

重要事項説明書

記入年月日	令和 4 年 10月 1 日
記入者名	猿丸 伸二郎
所属・職名	施設長

1. 事業者の概要

種類	個人 / 法人 ※法人の場合、その種類	宗教法人
名称	(ふりがな) せぶんすでーあどべんちすときょうだん セブンスデー・アドベンチスト教団	
主たる事務所の所在地	〒241-0802	神奈川県横浜市旭区上川井町846番地
連絡先	電話番号	045-921-1121
	FAX番号	045-921-2319
	ホームページアドレス	http://adventist.jp/
代表者	氏名	稲田 豊
	職名	代表役員
設立年月日	昭和 / 平成 28年 7月 13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

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しゃろーむこうべありのだい 住宅型有料老人ホーム シャローム神戸有野台		
所在地	〒 651-1321	兵庫県神戸市北区有野台8丁目9番	
主な利用交通手段	最寄駅	神戸電鉄岡場駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	無料送迎バスで約10分	
連絡先	電話番号	078-981-1230	
	FAX番号	078-981-1220	
	ホームページアドレス	https://shalom-kobe.com	
	メールアドレス	info@shalom-kobe.com	
管理者	氏名	猿丸 伸二郎	
	職名	施設長	
建物の竣工日	令和 2年 11月 30日		
有料老人ホーム事業の開始日	令和 2年 12月 20日		
同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日	昭和 / 平成 年 月 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の指定を受けている場合）		
2	介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）		
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		
	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	2,281.92 m ² （公簿・実測）	
	所有関係	① 事業者が自ら全てを所有する土地 2 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地 3 事業者が賃借する土地	
		※1又は2に該当する場合	
		抵当権の有無	有 / 無
		※2又は3に該当する場合	
契約期間	有（ 年 月 日～ 年 月 日） / 無		
契約の自動更新	有 / 無		
建 物	規模	2階建 1棟	
		延床面積	全体 1,379.78 m ²
			うち、有料老人ホーム部分 1,379.78 m ²
	構造	1 鉄筋コンクリート造 ② 鉄骨造 3 木造 4 その他（ ）	
	耐火構造	① 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 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	
		※1に該当する場合	
抵当権等の有無		未定	
※2に該当する場合			
契約期間	有（ 年 月 日～ 年 月 日） / 無		
契約の自動更新	有 / 無		

居室の状況	居室区分	① 全室個室						
	【表示事項】	2 相部屋あり						
		※2に該当する場合						
		最小	人部屋			最大	人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※	
	タイプ1	有/無	有/無	有/無	18 m ²	36 戸	一般居室個室	
	タイプ2	有/無	有/無	有/無	m ²			
タイプ3	有/無	有/無	有/無	m ²				
タイプ4	有/無	有/無	有/無	m ²				
タイプ5	有/無	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」のいずれかを記入。								
共用施設	共用便所における便房	6 か所	うち男女別の対応が可能な便房			2 か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房			3 か所		
	共用浴室	3 か所	個室			3 か所		
			大浴場			0 か所		
	共用浴室に設置された介助浴槽	1 か所	チェアー浴			0 か所		
			リフト浴			1 か所		
			ストレッチャー浴			1 か所		
その他 ()			か所					
食堂						有 / 無		
入居者や家族が利用できる調理設備						有 / 無		
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 基							
	② あり (ストレッチャー対応) 1 基							
	3 あり (上記1・2に該当しない) 基							
	4 なし							
消防用設備等	消火器						有 / 無	
	自動火災報知設備						有 / 無	
	火災通報設備						有 / 無	
	スプリンクラー						有 / 無	
	防火管理者						有 / 無	
	防災計画						有 / 無	
その他	※ テレビ、電話回線、緊急通報措置や談話室、機能訓練室等の状況、バリアフリーの対応状況を記載すること。							

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	高齢者が安全で快適に、自分らしく生活できるよう配慮した運営を行う。個人の尊厳を大切にし、サポートが必要になった場合は訪問での介護・介護サービスを受けられる体制を支援する。
サービスの提供内容に関する特色	理念に沿った、安心・安全を提供するサービス。
入浴、排せつ又は食事の介護	① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし
食事の提供	① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし
健康管理の供与	① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし
生活相談サービス	① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし

(介護サービスの内容)

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	有 / 無	
	夜間看護体制加算	有 / 無	
	医療機関連携加算	有 / 無	
	看取り介護加算	有 / 無	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	有 / 無
		(Ⅱ)	有 / 無
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) イ	有 / 無
		(Ⅰ) ロ	有 / 無
		(Ⅱ)	有 / 無
		(Ⅲ)	有 / 無
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		有 / 無	
※有の場合、介護・看護職員の配置率		: 1	

(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（訪問診療医の確保等）	
協力医療機関	1	名称	セブンスデー・アドベンチスト教団 神戸アドベンチスト病院
		住所	兵庫県神戸市北区有野台8丁目4番1号
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療、急変時の対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	① ゆう歯科 ② こがめ歯科
		住所	① 神戸市北区藤原台北町7丁目6番1号 ② 神戸市北区有野中町1丁目8番24号
		協力内容	入居者の日常の口腔内健康管理、口腔内病状の急変等緊急時、その他必要な場合の対応

(入居後に居室を住み替える場合) ※住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		有 / 無	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		有 / 無	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	有 / 無	
	便所の変更	有 / 無	
	浴室の変更	有 / 無	
	洗面所の変更	有 / 無	
	台所の変更	有 / 無	
	その他の変更	有 / 無	
		※ 有の場合、	
		変更内容	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	① 自立している者 ② 要支援の者 ③ 要介護の者	
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 30 条に基づき解約を通告し予告期間が満了したとき ③ 入居者が第 31 条に基づき解約を行ったとき	
設置者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ことができないとき ⑤ 第 37 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	有 / 無	
入居定員	36 人	
その他 ※		

※ 住宅型有料老人ホーム及びサービス付高齢者向け住宅にあつては、入居者がサービス提供者を選択できる旨等を記載すること。

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。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員				
直接処遇職員				
うち介護職員			15	
うち看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員			3	
事務員	1	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				40時間
※ 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。				

(介護職員が有している資格の総数)

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士			
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			

(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			
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間		21時30分～7時
	平均人数	最小時人数(休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	1人

(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※	1	1.5:1以上
	【表示事項】	2	2:1以上
		3	2.5:1以上
		4	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)	

※ 広告、パンフレット等における記載内容と合致すること

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)	有料老人ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名所	
	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									有 / ㊟	
	業務に係る資格等		有 / ㊟								
			※ 有の場合、資格等の名称								
	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年間の採用数											
前年度1年間の退職者数											
の人数 業務に従事した経験年数に応じた職員	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	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										㊟ / 無

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	
	※4の場合 複数選択可	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	有 / 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / 無	
入院等による不在等における 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30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	物価変動、人件費上昇により、2年に1回改訂する場合がある
	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へ事前に 通知します。

(利用料金のプラン)

(税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	プラン5	
入居者の状 況※1	要介護度	1～5					
	年齢	65歳以上					
居室の状況※2		タイプ	タイプ	タイプ	タイプ	タイプ	
床面積		18㎡	㎡	㎡	㎡	㎡	
便所		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
浴室		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	円	円	円	円	
	敷金	128,000円	円	円	円	円	
	保険料	6,090円					
月額費用の合計		161,600円	円	円	円	円	
家賃		64,000円	円	円	円	円	
サー ビス 費用	特定施設入居者生 活介護等の費用	円	円	円	円	円	
	介護保 険外	食費※3	46,200円	円	円	円	円
		管理費※4	25,000円	円	円	円	円
		生活管理費	19,800円	円	円	円	円
		光熱水費	6,600円	円	円	円	円
その他	円	円	円	円	円		
都度払いとなるサービス		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	

- ※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載すること。
- ※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載すること。
- ※3 1,540円/日 30日の場合 46,200円 31日の場合 47,740円
- ※4 「使途」を景品表示法指定告示に従ってすべて記載し、「等」で括らないこと。

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
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
敷金	家賃の約2か月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額、介護保険サービスに必要な備品(オムツ、手袋等)の料金は含まない
管理費	建物維持管理費
食費	厨房人件費、1日3食提供するための費用
光熱水費	定額
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	※日常生活費や日本放送協会等の放送受信料、電話代等の利用者の嗜好による経費を記載すること。

(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等に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護等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)	

(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)	か月
償却の開始日	入居日/入居日の翌日
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)	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月を越えた契約終了
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 ()

※ 前払金の算定根拠等については、別紙等を利用し説明すること。

※ 複数の料金プランがある場合は料金表を重要事項説明書に添付するなどして全容を明示すること。

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	5人	女性	14人
年齢別	65歳未満	2人	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	3人	85歳以上	11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	2人
	要介護2	0人	要介護3	2人
	要介護4	5人	要介護5	8人
入居期間別	6か月未満	7人	6か月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	7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	84歳
入居者数の合計	19人
入居率※	53%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。 なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。	

(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	0人	死亡者	22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	0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) ※適宜、欄を追加すること。

窓口の名称		セブンスデー・アドベンチスト教団 神戸アドベンチスト病院	神戸市消費生活センター	神戸市福祉局監査指導部 法人・施設指導担当
電話番号		078-981-0161	078-371-1221	078-322-6242
対応している時間	平日	9:00~17:30	9:00~17:00	8:45~12:00、 13:00~17:30
	土曜			
	日曜	9:00~17:30		
定休日		土曜日、祝日、金曜日午後、年末年始(12月31日~翌年1月3日)	土日祝・年末年始	土日祝・年末年始

(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 加入済み 2 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	東京海上日動火災保険株式会社
		加入する保険の名称	介護サービス事業者賠償責任保険 (介護サービス事業者特別約款)
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 対応あり(事故対応及びその予防のための指針あり) 2 対応あり(事故対応及びその予防のための指針なし) 3 対応なし		

(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、意見箱等の利用者の意見等を把握する取組の状況	① 取組あり 2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	運営懇談会開催日に実施予定
		結果の開示	① あり(6月・12月) 2 なし

第三者による評価の実施状況	① 実施済み 2 未実施		
	※1の場合	実施日	運営懇談会開催日に実施予定
		評価機関名称	未定
	結果の開示	① あり () 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
管理規定	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 設置済み 2 未設置 (代替措置あり) 3 未設置 (代替措置なし)		
	※ 1の場合、開催頻度	年 2 回	
	※ 2の場合、代替措置の内容		
提携ホームへの移行【表示事項】	1 移行あり (提携ホーム名:) ② 移行なし		
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 届出あり 2 届出なし 3 届出なし (サービス付き高齢者向け住宅の登録済み)		
有料老人ホーム設置運営指導指針「第5章 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可	1 不適合事項あり (代替措置を実施済み) 2 不適合事項あり (将来の改善計画策定済み) 3 不適合事項あり (1又は2以外) ④ 不適合事項なし 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備		
※ 1、2又は3の場合、不適合事項の内容 ※ 該当する項目にチェック	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない (<input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が18㎡未満 (<input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない (具体的に) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (<input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)		

※ 1の場合、代替措置の概要	
※ 2の場合、改善計画の概要	
※ 5の場合、構造設備の基準となる制度の名称	1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み） 2 高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み）
有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無 ※複数選択可	1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） ③ 指導事項なし
※ 1又は2の場合、指導内容	

添付書類：別添1（設置者が別に実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択によるサービス一覧表）

※ _____様

説明年月日 令和 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。

※ 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（平成23年10月7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5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、上記重要事項説明書の1から3まで及び6の内容については別紙4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。

別添1 設置者が神戸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	☑ / 無	神戸アドベンチスト病院 訪問介護三育センター	神戸市北区有野台8丁目4番1号
訪問入浴介護	有 / ☑		
訪問看護	☑ / 無	神戸アドベンチスト病院 訪問看護ステーション	神戸市北区有野台8丁目4番1号
訪問リハビリテーション	有 / ☑		
居宅療養管理指導	☑ / 無	神戸アドベンチスト病院	神戸市北区有野台8丁目4番1号
通所介護	有 / ☑		
通所リハビリテーション	有 / ☑		
短期入所生活介護	有 / ☑		
短期入所療養介護	有 / ☑		
特定施設入居者生活介護	有 / ☑		
福祉用具貸与	有 / ☑		
特定福祉用具販売	有 / ☑		
＜地域密着型サービス＞			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 / ☑		
夜間対応型訪問介護	有 / ☑		
認知症対応型通所介護	有 / ☑		
小規模多機能型居宅介護	有 / ☑		
認知症対応型共同生活介護	有 / ☑		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / ☑		
看護小規模多機能型居宅介護	有 / ☑		
居宅介護支援	☑ / 無	神戸アドベンチスト病院 介護支援三育センター	神戸市北区有野台8丁目4番1号
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問介護	☑ / 無	神戸アドベンチスト病院 訪問介護三育センター	神戸市北区有野台8丁目4番1号
介護予防訪問入浴介護	有 / ☑		
介護予防訪問看護	☑ / 無	神戸アドベンチスト病院 訪問看護ステーション	神戸市北区有野台8丁目4番1号
介護予防訪問リハビリテーション	有 / ☑		
介護予防居宅療養管理指導	☑ / 無	神戸アドベンチスト病院	神戸市北区有野台8丁目4番1号
介護予防通所介護	有 / ☑		
介護予防通所リハビリテーション	有 / ☑		
介護予防短期入所生活介護	有 / ☑		
介護予防短期入所療養介護	有 / ☑		
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / ☑		
介護予防福祉用具貸与	有 / ☑		
特定介護予防福祉用具販売	有 / ☑		
＜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	有 / ☑		

介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / ㊦		
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / ㊦		
介護予防支援	有 / ㊦		
<介護福祉施設>			
介護老人福祉施設	有 / ㊦		
介護老人保健施設	有 / ㊦		
介護療養型医療施設	有 / ㊦		

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						有 / ㊦
	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				備考 *：自立者へ「介護費」で提供する一時的介護サービス
		（利用者が全額負担）	包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス						
食事介助	無	有		○	10,000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	無	有		○	10,000円/月	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		有		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	無	有		○	10,000円/月	清拭は各居室で行う。入浴は身体的状況に合わせて個浴か特浴にて行う。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	無	有		○	10,000円/月	清拭は各居室で行う。入浴は身体的状況に合わせて個浴か特浴にて行う。本人の身体的状況と希望を考慮して、安全な方法で行う。
身辺介助（移動・着替え等）	無	有		○	10,000円/月	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	無	有		○	※生活リハビリ参照	
通院介助	無	有		○	800円/30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。
巡視	無	有		○	月額時に含む	原則として、定時に居室を巡回する。但し、入居時に本人又は家族の同意を得る。定時以外に、入居者の体調等不具合があるときは、状況に合わせて回数を増やす。

緊急対応 ケアコール	無	有	○	月額費に含 む	24時間、各居室・食堂・浴室・ト イレ・洗濯室からの緊急コールに 速やかに対応し、適切に対処する。
生活サービス					
居室清掃	無	有	○	5,000円/月	週2回以上(必要により回数を増や す)
リネン交換	無	有	○	5,000円/月	週2回以上(必要により回数を増や す)
日常の洗濯	無	有	○	5,000円/月	
居室配膳・下膳	無	有	○	3,000円/月(1 回あたり50 円)	希望により1日3回行う。
入居者の嗜好に 応じた特別な食事		無			
おやつ		無			
理美容師による 理美容サービス		有	○	実費(理美容 院への付添 又は送迎が 必要な場合 は別途請求)	理美容師の派遣によりホームで行 う場合に希望があった時、もしく は理美容院に行く場合のいずれも 実費を本人負担とする。
買い物代行	無	有	○	800円/30分 (交通費別 途請求)	
役所手続き代行	無	有	○	800円/30分 (交通費別 途請求)	
生活リハビリ(無償)	無	有	○	月額費に含 む 20分(要予 約)/週2回ま で	生活リハビリは日常生活動作の維 持向上を目的に行う。 ただし外部サービスを利用してい ない方に限る。
生活リハビリ(有償)	無	有	○	1000円/30分 (要予約)	生活リハビリは日常生活動作の維 持向上を目的に行う。 ただし外部サービスを利用してい ない方に限る。
金銭・貯金管理		有	○	3,000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		有	○	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	無	無			
生活指導・栄養指導	無	有	○	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	無	有	○	3,000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

バイタル測定	無	有		○	3,000円/月	医師又は訪問看護師の指示等に基づき毎日定時に血圧・熱・脈拍の測定を行い記録する。
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	無	有	○		月額費を含む	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	無	有		○	実費	要予約
入退院時の同行	無	有		○	800円/30分 (交通費別途請求)	要予約
入院中の洗濯物 交換・買い物	無	有		○	800円/30分 (交通費別途請求)	要予約
入院中の見舞い 訪問	無	有		○	800円/30分 (交通費別途請求)	要予約
その他の単発的な サービス	無	有		○	800円/30分	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：「有」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。