

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	平成 30 年 04 月 01 日
記入者名	香取 幹
所属・職名	代表取締役

※ 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 4 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 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。

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) かぶしきがいしゃやさしいて 株式会社やさしい手	
主たる事務所の所在地	〒154-0044 東京都目黒区大橋二丁目 24 番 3 号	
連絡先	電話番号	03-5433-5513
	FAX 番号	03-5433-5513
	ホームページアドレス	http://www.yasashiite.com
代表者	氏名	香取 幹
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 1 年 1 月 1 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)	

3. 建物概要

土地	敷地面積	2144.07 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			
		抵当権の有無	1 あり 2 なし		
		契約期間	1 あり (平成 年 月 日 ～平成 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	3451,31 m ² (2階・3階・4階)		
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()			
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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 事業者が賃貸する建物			
抵当権の設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 29 年 11 月 1 日～ 平成 46 年 10 月 31 日) 2 なし			
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	16.65 m ²	11 室	一般居室個室
タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	14.82 m ²	5 室	一般居室個室
タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.18 m ²	3 室	一般居室個室
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.46 m ²	2 室	一般居室個室

タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.21 m ²	2室	一般居室個室
タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	16.11 m ²	2室	一般居室個室
タイプ7	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.49～ 15.96 m ²	16室	一般居室個室
タイプ8	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.51～ 30.79 m ²	4室	一般居室個室
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
共用便所における 便房	2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		2ヶ所	
	5ヶ所	個室		4ヶ所	
		大浴場		0ヶ所	
共用浴室における	1ヶ所	チェアー浴		0ヶ所	
介護浴層		リフト浴		0ヶ所	
		ストレッチャー浴		1ヶ所	
		その他 ()		0ヶ所	
食堂	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
エレベーター	<input checked="" 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		
消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
その他	緊急通報装置は居室内に設置。				

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、利用者が可能な限り、その有する能力に応じて自立した日常生活が営むことができるよう、利用者の社会的孤立感の解消、心身維持並びに家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の介護、その他必要な介護を行う。
サービスの提供内容に関する特色	
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 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"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" 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 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	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	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	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
	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) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配
※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助

		4 その他（ 必要に応じた医療機関の紹介等 ）	
協力医療機関	1	名称	医療法人三愛会 在宅医療大徳クリニック
		住所	鹿児島県鹿児島市宇宿 1丁目 41-14
		診療科目	内科、循環器内科、リハビリテーション科
		協力内容	入居者の健康管理、緊急医療の対応、他の専門機関への紹介、健康相談 (入居時、退去時及び随時)
	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) ※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	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	入居契約書第5章 第30条から32条に順ずる	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第5章 第31条
	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	<input type="checkbox"/> 1 あり (内容: 空室時、1泊体験での入居が可能) 1日: 5,500円 (税抜) (食事代別途) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	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人	1人		1.0
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	6人	1人	5人	3.9
看護職員				
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				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40

※1 常勤換算人数とは、当該事務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	2人		2人
実務者研修の修了者	1人	1人	
初任者研修の修了者	3人	1人	2人
介護支援専門員	1人	1人	

(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)

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

夜勤帯の設定時間 (18 時～ 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1 人	1 人
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	
	通所看護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
	業務に係る資格等	1 あり			
		資格等の名称			
	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											
前年度1年間の退職者数											
た 業 務 に 従 事 し た 経 験 年 数 に 応 じ た 職 員 の 人 数	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				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	入居契約書第29条の規定に基づき、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費などを考慮して、運営懇親会の意見を聴いて改定いたします。
	手続き	上記と同じ。

(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	要介護	要介護	
	年齢	65歳	65歳	
居室の状況	床面積	13.08㎡	37.79㎡	
	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	0円	0円	
月額費用の合計		114,600円	149,600円	
家賃相当額		45,000円	80,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護保険外※2	食費	42,600円	42,600円
		管理費	15,000円	15,000円
		介護費用	0円	0円
		共益費	17,000円	17,000円
		その他	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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃相当額	設備備品費等を基礎とした1室あたりの居室の利用料。
敷金	なし
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	生活相談・助言サービス、生活支援サービス、イベントの開催/アクティビ

	ディ企画・運営、などの基本サービス費。
食費	厨房維持費及び人件費を含み、下記に記載した料金の喫食数に応じた金額。 ※朝食 300 円、昼食 500 円、夕食 620 円（税抜）
共益費	各居室及び共用部にて発生する光水熱費、階段や廊下等の共用部のキッチン、洗濯乾燥機、浴室及び浴室に設置される入浴のための設備等の維持管理費、清掃費等。
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	

(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	
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	人
----	----	---

	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	人
	85歳以上	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	人
	要介護3	人
	要介護4	人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	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	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※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	人
	医療機関	人
	死亡者	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		住宅型有料老人ホーム やさしえ宇宿
電話番号		099-275-6551
対応している 時間	平日	9:00~17:30
	土曜	9:00~17:30
	日曜・祝日	9:00~17:30
定休日		なし

窓口の名称		鹿児島市健康福祉局すこやか長寿部長寿あんしん課
電話番号		099-216-1147
対応している 時間	平日	8:30~17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始(12月29日~1月3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) 介護賠償責任保険 (損害保険ジャパン日本興亜株式会社)
	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) ご入居者に対するサービス提供により事故が発生した場合
	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	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名 :)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

住宅の登録	
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"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 適合している ((I)ア(ア)すべての居室が個室であること。) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
不適合事項がある場合の内容	・ 3. 建物概要 建物 所有関係 契約期間が 20 年を満たしていない。

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)

ご入居者に対して、老人福祉法 第29条 第5項に基づき、重要な事項を説明しました。本書への同意を証するため本書2通を作成し、やさしい手及び説明を受けた者が署名の上、各1通を保管します。

説明日：平成 年 月 日

やさしい手 説明者署名 _____

ご入居者 氏名 _____

説明を受けた者 関係・続柄 _____

氏名 _____

別添1 事業主体が当該都道府県、政令指定都市、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			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	・やさしい手高見馬場訪問介護事業所 ・やさしい手宇宿訪問介護事業所	・鹿児島市加治屋町 13-11 ・鹿児島市宇宿 3-1-1 カワイビル2階
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	・ゆめふる鹿児島中央 ・ゆめふる宇宿	・鹿児島市平之町 8-16 第2丸西ビル1階 ・鹿児島市宇宿 3-1-1 カワイビル2階
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<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		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	・やさしい手高見馬場訪問介護事業所 ・やさしい手宇宿訪問介護事業所	・鹿児島市加治屋町 13-11 ・鹿児島市宇宿 3-1-1 カワイビル2階
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	・ゆめふる鹿児島中央 ・ゆめふる宇宿	・鹿児島市平之町 8-16 第2丸西ビル1階 ・鹿児島市宇宿 3-1-1 カワイビル2階
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		

介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<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		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

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	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
	なし	あり	なし	なし	あり	あり				
介護サービス										
食事介助	なし	あり	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	なし	あり				
おむつ代										
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	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	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	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	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	○		500円 (699別)	1 網毎の金額になります。
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事										
おやつ										
理美容師による理美容サービス										
買い物代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり		○		必要時に代行します。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理										
健康管理サービス										
定期健康診断								○		年1回。自己負担となります。
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	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	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス										

【やさしえ宇宿_1804_01_有料】

移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	なし	あり			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	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	なし	あり			

※1：利用者が希望に応じて利用の有無を記入する（1回につき2回までの利用回数あり）
 ※2：「あり」を記入したときは、各サービスの内容が、目標のサービス利用に包含される場合と、サービス利用の補填による場合に応じて、いすかの欄に「○」を記入する。
 ※3：補填の場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。