費用は、入居者様の自己負担
	2	名称	医療法人 日新堂医院
		住所	長野県上田市中央三丁目14番20号
		診療科目	内科、呼吸器科、アレルギー科
		協力科目	
		協力内容	利用者様の病状に急変が生じた場合、その他緊急事態が生じた場合に、医療施設内において医療の提供を行う。 ※医療費等の費用は、入居者様の自己負担
協力歯科医療機関		名称	関歯科医院
		住所	長野県上田市常田二丁目941-2
		協力内容	利用者様の歯科治療必要と時判断し、また家族が受診を希望した場合に、医療施設内において医療の提供を行う。 ※医療費等の費用は、入居者様の自己負担

**(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（本人やご家族の希望又は、介護上やむを得ない場合）	
判断基準の内容	居室の住み替えが適当と判断した場合	
手続きの内容	契約書の変更	
追加的費用の有無	① あり（居室修繕が必要となる場合） 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 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 原則 65 歳以上 ② 介護保険認定が要支援・要介護の方 ③ 複数入居による共同生活を営むことに概ね支障のない方 ④ 著しい自傷他害の恐れのない方 ⑤ 本契約に定める事を承認し、運営方針に賛同できる方	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 特定施設入居者生活介護において、自立に認定変更された時 ③ 契約書第 25 条に基づき解除を勧告し、予告期間が満了した時 ④ 入居者が契約書第 26 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 入居申込に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居したとき ② 月払い利用料その他の支払いを正當な理由なく 3 か月以上遅滞したとき ③ 入居契約書第 19 条（禁止または制限される行為）に違反したとき ④ 入居者の行動が、他の入居者及び職員の生命に危害を及ぼし、またはその危害の切迫した恐れがあるとき
	解約予告期間	3 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：空室がある場合。一泊食事つき 5,150 円） 2 なし	
入居定員	50 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		0.2
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員				

介護職員	20	19	1	18.8
看護職員	5	3	2	3.0
機能訓練指導員	1	1		0.5
計画作成担当者	2	2		1.3
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	3	0	3	1.8
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 <sup>※2</sup>				40時間
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

**(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	1	1	
介護福祉士	12	10	2
実務者研修の修了者	3	3	
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員	2	2	

**(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	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 ( 16 時～ 10 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	3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 ④ 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)	2.3 : 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			3						1	
前年度1年間の退職者数	1		2						1	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の数	1年未満	1		2					1	
	1年以上			1			1			
	3年未満									
	3年以上	1		2		1				
	5年未満									
	5年以上	1		7	2	1				
10年未満										
10年以上	2		2						1	

従業者の健康診断の実施状況	① あり 2 なし	採用時に	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	消費者物価指数及び人件費を勘案し、変更する場合がある	
	手続き	運営懇談会の意見を徴収	

### （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	要支援1	要介護3
	年齢	90歳	90歳
居室の状況	床面積	18.00 m <sup>2</sup>	24.60 m <sup>2</sup>
	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	180,000円	180,000円
月額費用の合計		161,154円	197,022円
家賃		58,500円	78,000円
ビ ス	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	6,654円	23,022円
	保険 食費	57,000円	57,000円

	管理費	39,000 円	39,000 円
	介護費用	0 円	0 円
	光熱水費	0 円	0 円
	その他	0 円	0 円

※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	別紙参照
敷金	家賃の 3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※1	事務管理費、生活サービスにかかる人件費、共用施設等の維持管理、行事関係費、備品、消耗品費、光熱水費
食費	朝食：450 円、昼食：750 円、夕食 600 円、おやつ：100 円 喫食分のみ清算
光熱水費等※2	管理費に含む ※但し、居室に設置するテレビの受信料は個人負担
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）
その他のサービス利用料	

※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。  
 ※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。

**(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	要介護度に応じて介護費用の 1 割～3 割を徴収する。
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	11人
	女性	22人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	30人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	5人
	要支援2	2人
	要介護1	11人
	要介護2	5人
	要介護3	4人
	要介護4	5人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	7人
	5年以上10年未満	18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	91 歳
入居者数の合計	33 人
入居率*	66%
※ 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	1 人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	4 人
	死亡者	12 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	7 人
	(解約事由の例)	長期入院、自宅に戻る、社会福祉施設等入所のため

**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	ライズ上田中央 お客様窓口	
電話番号	0268-75-7207	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日	土曜、日曜、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) 総合賠償責任保険 日本興亜損害保険株式会社
	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) サービスの提供にあたって事故が発生

		し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、直ちに必要な措置を講じ、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して必要な損害賠償を行う。ただし、入居者側に故意または重大な過失がある場合には賠償額を減じる事がある。
	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	平成 26 年 10 月
		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)

※ \_\_\_\_\_ 様

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 事業主体が長野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		
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	<input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	<input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接		
その他生活支援サービス	あり	<input checked="" type="radio"/> 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					
	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）					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	○				食事介助用具が必要な場合は持ち込みとする。
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		○			実費負担（施設のおムツ・パットを使用した場合）
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○				週2回3回目以降 500円/回
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○				3回目以降 1,000円/回
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					ケアプランによるものとする
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	○			協力医療：1回/月（包含） 機関 2回目以降 1,500円/H(30分単位) 上記以外：原則家族対応 1,500円/H (30分単位)
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				2回/週以内（整理整頓含）
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○				リネン・寝具代一式含む2回/週
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○			1ネット770円 3回/週業者回収
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○				体調不良時など必要に応じて対応
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○			特別な食材は実費請求(栄養補助食品等) 医師の指示や状況による対応食は食費内で
おやつ			なし	あり					居室自己管理困難な場合はお持ち帰り頂く
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	2,200円/回		提携理容室による出張サービス
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○			原則1回/月まで 日用品を中心に本人の希望するもの。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○			基本的には家族対応
金銭・貯金管理			なし	あり		○	1,000円/月		小口現金の明細は請求書に同封する。
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○			実費負担
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	<u>あり</u>	なし	あり	○			
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	<u>あり</u>	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	<u>あり</u>		○	1,500 円/H	30分単位
入退院時の同行	なし	あり	なし	<u>あり</u>		○	1,500 円/H	原則家族対応。協力医のみ対応可。
入院中の洗濯物交換・買い物	<u>なし</u>	あり	<u>なし</u>	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	<u>あり</u>	なし	あり	○			1回/週程度

※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。