

重要事項説明書

記入年月日	2021年5月1日
記入者名	太田 真紀子
所属・職名	生活支援担当課長

※ 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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ くびきのらいふすたいるけんきゅうしょ 株式会社 くびき野ライフスタイル研究所	
主たる事務所の所在地	〒943-0834 上越市西城町2丁目10番25号	
連絡先	電話番号	025-524-0057
	FAX番号	025-522-4618
	ホームページアドレス	https://sankusu.net/
代表者	氏名	大島 誠
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 51年 9月 21日	
主な実施事業	※別添1（別の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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ さんくすたかだ じざいかん ひびき 住宅型有料老人ホーム サンクス高田 自在館 響	
所在地	〒943-0892 上越市寺町3丁目10番15号	
主な利用交通手段	最寄駅	えちごトキめき鉄道 高田駅
	交通手段と所要時間	駅から370m（徒歩5分）
連絡先	電話番号	025-521-1230（代表）
	FAX番号	025-521-2733
	ホームページアドレス	https://sankusu.net/
管理者	氏名	中川 博之
	職名	取締役 施設長
建物の竣工日		昭和・平成 21年 3月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 21年 4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）		
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	
	指定の更新日（直近）	

3 建物概要

土地	敷地面積	4,137.87 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 (建物賃貸借契約) (H21年4月1日～R11年3月31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	6階建 4,133.62m ²			
		うち、老人ホーム部分	自在館3～6階 3,036.8 m ²			
	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 事業者が賃借する建物				
抵当権の設定		① あり 2 なし				
契約期間		① あり (H21年4月1日～R11年3月31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	有	40m ²	8	一般居室(1DK)
	タイプ2	有	有	42m ²	20	一般居室(1DK)
	タイプ3	有	有	59m ²	8	一般居室(1LDK)
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	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」の別を記入。

共用施設	共用便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	ヶ所
			大浴場	2ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	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		
その他				

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	・人権尊重と自己実現を最優先いたします。・歩いて暮らせるまちなかのアットホームな介護と暮らしの実現をめざします。・施設の人材育成を優先させ、併せて地域住民、自治組織、NPO、ボランティア組織の連携を築きつつ、まちなかの多様なマンパワーを活用した雇用促進型のコミュニティビジネスを展開することをめざします。		
サービスの提供内容に関する特色	利便性が高く賑わいのあるまちなかで、お暮らしいただけます。全室個室の居室となっており、プライバシーを尊重し、入居される方の生活スタイルに合わせてサービスを提供いたします。5つの協力医療機関と連携しており、安心して生活を送れる体制を整えております。		
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)		
	2 なし	: 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 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人 知命堂病院
		住所	新潟県上越市西城町3-6-31 (約1.6km)
		診療科目	内科、外科、婦人科
		協力内容	入居者の健康診断、健康管理、受診、治療その他医療全般 (医療費その他費用は入居者の自己負担)
	2	名称	医療法人社団 渡辺内科医院
		住所	新潟県上越市幸町14-9 (約1.2km)
		診療科目	内科、循環器科、消化器科、皮膚科、放射線科
		協力内容	入居者の健康診断、健康管理、受診、治療その他医療全般 (医療費その他費用は入居者の自己負担)
	3	名称	田中眼科
		住所	新潟県上越市春日山町3-18-11 (約4.0km)
		診療科目	眼科
		協力内容	入居者の健康管理、受診、治療 (医療費その他費用は入居者の自己負担)
	4	名称	いがらし整形外科
		住所	新潟県上越市大貫4449-1 (約1.2km)
		診療科目	整形外科
		協力内容	入居者の健康相談、受診、治療 (医療費その他費用は入居者の自己負担)
協力歯科医療機関		名称	浜歯科医院
		住所	新潟県上越市昭和町3-12-27 (約800m)
		協力内容	入居者の健康診断、歯科検診、受診、治療その他医療全般 (医療費その他費用は入居者の自己負担)

(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 ()		
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 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	身の回りのことは、ある程度自分で出来る方が対象。	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解除した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者、職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等
	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	1 あり (内容：空室がある場合。＜1人入居の場合＞1DK 5,400円/日、1LDK 6,590円/日 ＜2人入居の場合＞1DK 6,480円/日、1LDK 7,670円/日 ② なし	
入居定員	72人	
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談。	

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		
生活相談員		1		
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員		2		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士		1		
調理員				
事務員		4		
その他職員		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			
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 (16時 ~ 9時30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	人	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)	

※ 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	
	訪問看護事業書の名称	
	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	
		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					
数業に務 応に 従 事 職 員 の 経 人 験 数 年	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			1	
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、改定する場合がある。
	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】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	自立・要支援・要介護	自立・要支援・要介護	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	(タイプ1) 1DK 40~42㎡ (タイプ2) 1LDK 59㎡	(タイプ1) 1DK 40~42㎡ (タイプ2) 1LDK 59㎡	
	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	(タイプ1) 1DK 20,800,000円 (タイプ2) 1LDK 28,600,000円	(タイプ1) 1DK 9,600,000円 (タイプ2) 1LDK 13,200,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		(タイプ1) 154,800円 (タイプ2) 164,800円	(タイプ1) 216,800円 (タイプ2) 249,800円	
家賃		(タイプ1) 26,000円 (タイプ2) 36,000円	(タイプ1) 88,000円 (タイプ2) 121,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用			
	介護保険外※2	食費	(タイプ1) 58,800円 (タイプ2) 58,800円	(タイプ1) 58,800円 (タイプ2) 58,800円
		管理費	(タイプ1) 70,000円 (タイプ2) 70,000円	(タイプ1) 70,000円 (タイプ2) 70,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	実費	実費
		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	建物の賃借料、修繕費、借入利息、等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	—
介護費用	
管理費	事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、目的施設の維持管理費。
食費	食材費、栄養士その他の食事部門の人件費、設備・備品代(調理具・食器等)を元に算出。
光熱水費	実費負担
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
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※に対する自己負担額	
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	老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定。	
想定居住期間(償却年月数)	プラン1: 180ヶ月	プラン2: 180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)	(タイプ1): 2,080,000円 (タイプ2): 2,860,000円	(タイプ1): 960,000円 (タイプ2): 1,320,000円
初期償却率	プラン1: 10%、プラン2: 10%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	・入居一時金 - (入居一時金 - 初期償却) ÷ 想定居住月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの日数) ・初期償却については無利息で全額返還する。※月額利用料については日割計算で受領します。
	入居後3月を超えた契約終了	・(入居一時金 - 初期償却) × (契約終了日から想定居住期間満了日までの日数) ÷ (入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数)
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	13人
	女性	22人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上75歳未満	5人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	24人
要介護度別	自立/チェックリスト	16人
	要支援 1	1人
	要支援 2	0人
	要介護 1	6人
	要介護 2	8人
	要介護 3	2人
	要介護 4	0人
要介護 5	0人	
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	16人
	5年以上10年未満	7人
	10年以上15年未満	7人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	83.7歳
入居者数の合計	34人
入居率※	47.2 %

※ 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)

退居先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	0人
	死亡者	1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	6人 (解約事由の例) 特定施設への入居のため/自宅へ戻る

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)※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	生活相談員	上越市高齢者支援課	新潟県国民健康保険団体連合会	公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
電話番号	521-1230	025-526-5111	025-285-3022	03-3272-3781
対応している時間	平日	9:00~18:00	8:30~17:15	8:30~17:15
	土曜	9:00~18:00	なし	なし
	日・祝	9:00~18:00	なし	なし
定休日	なし	土日祝祭日	土日祝祭日	土日祝祭日

(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) 事業活動包括保険
	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	① あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	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	2020年
		結果の開示	① あり 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 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。

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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	まちなか訪問介護サックス	新潟県上越市寺町3-10-15
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デイサービスサックス高田	新潟県上越市寺町3-10-11
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ショートステイサックス高田	新潟県上越市寺町3-10-11
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護付有料老人ホーム サックス高田	新潟県上越市寺町3-10-11
			介護付有料老人ホーム サックス高田 自在館 「絢」	新潟県上越市寺町3-10-15
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援事業所サックス	新潟県上越市寺町3-10-15
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	まちなか訪問介護サックス	新潟県上越市寺町3-10-15
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	デイサービスサックス高田	新潟県上越市寺町3-10-11
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ショートステイサックス高田	新潟県上越市寺町3-10-11
介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援事業所サックス	新潟県上越市寺町3-10-15
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12	
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="radio"/>		
-----------	----	----------------------------------	--	--

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)		個別の利用料金で、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			
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)		○	2,200円/時
生活サービス							
居室清掃	(なし)	あり	なし	(あり)		○	550円/15分
リネン交換	(なし)	あり	なし	(あり)		○	550円/15分
日常の洗濯	(なし)	あり	なし	(あり)		○	550円/15分
居室配膳・下膳	(なし)	あり	なし	(あり)		○	1回210円
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	(あり)		○	実費
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)		○	実費
外出同行	(なし)	あり	なし	(あり)		○	2,200円/時
買い物代行	(なし)	あり	なし	(あり)		○	1,100円/時
役所手続き代行	(なし)	あり	なし	(あり)		○	1,100円/時
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)		○	実費
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							
移送サービス	(なし)	あり	(なし)	あり			
入退院時の同行	(なし)	あり	なし	(あり)		○	2,200円/時
入院中の洗濯物交換・買い物	(なし)	あり	なし	(あり)		○	1,100円/時
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、月額サービスの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。