

住宅型有料老人ホーム

ハートランド・アイリ本庄Ⅱ

重要事項説明書

株式会社ワイグッドケア

本書記載の内容は2019年10月1日時点の料金、消費税率および  
介護保険給付費等に基づいており、全て税込み表示となっています。  
軽減税率（8%）の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食・おやつ」の食費です。

別紙様式

## 重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	中島一郎
所属・職名	運営本部

## 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃわいぐっどけあ 株式会社ワイグッドケア	
主たる事務所の所在地	〒367-0023 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号	
連絡先	電話番号	0495-71-6551
	FAX番号	0495-71-6575
	ホームページアドレス	https://ygood.jp
代表者	氏名	中島 一郎
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 25年6月4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) はーとらんど・あいりほんじょうに ハートランド・アイリ本庄Ⅱ	
所在地	〒367-0212 埼玉県本庄市児玉町児玉1216番	
主な利用交通手段	最寄駅	JR八高線 児玉駅
	交通手段と所要時間	・電車利用の場合 JR八高線「児玉駅」より徒歩15分 ・自動車利用の場合 関越自動車道本庄市児玉ICより15分
連絡先	電話番号	0495-71-6381
	FAX番号	0495-71-6382
	ホームページアドレス	https://ygood.jp
管理者	氏名	山口 あやこ
	職名	施設長
建物の竣工日		平成28年5月1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成28年6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） <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	2,372.03 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	1 あり (平成28年5月1日～令和28年4月30日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	996.60 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	996.60 m <sup>2</sup>
	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	
<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物			
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成28年5月1日～令和28年4月30日) 2 なし	
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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（壁芯）	戸数・室数	区分※
		有	無	有	無			
	A1タイプ	有	無	有	無	14.35㎡	2	一般居室個室
	A1タイプ	有	無	有	無	14.55㎡	25	一般居室個室
	A2タイプ	有	無	有	無	17.31㎡	2	一般居室個室
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	12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		12ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所		個室		2ヶ所		
				大浴場		1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所		チェアー浴		0ヶ所		
				リフト浴		0ヶ所		
				ストレッチャー浴		0ヶ所		
				その他（ ）		0ヶ所		
食堂	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
入居者や家族が利用 できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）						
	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）						
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）		<input type="checkbox"/> 4	なし			
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
緊急通報 装置等	居室	便所		浴室		その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり	
	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	
	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3	なし	<input type="checkbox"/> 3	なし	<input type="checkbox"/> 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	利用者の人格を尊重し、利用者の有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援する。
サービスの提供内容に関する特色	住み慣れたご自分の家のように、快適で安心してお過ごし頂ける空間・環境・雰囲気をご提供いたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし

洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 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	
	4	その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団寿会 吉沢病院
		住所	埼玉県本庄市1216番地1
		診療科目	内科・リハビリテーション科
		協力内容	年2回の健康相談及び健康診断、利用者の求めに応じた往診 月2回の訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

## (入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1	一時介護室へ移る場合
	<input type="checkbox"/> 2	介護居室へ移る場合
	<input checked="" type="checkbox"/> 3	その他 (一般居室へ住み替える場合)
判断基準の内容	事業者は、入居者により適切なサービスを提供する為、必要と判断する場合には提供する場所を施設内において変更する場合があります。	
手続きの内容	居室の住み替えを行う場合次の手続きを書面にて行うものとします。 一 事業者の指定する医師の意見を聴取する。 二 入居者及びその家族の意見を聴取する。 居室の住み替えにより入居者の権利や利用料金等に重大な変更が生じる場合は上記の手続きとあわせ、次に手続きを書面で行うものとします。 一 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける。	

	<p>ニ 住み替え後の居室の概要、費用負担の増減について、入居者及び身元引受人等に説明を行う。</p> <p>三 入居者の同意を得る。ただし、入居者が自ら判断ができない状況にある場合によっては、身元引受人等の同意を得る。</p>	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり <input type="checkbox"/> (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 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	入居対象者は、概ね60歳以上の方	
契約の解除の内容	入居契約書第28条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第29条
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容・利用料3,300円/日(入居日・退去日は1日と計算) ・食費(朝385円・昼495円・夕550円・おやつ110円) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	29人	
その他		

## 5. 職員体制

## (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	
施設長	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員	13		13	
介護職員	11		11	
看護職員	2		2	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員	4		4	
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	1	1	
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	3	1	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			
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 (19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	2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					
			2 なし		介護福祉士					
	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		1		4						
前年度1年間の退職者数				3						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満		1		4					
	1年以上				7					
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上		1							
	10年未満									
	10年以上									
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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 月払い方式  <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input 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 type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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権費を 勘案し、改定することがある。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。	

## (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		AI タイプ	A2 タイプ	
入居者の 状況	要介護度	自立～要介護		
	年齢	60歳以上		
居室の状況	床面積	13.31～13.40㎡	17.31㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	なし	なし円	
	敷金	30,000円	30,000円	
月額費用の合計		94,460円	104,460円	
家賃相当額		34,800円	44,800円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	45,360円	45,360円
		管理費	14,300円	14,300円
		介護費用	円	円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
		その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有

※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
家賃相当額	近傍家賃等を勘定して設定
敷金	家賃相当額の0.8ヶ月分で設定
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	建物及び付帯施設の維持管理のための光熱水費、ホームを運営する為の人件費、事務管理費を勘定して設定
食費	朝食 378 円・昼食 486 円・夕食 540 円・おやつ 108 円 業務委託費及び人件費を勘定して設定
光熱水費	管理費に計上
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	人件費、消耗品費等による。 サービス内容は別添2参照
その他のサービス利用料	

## 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	14人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	8人
	75歳以上85歳未満	6人
	85歳以上	14人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	3人
	要介護2	5人
	要介護3	4人
	要介護4	10人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	23人
	5年以上10年未満	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	81.8歳
入居者数の合計	29人
入居率*	100.0%
※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	1人
	医療機関	2人
	死亡者	3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	2人
		(解約事由の例) 他施設へ転居、自宅に戻る

## 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)

窓口の名称	ハートランド・アイリ本庄Ⅱ 苦情相談室	
電話番号	0495-71-6381	
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	
定休日	日曜日・祝日・12/31~1/3	

上記以外の利用者からの苦情に対する主な窓口等

窓口の名称	埼玉県福祉部高齢者福祉課	
電話番号	048-830-3254	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日	土曜日・日曜日・祝日・12/29~1/3	

## (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"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 「超ビジネス保険」
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 直ちに救急搬送等行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年1回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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: )	
	<input checked="" 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	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	<input checked="" 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 checked="" 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	なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添1 (別を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 \_\_\_\_\_

⑨

※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Ⅰ 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			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	訪問介護ハーベストさいたま 他2件	さいたま市見沼区大字中川59
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	デイサービスハートランド・アイリ 熊谷 他1件	熊谷市間々田101
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	ハーベスト戸田 他1件	戸田市美女木4-13-2
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	ハッピーケアサプライ	戸田市美女木4-13-2
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	ハッピーケアサプライ	戸田市美女木4-13-2
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>					
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		
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
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	ハーベスト戸田 他1件	戸田市美女木4-13-2
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	ハッピーケアサプライ	戸田市美女木4-13-2
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	ハッピーケアサプライ	戸田市美女木4-13-2
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>					
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
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		

## 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
	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)			都度 <sup>※2</sup>	料金 <sup>※3</sup>	備考
	なし	あり	包含 <sup>※2</sup>			
<b>介護サービス</b>						
食事介助	なし	あり	○			必要に応じお手伝いいたします。(居宅サービスを優先します)
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	○			必要に応じお手伝いいたします。(居宅サービスを優先します)
おむつ代	なし	あり		○	実費	使用した分(パック毎)は実費となります。
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり				
特浴介助	なし	あり				
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり				
機能訓練	なし	あり				
通院介助	なし	あり	○		3,080円/H	協力医療機関は無料です。
<b>生活サービス</b>						
居室清掃	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	○			週1回シーツ交換
日常の洗濯	なし	あり	○			週2回実施します。クリーニングが必要なものは実費となります。
居室配膳・下膳	なし	あり				緊急時やむを得ない場合は対応します。
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	○			食事代に含まれます。
理美容師による理美容サービス	なし	あり		○	実費	月1回の訪問理美容をご利用ください。
買い物代行	なし	あり		○	2,200円/H	1時間以内2,200円、以降30分毎880円※通常の利用区域のみ実施
役所手続き代行	なし	あり		○	2,200円/H	1時間以内2,200円、以降30分毎880円※通常の利用区域のみ実施
金銭・貯金管理	なし	あり				
<b>健康管理サービス</b>						
定期健康診断	なし	あり		○	実費	年1回の機会を提供します。
健康相談	なし	あり	○			施設長が適宜ご相談に応じます。
生活指導・栄養指導	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	○			必要に応じお薬と一緒に確認します。※原則、服薬確認は致しません。
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	○			日常生活のご様子等を適宜記録します。
<b>入退院時・入院中のサービス</b>						
移送サービス	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり		○	3,080円/H	協力医療機関は無料です。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり		○	2,200円/H	洗濯は月の利用料内、買い物は通常の買い物代行と同じく徴収。
入院中の見舞い訪問	なし	あり	○			必要に応じ対応します。

※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、月額の利用料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。