別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

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）にほんえいじれす・らいふ・こあ 株式会社日本エイジレス･ライフ･コア	
主たる事務所の所在地	〒310-0853　茨城県水戸市平須町２２０５	
連絡先	電話番号	０２９－２４４－１１１０
	FAX番号	０２９－２４４－１１３４
	ホームページアドレス	http:// www.modestia.jp
代表者	氏名	笹島　康史
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成　15　年　6　月　26　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）かいごつきゆうりょうろうじんほーむ もですてぃあみと 介護付有料老人ホーム　モデスティア水戸	
所在地	〒310-0853　茨城県水戸市平須町２２０５	
主な利用交通手段	最寄駅	ＪＲ常磐線　水戸駅から約６．７km
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・関東鉄道バス向井停留所から０．４km
連絡先	電話番号	０２９－２４４－１１１０
	FAX番号	０２９－２４４－１１３４
	ホームページアドレス	http:// www.modestia.jp
管理者	氏名	井熊　明子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成　17　年　9　月　17　日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成　17　年　10　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 ※（）内は介護予防特定施設	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護茨城県指定 0870102530 介護予防特定施設入居者生活介護茨城県指定 0870102530
	指定した自治体名	茨城県
	事業所の指定日	平成１７年１０月１日（平成１８年４月１日）
	指定の更新日（直近）	平成２３年１０月２日（平成２４年４月２日）

３．建物概要

土地	敷地面積	5,398.85 ㎡	
	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（　年　月　日～　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	4,639.13 ㎡
		うち、老人ホーム部分	4,639.13 ㎡
	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（　年　月　日～　年　月　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)／無	有／(無)	22.6 ㎡	18	介護居室個室
	タイプ２	(有)／無	有／(無)	27.5 ㎡	30	介護居室個室
	タイプ３	(有)／無	有／(無)	30.0 ㎡	12	介護居室個室
	タイプ４	有／無	有／無	㎡		
	タイプ５	有／無	有／無	㎡		
	タイプ６	有／無	有／無	㎡		
	タイプ７	有／無	有／無	㎡		
	タイプ８	有／無	有／無	㎡		
	タイプ９	有／無	有／無	㎡		
	タイプ10	有／無	有／無	㎡		

※「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	７ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	７ヶ所
	共用浴室	４ヶ所	個室	３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		
その他	その他、浴室の設備に関する事項：全居室にミストシャワー設置			

４．サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	1)ユニットケアと上質な介護体制　2)広くて充実した設備の居室　3)多彩な生活空間　4)快適な設備とアクティビティ　5)上品で気品がある英国風のたたずまい　6)食の楽しさを追求した食事　7)24 時間看護による重度までの対応　8)提携医療機関との連携　9)ご入居者の第二の我が家を目指して　10)ご入居者に対し『モデスティア』に忠実に実行
サービスの提供内容に関する特色	・直接処遇職員(看護･介護)の配置を、介護保険の基準の 3：1 を超える『1.5 対 1』以上で配置。 ・看護スタッフ(看護師、准看護師)が２４時間常駐。
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） １．５：１	
	２　なし		

（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）	
協力医療機関	1	名称	さくらみちクリニック
		住所	茨城県東茨城郡大洗町桜道 253
		診療科目	内科、呼吸器科、アレルギー科
		協力内容	月２回往診し、健康相談を行います。緊急時も訪問診療や健康相談が可能です。（実費個人負担）
	2	名称	医療法人住吉クリニック　住吉クリニック病院
		住所	茨城県水戸市住吉町 193-97
		診療科目	内科
		協力内容	
	3	名称	医療法人健清会　那珂記念クリニック
		住所	茨城県那珂市中台 745-5
		診療科目	内科
		協力内容	
	4	名称	財団法人報恩会　石崎病院
		住所	茨城県東茨城郡茨城町上石崎 4698
		診療科目	精神、神経内科
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	御茶園通り歯科クリニック
		住所	茨城県水戸市千波町 462-6
		協力内容	週３回の訪問歯科診療。（実費個人負担。医療機関の都合により変更の場合あり。）

（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	・概ね 65 歳以上で介護認定（要支援、要介護）を受けている方 ・常時医療機関において治療する必要のない方 ・他の入居者に伝染する疾患のない方 ・自傷、他害の恐れのない方	
契約の解除の内容	解約日の 30 日前までに文書にて通知。 ①入居者が死亡したとき。 （入居者が 2 名の場合は両者とも死亡したとき） ②事業者からの契約解除に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。 ③入居者からの契約解除に基づき解約をおこなったとき。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、このことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することができます。 ①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 ②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ③第 3 条第 4 項の規定に違反したとき ④第 20 条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき ⑤入居者の行動が、他の入居者の生命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 ⑥入居者又は契約者がこの契約の条項について重大な違反をしたり、事業者の信頼を著しく損なう行為をしたとき。 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。 一　契約解除の通告について、90 日の予告期間をおく 二　前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける 三　解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する 本条第 1 項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。

	一　医師の意見を聴く ニ　一定の観察期間をおく 事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。 一　第４７条の各号の確約に反する事実が判明したとき 二　本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき 三　第２０条第１項第六号までの各号に掲げる行為を行ったとき	
	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	①　あり（内容：1泊2日(3食付)　12,000円＋税）　２　なし ※健康診断等提出	
入居定員	62人	
その他	①ゲストルーム1泊　6,000円（食事代別・消費税抜）	

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	
管理者	1	1	0	0.5
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員				
介護職員	30	12	18	22.6
看護職員	7	3	4	4.5
機能訓練指導員	1	0	0	1.0
計画作成担当者	1	0	1	0.5
栄養士				※外部委託
調理員				※外部委託
事務員	2	2	0	2.0
その他職員	0	0	0	0
１週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間

※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	0	0	0
介護福祉士	15	3	12
実務者研修の修了者	0	0	1
初任者研修の修了者	31	10	21
介護支援専門員	4	1	3

（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	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復師	1	1	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間（17 時～10 時）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	1 人	0 人
介護職員	3 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※ 【表示事項】	ⓐ 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）	1．5：1
※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　　２　なし
	業務に係る資格等	①　あり	
		資格等の名称	介護士
		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		1	4	4	3	0	0	1	0	0	0
前年度１年間の退職者数		3	4	2	5	0	0	1	0	0	0
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	4	4	3	0	0	0	0	0	0
	１年以上３年未満	0	1	6	4	0	0	0	0	0	0
	３年以上５年未満	1	2	4	8	0	0	1	0	0	1
	５年以上10年未満	1	0	4	1	1	0	0	0	0	0
	10年以上	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
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	人件費、物価変動等に基づき、変更する場合がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聞いて決定。

（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	
	年齢		７５歳以上	歳
居室の状況	床面積		27.5 ㎡	㎡
	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		16,000,000 円	円
	敷金		0 円	円
月額費用の合計			225,429 円（消費税抜）	円
	家賃		0 円	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	60,000 円（消費税抜）	円
		管理費	103,000 円（消費税抜）	円
		介護費用	51,000 円（消費税抜）	円
		光熱水費	11,429 円（消費税抜）	円
		その他	円	円

※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	なし
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。 直接処遇職員の配置を介護保険基準の３：１を超える 1.5：1 以上で配置。
管理費	共用施設の維持管理費、健康管理の費用、事務費、フロント・日常運営に係わる人件費。
食費	食材費と厨房人件費から算出。 2,000円/日（朝食：500円、昼食：700円、夕食：800円） おやつ代込（1日3食、30日召し上がった場合、消費税抜） ※実食分のみ請求。
光熱水費	各居室使用料を積算（各ユニットで按分）し、一律で請求。
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	基本報酬、及び前提の加算の利用者負担分
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（上乗せサービス）	※前掲
※　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		地代、建物建築費、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額、及び想定居住期間を超えて入居契約が維持する場合に備えて受領する費用。
想定居住期間（償却年月数）		60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）		入居一時金ごとに異なる
初期償却率		30%
返還金の算定方法	入居後３月以内の契約終了	１日当たりの利用料Ｓタイプ:6,000円、Mタイプ:8,500円、Ｌタイプ:12,600円を入居日から契約終了日までの日数で乗じた金額と日割り計算に基づく費用
	入居後３月を超えた契約終了	（入居者が１人の場合であって契約が終了した場合） ・入居金償却期間内の場合 基本入居金分×70%×(60ヶ月−経過月数)/60ヶ月 （入居者が２人の場合（同時同室入居）であって、その一方が死亡または退去した場合） ・入居金償却期間内の場合 加算入居金分×70%×(60ヶ月−経過月数)/60ヶ月 ※尚入居金償却期間を超える場合には、返還金はなし。 入居金の追加徴収は行なわない
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	10 人	女性	36 人
年齢別	65 歳未満	0 人	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	19 人	85 歳以上	25 人
要介護度別	自立	0 人	要支援１	2 人
	要支援２	４人	要介護１	7 人
	要介護２	8 人	要介護３	5 人
	要介護４	7 人	要介護５	13 人
入居期間別	６ヶ月未満	1 人	６ヶ月以上１年未満	5 人
	１年以上５年未満	24 人	５年以上 10 年未満	16 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	86.1 歳
入居者数の合計	46 人
入居率※	74.2%
※ 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）

退去先別の人数	自宅等	1 人	社会福祉施設	0 人
	医療機関	0 人	死亡者	10 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）※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		①事業所内（施設長及び生活相談員） ②(公社)全国有料老人ホーム協会 ③水戸市福祉部高齢福祉課 ④茨城県国民健康保険団体連合会
電話番号		③　０２９－２４４－１１１０　②０３－３２７２－３７８１ ③０２９－２３２－９１７４　④０２９－３０１－１５５０
対応している時間	平日	①9:00～18:00　②10:00～17:00 ③8:30～17:15　④9:00～17:00
	土曜	①9:00～18:00
	日曜・祝日	①9:00～18:00
定休日		①なし　②～④土日・祝祭日・年末年始など

（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）(公社)全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム損害賠償責任保険」へ加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償を行います。
	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）送迎中の車両事故等の損害保険加入
	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	平成２５年８月
		結果の開示	①　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	平成２５年２月
		評価機関名称	全国有料老人ホーム協会 有料老人ホームサービス第三者評価事業 川原経営総合センター
		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４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	１　あり　②　なし	
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			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし		
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		
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	ﾓﾃﾞｽﾃｨｱ水戸	茨城県水戸市平須町2205
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		
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		
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	ﾓﾃﾞｽﾃｨｱ水戸	茨城県水戸市平須町2205
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　　※金額は消費税抜表示

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	持込可	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	(あり)	なし	あり	○			週２回以上実施	
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	○			身体状況に応じた生活リハビリ	
通院介助	なし	(あり)	なし	(あり)	○	○	1,000円/時間＋交通費	実費	
生活サービス									
居室清掃	なし	(あり)	なし	あり	○			週２回(汚れた箇所は随時)	
リネン交換	なし	(あり)	なし	あり	○			週１回(汚れた場合は随時)	
日常の洗濯	なし	(あり)	なし	あり	○			個人の外部クリーニング代は実費	
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)		○		昼食代に含む	
理美容師による理美容サービス			なし	(あり)		○	全額実費	指定日	
買い物代行	なし	(あり)	なし	(あり)	○	○	週２回以上800円/回		
役所手続き代行	なし	あり	なし	(あり)		○	1,000円/時間＋交通費		
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	
健康相談	なし	(あり)	なし	あり	○			必要に応じ実施	
生活指導・栄養指導	なし	(あり)	なし	あり	○			必要に応じ実施	
服薬支援	なし	(あり)	なし	あり	○			必要に応じ実施	
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)			1,000円/時間＋交通費	協力医療機関外は実費	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	(あり)	なし	あり				週２回	
入院中の見舞い訪問	なし	(あり)	なし	あり				週２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、月額のサービス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。