

重要事項説明書

記入年月日	2021年8月1日
記入者名	宮島 勇人
所属・職名	施設長

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) ぐりーんらいふひがしにほんかぶしきがいしゃ グリーンライフ東日本株式会社	
主たる事務所の所在地	〒103-0028 東京都中央区八重洲 1-4-16 東京建物八重洲ビル 11 階	
連絡先	電話番号	03-5255-3338
	FAX番号	03-5200-1177
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	http://www.greenlife-inc.co.jp/company/
代表者	氏名	玉井 信行
	職名	代表取締役
設立年月日	2003年 7月 23日	
主な実施事業	※別添1 (別を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) ぐりーんらいふふなばし グリーンライフ船橋	
所在地	〒273-0033 千葉県船橋市本郷町 6 1 8 - 1	
主な利用交	最寄駅	JR 総武線・武蔵野線「西船橋」駅

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 (普通賃借 ・ 定期賃借)		
	抵当権の設定	1 あり 2 なし	
	契約期間	1 あり (2008年4月11日～ 2038年4月10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 (縁故者居室を含む)				
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	21.12 m ² ～ 22.05 m ²	62	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	32.76 m ²	4	介護居室個室
	タイプ3	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ7	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ8	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 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	11ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所
	共用浴室	8ヶ所	個室	6ヶ所
			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	1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		
緊急通 報装置 等	居室	便所	浴室	その他（ ）
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	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	施設を「家庭の延長」と考え、「365日同じ質と量」の介護サービスを提供します。また「全員が介護スタッフ」であるという自覚を持ち、「介護」「看護」「ケアマネ・相談員」「事務・管理」の四つが連携、協力し合い、介護サービスを提供します。社員ひとり一人が「緊張感」の中に「やさしい気配り・目配り」を心がけ、「規律を守り」、「清潔な職場」で明るい介護サービスを提供します。共に働く仲間を「良きパートナー」として、お互いに「教え、学び合い」「助け合い」ながら、地域になくってはならない老人ホームを目指し、介護を通じ社会に貢献していきます。
サービスの提供内容に関する特色	施設を「家庭の延長」と考え、「365日同じ質と量」の介護サービスを提供します。また「全員が介護スタッフ」であるという自覚を持ち、「介護」「看護」「ケアマネ・相談員」「事務・管理」の四つが連携、協力し合い、介護サービスを提供します。社員ひとり一人が「緊張感」の中に「やさしい気配り・目配り」を心がけ、「規律を守り」、「清潔な職場」で明るい介護サービスを提供します。共に働く仲間を「良きパートナー」として、お互いに「教え、学び合い」「助け合い」ながら、地域になくってはならない老人ホームを目指し、介護を通じ社会に貢献していきます。

入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	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	入居継続支援加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	栄養スクリーニング加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	看取り介護加算		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	1 あり	2 なし	
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 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) 3.0 : 1		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 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	医療法人社団聖進会 市川東病院
		住所	市川市二俣2-14-3 施設から1.5Km
		診療科目	内科、整形外科、泌尿器科、外科、脳外科、皮膚科
		協力科目	
		協力内容	通院、入院対応 通院、入院時及び緊急時の際には緊密な連携を図り、医療の提供をする。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団晴恵会 川本歯科
		住所	東京都葛飾区柴又6-14-1
		協力内容	訪問歯科診療

(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		<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 type="checkbox"/> 3 その他 ()	
判断基準の内容		入居者の心身状態、生活への適応状況等により必要と認められた場合には、医師の意見等を踏まえた上で居室の変更を行うことがございますが、費用の変更はございません。又、居室変更に際しては、事前にご本人・ご家族のご意見をお伺いします。	
手続きの内容			
追加的費用の有無		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い		当初の入居契約は継続するため、利用権に変更はございません。	
前払金償却の調整の有無		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室 との仕様の 変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室の変更	1 あり <input 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) 居室の階数及び方角に変更がある場合があります。 <input 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"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	原則、65歳以上の方	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合（2名の場合はどちらとも逝去した場合） ② 入居者から契約解約が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合 次の各号のいずれかに該当した場合、90日の予告期間を置いて契約解除を通告することができる（ただし二号については、契約解除の予告期間を30日とする） 一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 二 月額利用料その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上遅延したとき 三 第3条第4項の規定に違反したとき 四 本契約第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき 五 入居者の言動が、他の入居者又は従業員の生命・身体・財産に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき 六 事業者に事前の通知することなく入居者が長期不在になり、本契約を継続する意思がないと判断したとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり（内容：6泊7日まで） 1泊2日あたり金11,000円也（税込） <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	70人	
その他	90日以内の契約終了あり	

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	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	29	17	12	23.7
介護職員	25	15	10	20.1
看護職員	4	1	3	3.6
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員				
事務員	2	1	1	1.5
その他職員	5		5	3.1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	13	7	6
実務者研修の修了者	2		2
初任者研修の修了者	9	7	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	1	1	
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 (20 時～ 7 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	3 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*	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 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)	2.8 : 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		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
前年度1年間の採用者数	2	1	4	1	1	

前年度1年間の退職者数	1	2	2	6					1	
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	2					1	
	1年以上 3年未満	1	1	3	3			1		
	3年以上 5年未満			5	1					
	5年以上 10年未満			3	2					
	10年以上			2	4	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】	<input checked="" 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】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" 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	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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 checked="" 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	ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて、料金の改定をする事がある。
	手続き	

(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			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	21.12~22.05 m ²	32.76 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		262,120円	494,240円	
家賃		70,000円	110,000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	60,120円	120,240円
		管理費	132,000円	264,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	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	借上げ賃料、市場相場より算定
敷金	家賃のヶ月分
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	共用施設の維持管理、水道光熱費、備品、消耗品費、事務費、管理部門にかかる人件費。実費で提供するサービスは、介護サービス一覧表参照。
食費	厨房維持費、食材料費に基づく費用。喫食数に応じて請求する。
光熱水費	
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

	要介護 3	6 人
	要介護 4	15 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	13 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	2 人
	1 年以上 5 年未満	32 人
	5 年以上 10 年未満	13 人
	10 年以上 15 年未満	5 人
	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	86.3 歳
入居者数の合計	65 人
入居率※	95.5%
※ 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	人
	医療機関	5 人
	死亡	8 人
	その他	2 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	8 人
		(解約事由の例) 長期入院になり退院することができない。 在宅復帰などが事由である。

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		施設長 (入居者からの苦情ない様には守秘義務を徹底し、 苦情申出による差別的な待遇は一切行わない。)
電話番号		047-318-1165
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		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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 保険会社：あいおい損害保険株式会社 保険名称：社会福祉施設事業者総合保険
	<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)
	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	2019年10月10日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	2011年2月14日
		評価機関名称	ぎょうせい総合研究所
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<input 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 type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 2 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 (2007年 9月 12日届出) 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「規模及び構造 設備」に合致しない事項	① あり (2013年 4月 1日施行の設置運営指導指針) 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 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 事業主体が船橋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		
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		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	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		
<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		
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		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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		○		実費（処分費を含む）
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円	週 3 回を越える場合 1 回 1,650 円（税込） （入浴準備 1 回 880 円（税込））
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円	週 3 回を越える場合 1 回 1,650 円（税込）
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		○	1 日/ 13 円	機能訓練加算費
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円	協力医療機関はサービス、他は 60 分以内 1,650 円（税込）、60 分以降は 30 分毎に 880 円（税込）が追加
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	880 円	週 2 回を越える場合 1 回 880 円（税込）
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	880 円	週 1 回を越える場合 1 回 880 円（税込）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	880 円	週 2 回を越える場合 1 回 880 円（税込）
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		○		実費（外部から訪問理美容）
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円	週 1 回実施。他は 60 分以内 1,650 円（税込）、60 分以降は 30 分毎に 880 円（税込）が追加
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円	60 分以内 1,650 円（税込）、60 分以降は 30 分毎に 880 円（税込）が追加
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				年 2 回実施。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				適宜実施

服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				適宜実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				適宜実施
入退院時・入院中のサービス								
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				協力医療機関はサービス、他は 60 分以内 1,650 円（税込）、60 分以降は 30 分毎に 880 円（税込）が追加
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				週 1 回を越える場合 1 回 1,650 円（税込）
入院中の見舞い訪問	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				週 1 回

※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。