

様式第2号（第4条、第13条、第14条関係）

### 有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和6年6月30日
記入者名	木村 裕幸
所属・職名	事務長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

#### 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ さんらいむ 株式会社サンライム	
主たる事務所の所在地	〒031-0011 青森県八戸市田向四丁目9番3号	
連絡先	電話番号	0178-96-6040 携帯：080-2626-1099
	FAX番号	0178-96-6041
	E-mailアドレス	hq-polaris@3raimu.com
	ホームページアドレス	http://www.polaris-sunlime.com/
代表者	氏名	前田 由美
	職名	代表取締役
設立年月日	平成20年2月12日	
主な実施事業	※別添1（別の実施する介護サービス一覧表）	

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほ一む ぼらりす 有料老人ホーム ポラリス	
所在地	〒031-0813 青森県八戸市大字新井田字妻ノ神26-4	
主な利用交通手段	最寄駅	本八戸 駅
	交通手段と所要時間	①市営バス利用の場合 ・旭ヶ丘営業所行(市民病院経由)、 旭ヶ丘西口停留所で下車、徒歩7分 ②自動車利用の場合 ・八戸自動車道是川インターから10分
連絡先	電話番号	0178-32-7352 携帯:080-7449-1902
	FAX番号	0178-32-7353
	E-mailアドレス	Home-polaris@3raimu.com
	ホームページアドレス	http://www.polaris-sunlime.com/
管理者	氏名	前田 由美
	職名	施設長
建物の竣工日		令和元年5月31日
有料老人ホーム事業の開始日		令和元年6月1日

### (類型)【表示事項】

1 介護付(一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
2 介護付(外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
③ 住宅型		
4 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日(直近)	年 月 日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	703㎡				
	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（普通賃借・定期賃借）				
		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	547.49㎡			
		うち、老人ホーム部分	547.49㎡			
	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（普通賃借・定期賃借）						
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり (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（縁故者居室を含む）				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最大	人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	13.58㎡	17	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	15.17㎡	1	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	16.20㎡	1	一般居室個室
	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	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	3か所	うち男女別の対応が可能な便房		0か所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2か所	
	共用浴室	1か所	個室		1か所	
			大浴場		か所	
	共用浴室における介護浴槽	か所	チェアー浴		か所	
			リフト浴		か所	
			ストレッチャー浴		か所	
			その他 ( )		か所	
食堂	① あり	2 なし				
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	② なし				
エレベーター	① あり (車椅子対応) ② あり (ストレッチャー対応) ③ あり (上記1・2に該当しない) ④ なし					
消防用設備等	消火器	① あり	2 なし			
	自動火災報知設備	① あり	2 なし			
	火災通報設備	① あり	2 なし			
	スプリンクラー	① あり	2 なし			
	防火管理者	① あり	2 なし			
	防災計画	① あり	2 なし			
緊急通報装置等	居室	① あり	② 一部あり	③ なし	その他 ( )	
	便所	1 あり	② 一部あり	3 なし	1 あり	
	浴室	① あり	② 一部あり	③ なし	2 一部あり	
その他	3 なし					

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>「あなたも、わたしも、みな家族」をモットーに入居者様やご家族様の視点に立ち、安心してご利用いただけるサービスの提供に努めます。</li> <li>入居者様が住み慣れた自宅で過ごしたような穏やかな環境づくりに着意して、介護サービスを行います。</li> <li>安心して過ごせる生活基盤を提供します。</li> </ol>
サービスの提供内容に関する特色	<ol style="list-style-type: none"> <li>居室は、利用者様のプライバシー保護に着意して、全室個室を用意</li> <li>協力医療機関及び各主治医との連携を図り、健康管理体制を保持</li> </ol>
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	入居継続支援加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	ADL 維持等加算	(I)	1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	2 なし	
	夜間看護体制加算			1 あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算			1 あり	2 なし
	医療機関連携加算			1 あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算			1 あり	2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算			1 あり	2 なし
	科学的介護推進体制加算			1 あり	2 なし
退院・退所時連携加算			1 あり	2 なし	
看取り介護加算		(I)	1 あり	2 なし	

		(Ⅱ)	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)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
		(Ⅲ)	1 あり	2 なし
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
		(Ⅲ)	1 あり	2 なし
		(Ⅳ)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ)	1 あり	2 なし
介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし	
	(Ⅱ)	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		① 救急車の手配 ※複数選択可 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 ④ その他 ( 緊急急変時の受診対 )	
協力医療機関	1	名称	一松堂医院
		住所	青森県八戸市朔日町37
		診療科目	内科、麻酔科、婦人科
		協力内容	往診、訪問診療、健康診断、緊急時の対応、ターミナル医療、他医療機関への紹介(情報提供)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	鹿内歯科医院	
	住所	青森県八戸市根城字馬場頭3-19	
	協力内容	訪問診療、健康診断、緊急時の対応	

(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（2階の介護居室から1階の介護居室への移動）	
判断基準の内容	1階の介護居室が空室になった際、本人・家族の希望による	
手続きの内容	介護居室の変更届	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い	入居契約書に基づいた利用権の保持	
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	入居契約書による。	
契約の解除の内容	入居契約書による。	
事業主体から解除を求める場合	解約条項	入居契約書による。
	解約予告期間	1か月
入居者からの解除予告期間	1か月	
体験入居の内容	① あり（内容：食事、宿泊） 2 なし	
入居定員	19人	
その他	身元引受人1名の届出を要する。	

## 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	9		9	
介護職員	8		8	
看護職員	1		1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1	1		
調理員	6		6	
事務員	1	1		
その他職員	4		4	
1週間のうち、従業者が勤務すべき時間数※2				
常勤	40時間		非常勤	20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			
介護福祉士	5		5
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	2		2
介護支援専門員	1	1	

(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	1		1
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 時～ 時)		
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0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 あり 2 なし				
	業務に係る資格等		① あり								
			資格等の名称		介護支援専門員 介護福祉士						
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			1	1	1						
前年度1年間の退職者数			1	1							
業務に応じた職員の人数	1年未満										
	1年以上 3年未満				1						
	3年以上 5年未満				1	1					
	5年以上 10年未満				3						
	10年以上		1		3						
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし							

(職員の教育訓練、研修等の実施状況)

教育訓練、研修等の内容	実施状況
高齢者虐待防止	1回/年
身体拘束の適正化	1回/年
事故発生防止	1回/年
接遇・マナー	1回/年

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法 【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 手続き	施設所在地または周辺地域の物価等の動向による。 運営懇談会で入居者様及びご家族様に明示し、同意を書面により得る

(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	3	5	
	年 齢	80歳	90歳	
居室の状況	床面積	15.17㎡	13.58㎡	
	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	0円	
	敷 金	0円	0円	
月額費用の合計		133,000円	104,000円	
家 賃		38,000円	36,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	
	介護保険外※2	食 費	普通食 45,000円	経管栄養 18,000円
		管理費	17,000円	17,000円
		生活支援費	13,000円	13,000円
		光熱水費	12,000円	12,000円
	そ の 他	冷暖房費	11月～4月	6,000円
			5月～10月	3,000円
	寝具リース料	2,000円	2,000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	居室床面積で差異（3タイプ）
敷金	家賃の 0 か月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	建物及び設備等の維持・管理、共用部の光熱水料、冷房費
食費	1日 1,500円（朝 500円、昼 500円、夕 500円）
光熱水費	上・下水道料、ガス料、居室の電気料
生活支援費	そうじ、洗濯、生活支援消耗品
冷暖房費	11月～4月（6,000円） 5月～10月（3,000円）
寝具リース料	寝具一式（週1回の業者洗濯含む）のリース料金
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	持込家電は、別途電気料（例：テレビ、冷蔵庫等は、月 1,000円） 退去時の居室クリーニング料（30,000円を基準）

**(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	
想定居住期間（償却年月数）	か月
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）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
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	7人
	女性	10人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	5人
	85歳以上	12人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	0人
	要支援 2	0人
	要介護 1	1人
	要介護 2	5人
	要介護 3	6人
	要介護 4	5人
	要介護 5	0人
入居期間別	6か月未満	0人
	6か月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	12人
	5年以上 10年未満	4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	87.5歳
入居者数の合計	17人
入居率 ※	89.5%

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

### （前年度における退去者の状況）

退去先別の 人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	2人
	死亡者	1人

	その他	0人
生前解約の 状況	施設側の申し出	1人
		(解約事由の例) 入院先からご本人の介助状況が本施設では、困難であった為
	入居者側の申し出	3人
		(解約事由の例) 病院へ入院1名、 他施設へ希望1名、 短期入居の為、自宅へ1名

### 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	有料老人ホームポラリス 相談・苦情窓口	
電話番号	0178-32-7352 携帯：080-7449-1902	
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日	なし	

### (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) 介護事業者賠償責任補償
	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)
	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	意見箱の設置
		結果の開示	① あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

### 9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
重要事項説明書	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
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
事業収支報告書	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) 1 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: ) ② なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	① あり 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	1 適合している (代替措置)	

用の場合等の特例」への 適合性	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（別を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	有無	併設・隣接	事業所名	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	○	併・隣	ヘルパーステーションボラリス	八戸市大字新井田字妻ノ神26-4
訪問入浴介護		併・隣		
訪問看護		併・隣		
訪問リハビリテーション		併・隣		
居宅療養管理指導		併・隣		
通所介護		併・隣		
通所リハビリテーション		併・隣		
短期入所生活介護		併・隣		
短期入所療養介護		併・隣		
特定施設入居者生活介護		併・隣		
福祉用具貸与		併・隣		
特定福祉用具販売		併・隣		
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		併・隣		
夜間対応型訪問介護		併・隣		
地域密着型通所介護		併・隣		
認知症対応型通所介護		併・隣		
小規模多機能型居宅介護		併・隣		
認知症対応型共同生活介護		併・隣		
地域密着型特定施設入居者生活介護		併・隣		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		併・隣		
看護小規模多機能型居宅介護		併・隣		
居宅介護支援	○	併・隣	居宅介護支援事業所ボラリス	八戸市田向四丁目9番3号
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護		併・隣		
介護予防訪問看護		併・隣		
介護予防訪問リハビリテーション		併・隣		
介護予防居宅療養管理指導		併・隣		
介護予防通所リハビリテーション		併・隣		
介護予防短期入所生活介護		併・隣		
介護予防短期入所療養介護		併・隣		
介護予防特定施設入居者生活介護		併・隣		
介護予防福祉用具貸与		併・隣		
特定介護予防福祉用具販売		併・隣		
＜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		併・隣		
介護予防小規模多機能型居宅介護		併・隣		
介護予防認知症対応型共同生活介護		併・隣		
介護予防支援		併・隣		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設		併・隣		
介護老人保健施設		併・隣		
介護療養型医療施設		併・隣		
介護医療院		併・隣		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞				
訪問型サービス	○	併・隣	ヘルパーステーションボラリス	八戸市大字新井田字妻ノ神26-4
通所型サービス		併・隣		
その他の生活支援サービス		併・隣		

※該当する介護サービスの施設、事業所がある場合、「有無」欄に○を記入してください。

※該当する介護サービスの施設、事業所が有料老人ホームに併設、あるいは隣接している場合、「併」か「隣」を○で囲んでください。

## 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

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				サービス提供実績		備考	
			（利用者が全額負担）		※2 包含	※2 都度				
介護サービス										
食事介助	なし	あり	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				なし	あり	
おむつ代	-	-	なし	あり				なし	あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
特浴介助	なし	あり	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				なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
通院介助	なし	あり	なし	あり				なし	あり	※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス										
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			なし	あり	
リネン交換	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	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	○			なし	あり	
おやつ	-	-	なし	あり				なし	あり	
理美容師による理美容サービス	-	-	なし	あり		○	料金 2,200 円	なし	あり	

買い物代行	なし	あり	なし	あり				なし	あり	※利用できる範囲を 明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
金銭・貯金管理	-	-	なし	あり		○	月額1500円(1 ヶ月に満たな い日数の場合 は日割)	なし	あり	入金額上限50000円 (累積預り金上限額 80000円)
健康管理サービス										
定期健康診断	-	-	なし	あり				なし	あり	※回数(年○回など) を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
入退院・入院中のサービス										
移送サービス	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
入退院中の同行	なし	あり	なし	あり				なし	あり	※付添いができる範 囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・ 買い物	なし	あり	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				なし	あり	

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額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。