

## 重要事項説明書

記入年月日      2025 年 10 月 1 日  
 記入者名          伊集院    大輔  
 所属・職名        みよし悠生苑管理者

### 1. 事業主体概要

|            |                                                      |                                                                 |
|------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 種類         | 個人／ <span style="border: 1px solid black;">法人</span> |                                                                 |
|            | ※法人の場合、その種類                                          | 営利法人                                                            |
| 名称         | (ふりがな)<br>ビーへるす<br>株式会社ビーヘルス                         |                                                                 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒254-0065      神奈川県平塚市南原1丁目3番29号                     |                                                                 |
| 連絡先        | 電話番号                                                 | 050-5530-3063                                                   |
|            | FAX番号                                                | 0463-36-7200                                                    |
|            | ホームページアドレス                                           | <a href="https://be-health.co.jp/">https://be-health.co.jp/</a> |
| 代表者        | 氏名                                                   | 日坂    泰之                                                        |
|            | 職名                                                   | 代表取締役                                                           |
| 設立年月日      | 2023年4月18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) みよしゆうせいえん<br>みよし悠生苑     |                                                              |
| 所在地           | 〒354-0045<br>埼玉県入間郡三芳町上富1550-1 |                                                              |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                            | ふじみ野駅                                                        |
|               | 交通手段と所要時間                      | 鶴瀬駅行きバス 15 分「多福寺」下車    徒歩 3 分                                |
| 連絡先           | 電話番号                           | 049-258-1115                                                 |
|               | FAX番号                          | 049-258-1118                                                 |
|               | ホームページアドレス                     | <a href="http://www.be-health.co.jp">www.be-health.co.jp</a> |
| 管理者           | 氏名                             | 伊集院    大輔                                                    |
|               | 職名                             | 施設長                                                          |
| 建物の竣工日        |                                | 平成29年6月30日                                                   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                | 令和5年7月1日                                                     |

【類型】【表示事項】

|                                                                  |            |                     |
|------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>該当する場<br>合                                           | 介護保険事業者番号  | 1 1 7 2 4 0 1 2 5 7 |
|                                                                  | 指定した自治体名   | 埼玉県                 |
|                                                                  | 事業所の指定日    | 令和 5 年 7 月 1 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    | 1922.39 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                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br>(2017 年 7 月 1 日～2052 年 6 月 30 日)<br>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                                                                                   | 2591.73 m <sup>2</sup>                                                               |
|                                                  |         | うち、老人ホーム部分                                                                           | 2591.73 m <sup>2</sup>                                                               |
|                                                  | 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      | 1 鉄筋コンクリート造                                                                          |                                                                                      |
|                                                  |         | <input checked="" type="checkbox"/> 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                                                                       |                                                                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 |         |                                                                                      |                                                                                      |
| 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<br>(2017 年 7 月 1 日～2052 年 6 月 30 日)<br>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<br>【表示事項】                                                                                              | <div> <div>1 全室個室</div> <div>2 相部屋あり</div> </div>                  |                                          |                                          |       |        |
|                      |                                                                                                             | 最少                                                                 |                                          | 1 人部屋                                    |       |        |
|                      |                                                                                                             | 最大                                                                 |                                          | 1 人部屋                                    |       |        |
|                      |                                                                                                             | トイレ                                                                | 浴室                                       | 面積                                       | 戸数・室数 | 区分※    |
|                      | タイプA                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無           | 18.09 m <sup>2</sup>                     | 46    | 介護居室個室 |
|                      | タイプB                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無           | 18.28 m <sup>2</sup>                     | 4     | 〃      |
|                      | タイプC                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無           | 19.63 m <sup>2</sup>                     | 16    | 〃      |
|                      |                                                                                                             |                                                                    |                                          |                                          |       |        |
|                      |                                                                                                             |                                                                    |                                          |                                          |       |        |
|                      |                                                                                                             |                                                                    |                                          |                                          |       |        |
| 共用施設                 | 共用便所における<br>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                          |                                          | 4ヶ所   |        |
|                      | 共用浴室                                                                                                        | 4ヶ所                                                                | 個室                                       |                                          | 3ヶ所   |        |
|                      |                                                                                                             |                                                                    | 大浴場                                      |                                          | ヶ所    |        |
|                      | 共用浴室における<br>介護浴槽                                                                                            | 4ヶ所                                                                | チェアー浴                                    |                                          | ヶ所    |        |
|                      |                                                                                                             |                                                                    | リフト浴                                     |                                          | 1ヶ所   |        |
|                      |                                                                                                             |                                                                    | ストレッチャー浴                                 |                                          | 1ヶ所   |        |
|                      |                                                                                                             |                                                                    | その他（個浴）                                  |                                          | 3ヶ所   |        |
|                      | 食堂                                                                                                          | <div> <div>1 あり</div> <div>2 なし</div> </div>                       |                                          |                                          |       |        |
| 入居者や家族が利用<br>できる調理設備 | <div> <div>1 あり</div> <div>2 なし</div> </div>                                                                |                                                                    |                                          |                                          |       |        |
| エレベーター               | <div> <div>1 あり（車椅子対応）</div> <div>2 あり（ストレッチャー対応）</div> <div>3 あり（上記1・2に該当しない）</div> <div>4 なし</div> </div> |                                                                    |                                          |                                          |       |        |
| 消防用設備<br>等           | 消火器                                                                                                         | <div> <div>1 あり</div> <div>2 なし</div> </div>                       |                                          |                                          |       |        |
|                      | 自動火災報知設備                                                                                                    | <div> <div>1 あり</div> <div>2 なし</div> </div>                       |                                          |                                          |       |        |
|                      | 火災通報設備                                                                                                      | <div> <div>1 あり</div> <div>2 なし</div> </div>                       |                                          |                                          |       |        |
|                      | スプリンクラー                                                                                                     | <div> <div>1 あり</div> <div>2 なし</div> </div>                       |                                          |                                          |       |        |
|                      | 防火管理者                                                                                                       | <div> <div>1 あり</div> <div>2 なし</div> </div>                       |                                          |                                          |       |        |
|                      | 防災計画                                                                                                        | <div> <div>1 あり</div> <div>2 なし</div> </div>                       |                                          |                                          |       |        |
| 緊急通報装<br>置等          | 居室                                                                                                          | 便所                                                                 | 浴室                                       | その他（ ）                                   |       |        |
|                      | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり                                                                    | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり                           | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし |       |        |

#### 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 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<br>加算の対象となるサービスの<br>体制の有無 | 個別機能訓練加算         |      | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                        | 夜間看護体制加算         | (Ⅰ)  | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                        |                  | (Ⅱ)  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                        | 協力医療機関連携加算       |      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                        | 看取り介護加算          |      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                        | 退院・退所時連携加算       |      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                        | 退去時情報提供加算        |      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                        | 生産性向上推進<br>体制加算  | (Ⅰ)  | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                        |                  | (Ⅱ)  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                        | 入居継続支援加算         | (Ⅰ)  | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                        |                  | (Ⅱ)  | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                        | 高齢者施設等感染対策向上加算   |      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                        | 若年性井認知症受入れ加算     |      | 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 |
|                                        | 生活機能向上連携加算       |      | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                        | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)   |      | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし                                     |
|                                        | 認知症専門ケア<br>加算    | (Ⅰ)  | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                        |                  | (Ⅱ)  | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                        | サービス提供体<br>制強化加算 | (Ⅰ)イ | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                        |                  | (Ⅰ)ロ | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|                                        |                  | (Ⅱ)  | 1 あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

|                      |                                          |                      |                                               |
|----------------------|------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|
|                      |                                          | (Ⅲ)                  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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)<br>: 1 |                                               |
|                      | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |                      |                                               |

(医療連携の内容)

|          |      |                                              |                              |
|----------|------|----------------------------------------------|------------------------------|
| 医療支援     |      | 1 救急車の手配                                     |                              |
| ※複数選択可   |      | 2 入退院の付き添い(協力医療機関への入退院の移送、同行に係る費用は、月額利用料に含む) |                              |
|          |      | 3 通院介助(協力医療機関への通院同行は、月額利用料に含む)               |                              |
|          |      | 4 その他( )                                     |                              |
| 協力医療機関   | 1    | 名称                                           | わかさクリニック                     |
|          |      | 住所                                           | 埼玉県所沢市若狭4丁目2468番31号          |
|          |      | 診療科目                                         | 内科 胃腸科 外科等                   |
|          |      | 協力内容                                         | 入居者の健康管理、内科診療、病院紹介<br>嘱託医の派遣 |
|          | 2    | 名称                                           | ふじみ野救急クリニック                  |
|          |      | 住所                                           | 埼玉県入間郡三芳町北永井997-5            |
|          |      | 診療科目                                         | 内科 外科 脳神経外科                  |
|          |      | 協力内容                                         | 入居者の健康管理、内科診療、病院紹介<br>嘱託医の派遣 |
| 協力歯科医療機関 | 名称   | 奥原歯科医院                                       |                              |
|          | 住所   | 埼玉県所沢市小手指町1-30-10 奥原ビル                       |                              |
|          | 協力内容 | 入居者の歯健康管理、歯科診療、病院紹介                          |                              |

(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<br>※複数選択可 |        | 1 一時介護室へ移る場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合<br>3 その他 ( ) |  |
| 判断基準の内容                  |        | 心身の状態、生活への適応状況等により、必要と認められた場合                                                |  |
| 手続きの内容                   |        | 医師の意見を踏まえ、入居者・身元引受人との合意の上                                                    |  |
| 追加的費用の有無                 |        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (汚損等の場合の修理代) 2 なし                   |  |
| 居室利用権の取扱い                |        | 変更なし                                                                         |  |
| 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<br>仕様の変更         | 面積の増減  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 | 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<br>【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               |                                                                           |              |    |   |    |
| 契約の解除の内容           | 自傷他傷行為があるなど、共同生活を送ることが著しく困難と判断した場合。また、常時及び 17：30～翌 9：00 の時間帯に医療行為等が必要な場合。 |              |    |   |    |
| 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            | 1   あり（内容：日割りにて清算）<br>2   なし                                              |              |    |   |    |
| 入居定員               | 66 人                                                                      |              |    |   |    |
| その他                |                                                                           |              |    |   |    |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

令和 7 年 10 月 1 日現在

|          | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※1※2 |
|----------|----------|----|-----|----------------|
|          | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
|          |          |    |     |                |
| 管理者（施設長） | 1        | 1  |     | 1.0            |
| 生活相談員    | 1        | 1  |     | 1.0            |
| 直接処遇職員   | 28       | 11 | 17  | 12.4           |
| 介護職員     | 24       | 9  | 15  | 11.8           |
| 看護職員     | 4        | 2  | 2   | 1.2            |
| 機能訓練指導員  | 1        |    | 1   | 0.1            |
| 計画作成担当者  | 2        | 2  |     | 2.0            |
| 栄養士      |          |    |     |                |
| 調理員      |          |    |     |                |
| 事務員      | 1        | 1  |     | 1.0            |
| その他職員    | 5        |    | 5   | 2.4            |

|                                                                                                                                               |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2                                                                                                                     | 37.5 |
| <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     | 7  | 0  | 7   |
| 実務者研修の修了者 | 5  | 3  | 2   |
| 初任者研修の修了者 | 6  | 2  | 4   |
| 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   | 1  | —  | 1   |
| 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 時半～翌 9 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                  | 3 人  | 3 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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br><input checked="" type="checkbox"/> d 3 : 1 以上 |
|                                                         | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.4 : 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                           |                                    |                                                                                              |

(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 |           | 介護福祉士 介護支援専門員 |     |         |     |         |     |
|                          |               |          |     | 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              |               | 0        | 2   | 2      | 4         | 0             | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 前年度1年間の退職者数              |               | 0        | 2   | 0      | 4         | 0             | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満          | 0        | 1   | 3      | 5         | 0             | 0   | 0       | 0   | 1       | 0   |
|                          | 1年以上<br>3年未満  | 1        | 0   | 5      | 8         | 0             | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                          | 3年以上<br>5年未満  | 0        | 0   | 0      | 2         | 0             | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                          | 5年以上<br>10年未満 | 1        | 1   | 1      | 0         | 1             | 0   | 0       | 1   | 1       | 0   |
|                          | 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<br>【表示事項】              |     | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                |                                         |
| 利用料金の支払い方式<br>【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                                            |                                         |
|                                |     | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                                                      | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>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<br>利用料金（月払い）の取扱い |     | <input type="checkbox"/> 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>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、物価の変動、提供するサービス形態の変更、コストの見直し等により改定が必要な場合                                 |                                         |
|                                | 手続き | 運営懇談会の意見を聞いたうえで決定                                                           |                                         |

### (利用料金のプラン)

|            |                               |      | プラン 1                            | プラン 2                            |
|------------|-------------------------------|------|----------------------------------|----------------------------------|
| 入居者の状況     | 要介護度                          |      | 3                                | 自立                               |
|            | 年齢                            |      | 一歳                               | 一歳                               |
| 居室の状況      | 床面積                           |      | － m <sup>2</sup>                 | － m <sup>2</sup>                 |
|            | 便所                            |      | <input type="checkbox"/> 1 有 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 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    |                               |      | 217,722 円                        | 226,856 円                        |
| 家賃         |                               |      | 70,000 円                         | 70,000 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   | 62,100 円                         | 62,100 円                         |
|            |                               | 管理費  | 30,556 円                         | 30,556 円                         |
|            |                               | 介護費用 | 23,916 円                         | 33,000 円                         |
|            |                               | 水光熱費 | 31,200 円                         | 31,200 円                         |

|                                                                                                              |  |     |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|----|----|
|                                                                                                              |  | その他 | －円 | －円 |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。<br>※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                                          | 建物賃借料等                                                                                                                                                                                          |
| 敷金                                          | －                                                                                                                                                                                               |
| 共益費                                         | 共用部分の維持・管理費、事務費、生活サービス等に係る人件費等                                                                                                                                                                  |
| 食費                                          | 30日計算、1日2,070円とし朝620円、昼680円、夜620円、おやつ150円の合計金額。欠食の場合は3日前までの申し出により、欠食分を差し引いて請求する。                                                                                                                |
| 水光熱費<br>利用者の個別的な選択によるサービス利用料<br>その他のサービス利用料 | 共用施設等における水道光熱費及び個室の電気、水道使用料<br>「人件費、消耗品費等による。利用者の個別的な選択によるサービス利用料、サービス内容・費用は別添2による」<br>理美容代（顔そり）550円（カット）1,650円（カラー）4,400円（パーマ）5,500円 おむつ代（パッド）847円～1,657円（履けるおむつ）1,710円（テープ止めおむつ）1,837円～2,160円 |

（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（1 か月30日の例） |                  |                  |             |             |             |
|                                                                                                                                    |                        | 1日当たりの<br>介護保険単位 | 下記加算を含<br>めた月額料金 | 1割<br>自己負担額 | 2割<br>自己負担額 | 3割<br>自己負担額 |
|                                                                                                                                    | 要介護 1                  | 622              | 191,802円         | 19,181円     | 38,361円     | 57,541円     |
|                                                                                                                                    | 要介護 2                  | 697              | 214,961円         | 21,497円     | 42,993円     | 64,489円     |
|                                                                                                                                    | 要介護 3                  | 776              | 239,157円         | 23,916円     | 47,832円     | 71,748円     |
|                                                                                                                                    | 要介護 4                  | 849              | 261,628円         | 26,163円     | 52,326円     | 78,489円     |
|                                                                                                                                    | 要介護 5                  | 926              | 285,485円         | 28,549円     | 57,097円     | 85,646円     |
| 個別機能訓練加算（ <input type="checkbox"/> ・有）、夜間看護体制加算（無・ <input type="checkbox"/> ）                                                      |                        |                  |                  |             |             |             |
| 協力医療機関連携加算（無・ <input type="checkbox"/> ）、看取り介護加算（ <input type="checkbox"/> ・有）                                                     |                        |                  |                  |             |             |             |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（無・ <input type="checkbox"/> ）、退院・退所時連携加算（無・ <input type="checkbox"/> ）                                              |                        |                  |                  |             |             |             |
| ）、生産性向上推進体制加算（Ⅱ）（無・ <input type="checkbox"/> ）、入居継続支援加算（ <input type="checkbox"/> ・有）                                              |                        |                  |                  |             |             |             |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）（無・ <input type="checkbox"/> ）、生活機能向上連携加算（ <input type="checkbox"/> ・有）、若年性認知症受入れ加算（ <input type="checkbox"/> ・有） |                        |                  |                  |             |             |             |
| 栄養スクリーニング加算（ <input type="checkbox"/> ・有）                                                                                          |                        |                  |                  |             |             |             |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>地域加算：6級地（1単位10.27円）</p> <p>○夜間看護体制加算</p> <p>24時間連絡体制により、必要に応じ健康管理等を行う体制を確保している場合、1日で9単位加算されます。</p> <p>○協力医療機関連携加算</p> <p>看護職員が健康状態について、1カ月に1回以上主治医に対し情報提供した場合、1月で100単位加算されます。</p> <p>○介護職員等処遇改善加算Ⅱ</p> <p>サービス利用総単位数×12.2%で単位数が計算されます。</p> <p>○個別機能訓練加算</p> <p>機能訓練指導員等が協働して個別機能訓練計画を作成し、機能訓練を実施した場合、1日につき12単位加算されます。</p> <p>○退院・退所時連携加算</p> <p>医療提供施設を退院・退所して入居する場合、30日間を限度として1日につき30単位加算されます。</p> <p>○入居継続支援加算</p> <p>介護福祉士の数が入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であり、たんの吸引等を必要とする入居者の割合が入居者の15%であることで1日につき36単位加算されます。</p> <p>○生活機能向上連携加算</p> <p>医療提供施設と共同して個別機能訓練計画を作成し、計画に基づき機能訓練を実施した場合、1月につき200単位加算されます。（ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1日100単位となります。）</p> <p>○若年性認知症入居者受入れ加算</p> <p>入居された若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を決めることで1日につき120単位加算されます。</p> <p>○栄養スクリーニング加算</p> <p>栄養状態について確認を行い（医師、歯科医師、管理栄養士等含む）情報を6カ月ごとに介護支援専門員に文章で共有した場合に1回につき5単位加算されます。</p> <p>○看取り介護加算</p> <p>医師が終末期と判断し家族らの同意を得て施設で亡くなられた場合、30日を限度として4日以上30日以下144単位、前日・前々日680単位、当日1280単位が1日につき加算されます。</p> <p>○高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）</p> <p>診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から3年に1度施設内での実地指導を受けていると月5単</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

位加算されます。

○生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行い、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、1年に1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うと月に10単位加算されます。

＜例（要介護5の場合）＞※30日計算

介護保険単位24,390単位+医療機関連携加算100単位+夜間看護体制加算270単位+介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）+生産性向上推進体制加算10単位+高齢者施設等感染対策向上加算5単位+介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）3023単位=27,798単位  
総単位27,798×地域加算10.27円=285,485円

※料金の計算過程における端数処理、人員配置、加算要件の該当・非該当により実際の請求額が料金表記載額と若干異なる場合があります。

介護予防特定施設入居者生活介護（1か月30日の例）

|      | 1日当りの介護保険単位 | 下記加算を含めた月額料金 | 1割      | 2割      | 3割      |
|------|-------------|--------------|---------|---------|---------|
|      |             |              | 自己負担額   | 自己負担額   | 自己負担額   |
| 要支援1 | 209         | 64,588円      | 6,459円  | 12,918円 | 19,377円 |
| 要支援2 | 355         | 109,529円     | 10,953円 | 21,906円 | 32,859円 |

個別機能訓練加算（☐・有）、協力医療機関連携加算（無・☒）

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（無・☒）

生活機能向上連携加算（☐・有）、若年性認知症受入れ加算（☐・有）、栄養スクリーニング加算（☐・有）

地域加算：6級地（1単位10.27円）

○協力医療機関連携加算

看護職員が健康状態について、1カ月に1回以上主治医に対し情報提供した場合、1月で100単位加算されます。

○介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（無・☒）

サービス利用総単位数×12.2%で単位数が計算されます。

○個別機能訓練加算

機能訓練指導員等が協働して個別機能訓練計画を作成し、機能訓練を実施した場合、1日につき12単位加算されます。

○生活機能向上連携加算

医療提供施設と共同して個別機能訓練計画を作成し、計画に基づき機能訓練を実施した場合、1月につき200単位加算されます。（ただし、個別機能訓練加算を算定している場合は、1日

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         | <p>100単位となります。)</p> <p>○若年性認知症入居者受入れ加算</p> <p>入居された若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定めることで1日につき120単位加算されます。</p> <p>○栄養スクリーニング加算</p> <p>栄養状態について確認を行い（医師、歯科医師、管理栄養士等含む）情報を6カ月ごとに介護支援専門員に文章で共有した場合に1回につき5単位加算されます。</p> <p>○高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）</p> <p>診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から3年に1度施設内での実地指導を受けていると月5単位加算されます。</p> <p>○生産性向上推進体制加算（Ⅱ）</p> <p>生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的にを行い、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、1年に1回、業務改善の取組による効果を示すでデータの提供を行うと月に10単位加算されます。</p> <p>＜例（要支援1の場合）＞※30日計算</p> <p>介護保険単位5490単位+医療機関連携加算100単位+生産性向上推進体制加算10単位+高齢者施設等感染対策向上加算5単位、介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）684単位+ =6,289単位</p> <p>総単位6,289×地域加算10.27円=64,588円</p> <p>※料金の計算過程における端数処理、人員配置、加算要件の該当・非該当により実際の請求額が料金表記載額と若干異なる場合があります。</p> |
| 特定施設入居者生活介護※で人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## 7. 入居者の状況

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 性別    | 男性            | 45 人 |
|       | 女性            | 18 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 0 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 3 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 20 人 |
|       | 85 歳以上        | 40 人 |
| 要介護度別 | 自立            |      |
|       | 要支援 1         | 2 人  |
|       | 要支援 2         | 2 人  |
|       | 要介護 1         | 15 人 |
|       | 要介護 2         | 9 人  |
|       | 要介護 3         | 16 人 |
|       | 要介護 4         | 15 人 |
|       | 要介護 5         | 4 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 6 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 12 人 |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 35 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 10 人 |
|       | 10 年以上 15 年未満 | —    |
|       | 15 年以上        | —    |

### (入居者の属性)

|                                                     |        |
|-----------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                                | 87.1 歳 |
| 入居者数の合計                                             | 63 人   |
| 入居率※                                                | 93.2%  |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。<br>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      | 0 人      |
|         | 他介護施設    | 3 人      |
|         | 医療機関     | 7 人      |
|         | 死亡者      | 10 人     |
|         | その他      | — 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 | 20 人     |

|  |  |                                                         |
|--|--|---------------------------------------------------------|
|  |  | (解約事由の例)<br>医療行為が必要となり退院の見込みがなかった為<br>特別養護老人ホーム入居が決まった為 |
|--|--|---------------------------------------------------------|

## 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。

|                       |       |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先） |       | 施設及び本社<br>・施設担当者 管理者 TEL 049-258-1115<br>・本社お客様相談室 TEL 050-5530-3063                                                                                                                                                                             |
| 対応している時間              | 平日    | 9：00～17：30                                                                                                                                                                                                                                       |
|                       | 土曜    | —                                                                                                                                                                                                                                                |
|                       | 日曜・祝日 | —                                                                                                                                                                                                                                                |
| 定休日                   |       |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 行政・第三者機関の連絡先、対応時間等    |       | <行政> 平日 8：30～17：15<br>・三芳町役場 TEL 049-258-0019<br>・埼玉県福祉部高齢者福祉課 TEL 048-830-3254<br>・埼玉県西部福祉事務所 TEL 049-283-6780<br><第三者機関><br>・社団法人全国有料老人ホーム協会 TEL 03-3548-1077（代表）<br>平日 10：00～17：00<br>・埼玉県国民健康保険団体連合会 TEL 048-824-2568（苦情専用）<br>平日 8：30～17：00 |

(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)<br>施設賠償保険・生産物賠償保険 |
|                               | 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) 上記賠償保険に基づき対応      |
|                               | 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                     |
| 損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）        | 介護サービス等の提供にあたり、事故が発生し入居者の生命、身体、財産に損害が生じた場合は、地震・津波等の天災、戦争・暴動等、入居者の故意によるもの等を除いて速やかに損害を賠償します。但し、入居者に重大な過失がある場合には、賠償額を減ずることがあります。 |                          |

(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 | 1 あり | 実施日   |           |
|                             |      | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |

|               |      |        |                |
|---------------|------|--------|----------------|
| 取組の状況         | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に閲覧<br>2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に閲覧<br>2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br><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<br>2 入居希望者に交付<br><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<br>2 入居希望者に交付<br><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 2 回                              |
|                                                  | 2 なし                                                                                                               |                                           |
|                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり                                                                       | (内容) コロナ禍の為、年 2 回施設アンケートを郵送し記入後、返送していただく。 |
|                                                  | 2 代替措置なし                                                                                                           |                                           |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名: )<br><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<br>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"/> 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 <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<br>の場合等の特例」への適合性                    | 1 適合している (代替措置)<br>2 適合している (将来の改善計画)<br>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。

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 | なかとみ悠生苑 | 所沢市中富508-1 |
| 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 |         |            |
| 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 |  |                                   |    |                            |    | 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 | ○    |      |      | 適宜対応                                                                            |
| 排泄介助・おむつ交換                       |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 適宜対応                                                                            |
| おむつ代                             |  |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費   | －                                                                               |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 週2回実施、3回以上入浴する場合<br>要支援1・2・要介護1～3（1回/1,100円）<br>要介護4・5（1回/1,650円）、自立（1回/1,100円） |
| 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 | ○    |      |      | 適宜対応                                                                            |
| 機能訓練                             |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 適宜対応                                                                            |
| 通院介助                             |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    |      | 指定協力医療機関外は3,300円/時間                                                             |
| 生活サービス                           |  |                                   |    |                            |    |      |      |      |                                                                                 |
| 居室清掃                             |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    |      | 週2回実施、3回以上は1回3,300円                                                             |
| 日常の洗濯                            |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    |      | 週2回実施、3回以上は1回3,300円                                                             |
| 居室配膳・下膳                          |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 適宜対応                                                                            |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |  |                                   |    | なし                         | あり |      |      |      | －                                                                               |
| 食費・おやつ                           |  |                                   |    | なし                         | あり | ○    |      | －    | 食費込月54,000円（1,800円/日）                                                           |
| 理美容師による理美容サービス                   |  |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費   | －                                                                               |
| 買い物代行                            |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    |      | 個別の買物は3,300円/時間                                                                 |
| 役所手続き代行                          |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | －                                                                               |
| 金銭・貯金管理                          |  |                                   |    | なし                         | あり |      |      |      | 個別小口管理にのみ無償で実施                                                                  |
| 健康管理サービス                         |  |                                   |    |                            |    |      |      |      |                                                                                 |
| 定期健康診断                           |  |                                   |    | なし                         | あり |      |      |      | 年2回 健康診断の機会を設ける                                                                 |
| 健康相談                             |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 適宜対応                                                                            |
| 生活指導・栄養指導                        |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 適宜対応                                                                            |
| 服薬支援                             |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 適宜対応                                                                            |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 適宜対応                                                                            |
| 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 | ○    |      |      | 指定協力医療機関外は3,300円/時間                                                             |
| 入退院時の同行                          |  | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |      | 指定協力医療機関外は3,300円/時間                                                             |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    |  | 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 | ○    |      |      | 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・2割・3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。