

重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月31日
記入者名	青木伸章
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ りぞーとてらす 株式会社 リゾートテラス	
主たる事務所の所在地	〒414-0006 静岡県伊東市松原639-15	
連絡先	電話番号	0557-35-1155
	FAX番号	0557-35-1133
	ホームページアドレス	http:// www.skyterrace.jp/
代表者	氏名	大川 晴央
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 <u>平成</u> 31年1月17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) はなみち はな道	
所在地	〒414-0005 静岡県伊東市松原湯端町3番10号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR伊東 駅
	交通手段と所要時間	徒歩利用の場合 JR伊東駅より、徒歩2分

連絡先	電話番号	0 5 5 7 - 3 8 - 9 0 2 0
	FAX番号	0 5 5 7 - 3 8 - 9 0 2 1
	ホームページアドレス	http://www.hanamichi-ito.com
管理者	氏名	大川 晴央
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 5 7 年 1 1 月 2 3 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 3 1 年 4 月 1 日

**(類型)【表示事項】**

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
3 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 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	1 2 2 3 . 0 9 m <sup>2</sup>	
	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	2 9 9 7 . 7 4 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	2 9 9 7 . 7 4 m <sup>2</sup>
	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 ( 鉄骨・鉄筋コンクリート造 )		

	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	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	24.08 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	24.71 m <sup>2</sup>	12	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	26.02 m <sup>2</sup>	8	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	48.16 m <sup>2</sup>	8	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	50.74 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
	タイプ6	有/無	有/無	12.56 m <sup>2</sup>	1	一時介護室
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「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	4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	2ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	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 <u>あり</u> 2 なし
	自動火災報知設備	1 <u>あり</u> 2 なし
	火災通報設備	1 <u>あり</u> 2 なし
	スプリンクラー	1 <u>あり</u> 2 なし
	防火管理者	1 <u>あり</u> 2 なし
	防災計画	1 <u>あり</u> 2 なし
その他		

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

運営に関する方針	
サービスの提供内容に関する特色	
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 <u>委託</u> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし

##### （介護サービスの内容） ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし
	看取り介護加算	1 あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I) 1 あり 2 なし
		(II) 1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ 1 あり 2 なし
		(I)ロ 1 あり 2 なし
		(II) 1 あり 2 なし

		(Ⅲ)	1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	ひだ歯科医院
		住所	〒414-0044 静岡県伊東市川奈1228-210
		協力内容	・治療の受け入れ 他

**(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 checked="" type="radio"/> 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 (ご夫婦での入居で、居室面積の大きな居室へご入居後、事由により単身入居となった場合等、住みやすい居室へ変更できます。)	
判断基準の内容		ご本人、身元引受人、ホームの話し合いによる。	
手続きの内容		居室変更に係る契約内容の変更	
追加的費用の有無		1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし	
居室利用権の取扱い		居室利用権は、移動後の居室へ変更となります。	
前払金償却の調整の有無		1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし	
	便所の変更	1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし	
	浴室の変更	1 <input checked="" type="radio"/> 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 <b>あり</b>	(変更内容) 収納設備等変更あり
		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 <b>あり</b>	2 なし
	要支援の者	1 <b>あり</b>	2 なし
	要介護の者	1 <b>あり</b>	2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として満60歳以上の健康な方から介護を必要とする方まで。</li> <li>・健康保険に加入されている方。</li> <li>・入居後、当施設における管理費、食費等の諸費用の支払いが可能な方。</li> <li>・当施設の運営方針に賛同し、円滑な日常生活が営める方。</li> <li>・他の入居者に迷惑をかける恐れのある方などについては、ご入居ができません場合、または入居後ご相談の上、退去していただく場合があります。</li> </ul>		
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご入居者がお亡くなりになったとき。</li> <li>・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不当手段により入居したとき</li> <li>・管理費その他の費用の支払いを2ヶ月以上遅滞するとき</li> <li>・承認を得ないで規定に違反する行為を行ったとき</li> <li>・建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき</li> <li>・身体状況・行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼし団体生活の継続が困難なとき</li> </ul>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不当手段により入居したとき</li> <li>・管理費その他の費用の支払いを2ヶ月以上遅滞するとき</li> <li>・承認を得ないで規定に違反する行為を行ったとき</li> <li>・建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき</li> <li>・身体状況・行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼし団体生活の継続が困難なとき</li> </ul>	

	解約予告期間	1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 <u>あり</u> (内容：1泊2食付 6,600円、原則的に6泊まで) 2 なし	
入居定員		48人
その他		

## 5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

### （職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	4	4		
看護職員			2	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2	2		
その他職員	3			
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※1 常勤換算人数とは、当該事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	1	1	
介護福祉士	2	2	

実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2	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			
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 ( 19 時～ 翌朝 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	1 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】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

**(職員の状況)**

管理者	他の職務との兼務	1 <u>あり</u> 2 なし
	業務に係る資格等	1 <u>あり</u>
	資格等の名称	社会福祉士



		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				2								
前年度1年間の退職者数				1								
応じた業務に従事した経験年数に あつた職員の人数	1年未満			1								
	1年以上 3年未満			2								
	3年以上 5年未満	1		1								
	5年以上 10年未満					1						
	10年以上											
	従業者の健康診断の実施状況		1 <b>あり</b> 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】	<b>1</b> 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		
	<b>4</b> ④ 選択方式 ※該当する方式を全て選択 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1 全額前払い方式</td> </tr> <tr> <td><b>2</b> ② 一部前払い・一部月払い方式</td> </tr> <tr> <td><b>3</b> ③ 月払い方式</td> </tr> </table>	1 全額前払い方式	<b>2</b> ② 一部前払い・一部月払い方式
1 全額前払い方式			
<b>2</b> ② 一部前払い・一部月払い方式			
<b>3</b> ③ 月払い方式			
年齢に応じた金額設定	1 <b>あり</b> 2 なし		
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <b>なし</b>		
入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取扱い	<b>1</b> 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 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	単身 要介護1	夫婦 夫用介護2 妻自立	
	年齢	80歳	夫75 妻69歳	
居室の状況	床面積	24.71 m <sup>2</sup>	50.74 m <sup>2</sup>	
	便所	①有 2無	①有 2無	
	浴室	1有 2無	①有 2無	
	台所	1有 2無	1有 2無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	2,000,000円	
	敷金	200,000円	400,000円	
月額費用の合計		171,000円	304,000円	
家賃		63,000円	88,000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	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	48,600円	97,200円
		管理費	24,200円	48,400円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	11,000円	22,000円
		その他	24,200円	48,400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	毎月の専用居室利用のための一部料金です。
敷金	家賃の1～4ヶ月分（居室ごとの設定による）
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	施設の保守点検・維持費、管理部門の維持管理費及び人件費 共用施設の維持管理費及び人件費
食費	委託業者への1日3食の食費、厨房部門の維持管理費および人件費など
光熱水費	専用居室、共有施設に関する温泉、水道光熱費
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	日常生活における生活サポート費

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行って

いない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護*に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護*における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	入居一時金は、入居者が居住する専用居室及び利用する共用施設等の費用として終身にわたる家賃相当額の一部前払い金です。土地取得費、建設費、修繕費、施設維持費等を基礎として平均余命を勘案した想定居住期間に係る家賃相当額として算出。	
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）	単身の場合 0円～300,000円	
初期償却率	5%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	乙の入居一時金償却期間の起算日から90日以内の契約終了の場合は、甲は、入居一時金を全額返還する。目的施設の1日あたりの利用料を算定し、入居一時金から実際に利用した日数分の利用料を差し引いた金額を返還。目的施設の日あたりの利用料の算定は、(入居一時金×2.5%÷30日)で行う。
	入居後3月を超えた契約終了	① [初期償却を有する返還金算式] (返還金) = ((入居一時金 - 入居一時金 × 表題部初期償却率) - ((入居一時金 - 入居一時金 × 表題部初期償却率) ÷ 表題部償却期間 × 入居在籍月数)) ② [初期償却の無い返還金算式] (返還金) = 入居一時金 - (入居一時金 ÷ 表題部償却期間 × 入居在籍月数)
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	② 信託契約を行う信託会社等の名称	株式会社 朝日信託
	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	15人
	女性	20人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	6人
	75歳以上85歳未満	12人
	85歳以上	16人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	3人
	要支援2	1人
	要介護1	11人
	要介護2	7人
	要介護3	5人
	要介護4	1人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	11人
	5年以上10年未満	13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	82.0歳
入居者数の合計	35人
入居率*	86%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

### （前年度における退去者の状況）

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	1人

	医療機関	2人
	死亡者	2人
	その他	2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	4人
		(解約事由の例) 身元引受人在住の近隣へ転居させたい。

### 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	はな道 苦情相談室 担当 青木伸章	
電話番号	0557-38-9020	
対応している時間	平日	10:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土日曜、祝日等の時間帯も当日出勤の管理責任者が窓口として対応します。	

(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 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保 福祉事業者総合賠償責任保険
	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 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保 福祉事業者総合賠償責任保険
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> あり	実施日	意見箱を常設
		結果の開示	1 <input checked="" type="radio"/> 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	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし

	2 <input type="radio"/> 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="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="radio"/> あり	(開催頻度) 年 1回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 <input checked="" type="radio"/> あり (提携ホーム名：フレンズ南熱海) 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> なし	
有料老人ホーム設置運営指導	1 あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし	

指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項	
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（別の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	訪問介護事業所 ふくだるま伊東	静岡県伊東市松原湯端町3 番10号
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		
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	伊東中央居宅介 護支援事業所	静岡県伊東市松原湯端町3 番10号
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護事業所 ふくだるま伊東	静岡県伊東市松原湯端町3 番10号
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）			都度※2	料金※3	備考
	なし	あり	なし	あり	包含※2			
<b>介護サービス</b>								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	660円	随時 職員付添業務 30分事(切上)
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	660円	随時 職員付添業務 30分事(切上)
おむつ代			なし	あり		○	4,900円	一例の代金 ・介護用品取扱い販売有
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	660円	随時 職員付添業務 30分事(切上)
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	660円	随時 職員付添業務 30分事(切上)
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	660円	随時 職員付添業務 30分事(切上)
機能訓練	なし	あり	なし	あり		○	660円	随時 職員付添業務 30分事(切上)
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	550円	例)乗車時間 10分以内※院内付添は別途料金
<b>生活サービス</b>								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	880円	30分 1名対応
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	440円	1名対応 1回 1居室
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	440円	1回 6Kg洗濯機対応
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	110円	居室配膳・下膳で1回とカウント
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	時価	別注料理として対応。
おやつ			なし	あり		○	※無料	希望者へ提供(行事対応等有)
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	2500円	例)カット料金 訪問美容師対応
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	660円	職員代行業務 30分事(切上) ※施設指定店
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	660円	随時 職員代行業務 30分事(切上)
金銭・貯金管理			なし	あり		○	5500円	月額
<b>健康管理サービス</b>								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	希望者（年1回）自費負担
健康相談	なし	あり	なし	あり		○	※無料	随時 看護師対応
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		○	※無料	随時 外部委託業者の栄養士対応
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○	※無料	基本無料
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり		○	※無料	個別にて応相談
<b>入退院時・入院中のサービス</b>								
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	550円	随時 例)乗車時間 10分以内
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	660円	院内付添い 30分毎・清算等
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	660円	随時 職員代行業務 30分事(切上)
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	660円	随時 職員代行業務 30分事(切上)

※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。