

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について」の一部改正について（令和4年8月18日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）の別紙3の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙3の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

4. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	我が国においては、高齢化が急速に進行しています。今後、更に急速に増加することが見込まれています。これに伴い、介護が必要な方々が、豊かな気持ちで生き甲斐を感じつつ暮らせることが取り分け重要であり、住み慣れた地域で暮らし続けたいという高齢者の意志が尊重され、実現できるよう当法人は尽力したいと考えております。
サービスの提供内容に関する特色	介護、医療との連携により終末期の方や看取りも当住宅で行います。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 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	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし

※1 「協力医療機関連携加算(I)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(II)」は、「協力医療機関連携加算(I)」以外に該当する場合を指す。	ADL 維持等加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	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
	協力医療機関連携加算(※1)	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)		1 あり 2 なし
※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	口腔・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
	退居時情報提供加算		1 あり 2 なし
	看取り介護加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	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
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	新興感染症等施設療養費		1 あり 2 なし
	生産性向上推進体制加算	(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)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
		(III)	1 あり 2 なし
	介護職員等処遇改善加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
		(III)	1 あり 2 なし
		(IV)	1 あり 2 なし
		(V)	1 あり 2 なし
		(V) (1)	1 あり 2 なし
		(V) (2)	1 あり 2 なし
		(V) (3)	1 あり 2 なし
		(V) (4)	1 あり 2 なし

		(V) (10)	1 あり	2 なし
		(V) (11)	1 あり	2 なし
		(V) (12)	1 あり	2 なし
		(V) (13)	1 あり	2 なし
		(V) (14)	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		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	片山内科胃腸科医院
		住所	690-0015 島根県松江市上乃木 4-20-26
	協力内容	診療科目	内科、胃腸科
		協力科目	内科、胃腸科
		入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
2	名称	福田内科医院	
	住所	島根県松江市北堀町 33	
	診療科目	内科	
	協力科目	内科	
	協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
3	名称		
	住所		
	診療科目		
	協力科目		
	協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
4	名称		
	住所		
	診療科目		
	協力科目		
	協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
5	名称		
	住所		
	診療科目		
	協力科目		

		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
			診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
新興感染症発 生時に連携す る医療機関	1	あり		
		医療機関の名称	松江東健康クリニック	
協力歯科医療 機関	1	名称 住所 協力内容		
	2	名称 住所 協力内容		

(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
留意事項	<p>次の①又は②に該当する者である。</p> <p>①単身高齢者世帯 ②高齢者+同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)</p>		
契約解除の内容	<p>(契約の解除)</p> <p>第11条 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第4条第1項に規定する賃料支払義務 二 第5条第2項に規定する共益費支払義務 三 第7条第3項に規定する状況把握・生活相談サービス料金支払義務 四 前条第1項後段に規定する費用負担義務</p> <p>2 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されずに当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務 二 第9条各項に規定する義務（同条第3項に規定する義務のうち、別表第1第六号から第八号までに掲げる行為に係るものを除く。） 三 その他本契約書に規定する乙の義務</p> <p>3 甲は、乙が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。</p> <p>4 甲又は乙の一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第8条各号の確約に反する事実が判明した場合 二 契約締結後に自ら又は自らの役員が反社会的勢力に該当することとなった場合</p> <p>5 甲は、乙が別表第1第六号から第八号までに掲げる行為を行</p>		

	<p>った場合には、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>(乙からの解約)</p> <p>第12条 乙は、甲に対して少なくとも30日前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができる。</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、乙は、解約申入れの日から30日の賃料及び状況把握・生活相談サービス料金（本契約の解約後の賃料相当額及び状況把握・生活相談サービス料金相当額を含む。）を甲に支払うことにより、解約申入れの日から起算して30日を経過する日までの間、隨時に本契約を解約することができる。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第12条
	解約予告期間	1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： 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）18人			常勤換算人数 ※1※2
		合計	常勤	
管理者	1		1	
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	7		7	
看護職員	8		8	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2		2	
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	6		6
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
看護師又は准看護師	8		8
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 00 分 ~10 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)	: 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				<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり			
			<input type="checkbox"/> 資格等の名称		正看護師	
	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
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		
応じた職員の人数に従事した経験年数	1年未満	1				
	1年以上3年未満	2		3		
	3年以上5年未満	2		2		
	5年以上10年未満	3		2		
	10年以上					
	従業者の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

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	21 人
年齢別	65 歳未満	3 人
	65 歳以上 75 歳未満	4 人
	75 歳以上 85 歳未満	9 人
	85 歳以上	20 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	5 人
	要介護 4	14 人
	要介護 5	14 人
入居期間別	6 ヶ月未満	4 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	3 人
	1 年以上 5 年未満	12 人
	5 年以上 10 年未満	7 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	83.2 歳
入居者数の合計	36 人
入居率*	90%
※ 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	2 人
	医療機関	1 人
	死亡者	10 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
	(解約事由の例)	

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	医療連携地域優良サービス付き高齢者向け住宅 澄静庵	
電話番号	0852-39-9003	
対応している時間	平日	8時30分～17時30分
	土曜	8時30分～17時30分
	日曜・祝日	8時30分～17時30分
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 type="checkbox"/> あり	(その内容) 施設・事業活動遂行事故、国外事業活動事故、人格権・宣伝侵害事故、被害者治療費用、生産物・完成作業事故、生産物・仕事の目的物損壊事故、国外流出生産物事故、人格権・宣伝侵害事故、被害者治療費用、管理下財物事故、リース/レンタル財物損壊事故、国外管理下財物事故、現金・貴重品事故、コインロッcker等収納品見舞費用、借用不動産損壊事故、借用不動産修理費用、事故対応費用、サバイバー・情報漏えい事故、サバイバー・情報漏えい事故対応費用、個人情報漏えい見舞費用、法人見舞費用、身体障害見舞費用、弁護士費用等(事業用)、法律相談費用(経済的被害)
	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり	(その内容) 同上
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり	実施日	意見箱毎日確認、家族会	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
2 なし				
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日		

況		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 毎月発行のお便りに近況報告を記載し郵送
高齢者虐待防止のための取組の状況	2 代替措置なし	
	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	
	1 あり	身体的拘束等を行う場合の様及び時間、入居者の状況並
		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

	びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	
	2 なし	
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	職員に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名 :) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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（別に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等

介護サービス等の種類	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	訪問介護ステーションあやめ
島根県松江市西尾町936番地21			
訪問入浴介護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市西尾町936番地21			
訪問看護	あり なし	併設・隣接	訪問看護ステーションあやめ
島根県松江市西尾町936番地21			
訪問リハビリテーション	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町西岩坂1042			
居宅療養管理指導	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町西岩坂1042			
通所介護	あり なし	併設・隣接	デイ喫茶六連星
島根県松江市八雲町西岩坂1042			
通所リハビリテーション	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町西岩坂1042			
短期入所生活介護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町西岩坂1042			
短期入所療養介護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町西岩坂1042			
特定施設入居者生活介護	あり なし	併設・隣接	錦庵
島根県松江市東出雲町錦新町5丁目3-5			
福祉用具貸与	あり なし	併設・隣接	福祉用具レンタル・販売事業所ファットアップ
島根県松江市西岩坂329-1			
特定福祉用具販売	あり なし	併設・隣接	福祉用具レンタル・販売事業所ファットアップ
島根県松江市西岩坂329-1			
<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	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
夜間対応型訪問介護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
地域密着型通所介護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
認知症対応型通所介護	あり なし	併設・隣接	意宇の燈
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
小規模多機能型居宅介護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
認知症対応型共同生活介護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
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	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
看護小規模多機能型居宅介護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
居宅介護支援	あり なし	併設・隣接	指定居宅介護支援事業所星上
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
<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	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
介護予防訪問看護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
介護予防訪問リハビリテーション	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
介護予防居宅療養管理指導	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
介護予防通所リハビリテーション	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
介護予防短期入所生活介護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
介護予防短期入所療養介護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			
介護予防特定施設入居者生活介護	あり なし	併設・隣接	
島根県松江市八雲町東岩坂77-3			

介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	福祉用具レンタル・販売事業所フットアップ	島根県松江市八雲町西岩坂329-1
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	福祉用具レンタル・販売事業所フットアップ	島根県松江市八雲町西岩坂329-1
<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		
	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				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
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				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	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
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり				
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				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
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				※利用できる範囲を明確化すること
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
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				※回数（年〇回など）を明記すること
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								
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～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、月額の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。