

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	柳沢 大樹
所属・職名	代表取締役

※ 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」の一部改正について(令和4年8月 18 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3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3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) えーあいしーかぶしきがいしゃ AIC株式会社	
主たる事務所の所在地	〒390-0828 長野県松本市庄内1丁目1番23号	
連絡先	電話番号	080-5144-7485
	FAX番号	0263-87-1587
	メールアドレス	aic.care1123@gmail.com
	ホームページアドレス	https://aikea1102.amebaownd.com/
代表者	氏名	柳沢 大樹
	職名	代表取締役
設立年月日	令和2年11月2日	
主な実施事業	※別添1(別を実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) きーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく あいけあ サービス付き高齢者向け住宅 アイケア
----	----------------------------------------------------------

所在地	〒390-0315 長野県松本市大字岡田町102番地2	
主な利用交通手段	最寄駅	JR東日本 大糸線「島内」駅
	交通手段と所要時間	① 最寄り駅までの距離 7.3km ② バス停までの距離 56.0m ③ 松本駅から バス20分、降車後徒歩1分 自転車25分
連絡先	電話番号	0263-87-1555
	FAX番号	0263-87-1587
	メールアドレス	aic.care1123@gmail.com
	ホームページアドレス	https://aikea1102.amebaownd.com/
管理者	氏名	市川 充
	職名	サ高住 管理者
建物の竣工日		平成29年4月1日
有料老人ホーム事業の開始日		令和2年11月2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 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅型		
4 <input type="checkbox"/> 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	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	1579.18㎡		
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地		
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地(普通賃借 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 定期賃借)		
		抵当権の有無	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
		契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和3年1月1日～令和29年3月31日) 2 なし	
契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
建物	延床面積	全体	998.53㎡	

		うち、老人ホーム部分	762.33㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 事業者が賃借する建物(普通賃借 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 定期賃借)				
		抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (令和3年1月1日～令和29年3月31日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 全室個室(定員22名)				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.02 ㎡	3室	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.08 ㎡	3室	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.11 ㎡	3室	一般居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.26 ㎡	1室	一般居室個室
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.29 ㎡	1室	一般居室個室
	タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.35 ㎡	1室	一般居室個室
	タイプ7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.38 ㎡	4室	一般居室個室
タイプ8	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.49 ㎡	3室	一般居室個室	
タイプ9	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.55 ㎡	1室	一般居室個室	
タイプ10	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.56 ㎡	1室	一般居室個室	
タイプ11	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.70 ㎡	1室	一般居室個室	
※「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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
共用浴室における	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所			

	介護浴槽		リフト浴	1ヶ所
			ストレッチャー浴	1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	便所	浴室	その他()
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし
その他				

4. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 優しさ 利用者・家族に思いやりの心を持って接し、真心を込めたサービス提供を目指します。 2. 連携 チーム介護を実践し、他職種・他企業との連携を積極的に行うことで、利用者が安心して生活できる環境を目指します。 3. 清潔 常に職場環境を整え、感染防止対策を徹底します。
サービスの提供内容に関する特色	<ol style="list-style-type: none"> 1. 行政・医療機関との連携を強化します。 2. 重度要介護者の受け入れ

入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他()	
協力医療機関	1	名称	訪問診療クリニック樹
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	2	名称	相野田医院
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	3	名称	唐沢内科医院
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	4	名称	荻原医院
診療科目		内科	
協力科目		内科	
協力内容		入所者の病状の急変時等において	<input type="checkbox"/> あり 2 なし

			相談対応を行う体制を常時確保	
			診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり			
		医療機関の名称		
		医療機関の住所		
	2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称	岡田小林歯科医院	
		住所	長野県松本市大字岡田町489番地19	
		協力内容	訪問診療、日常医療支援	
	2	名称		
		住所		
		協力内容		

(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	1. 家庭環境により、家庭での介護が困難の方 2. 共同生活を送る上で、支障の無い方	
契約の解除の内容	所定の期日30日前までに電話・若しくは書面にてご連絡ください。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	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 あり(内容:) 2 なし	
入居定員		22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	0.5
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	5	2	3	2.5
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
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			
介護福祉士	3		3
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者			
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			
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(5時～8時30分、17時30分～21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

(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							
			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										
前年度1年間の退職者数										
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上3年未満			2						
	3年以上5年未満				1					
	5年以上10年未満				2					
	10年以上				1					
	従業者の健康診断の実施状況		1 あり 2 なし		採用時に	1 あり 2 なし				

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 4 選択方式
	1 全額前払い方式

	※該当する方式を全て選択	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 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	物価変動、人件費・介護報酬改定により改定する場合がある。
	手続き	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	2	2	
	年齢	70歳	70歳	
居室の状況	床面積	18.02 m ²	18.02 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入居時点で 必要な費用	敷金	50,000 円	50,000 円	
		円	円	
月額費用の合計		152,200 円～	152,200 円～	
家賃		50,000 円	50,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	55,400 円(月 30 日の場合)	55,400 円(月 30 日の場合)
		管理費	15,000 円	15,000 円
		介護費用	介護保険料自己負担分、 衛生用品、医療費、消耗 品代は別途請求	介護保険料自己負担分、 衛生用品、医療費、消耗 品代は別途請求
		光熱水費	7,400～12,500 円	7,400～12,500 円
		生活支援サービス	30,000 円	30,000 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	50,000 円
敷金	家賃の3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※1	15,000 円
食費	53,100 円(1日あたり 1,770 円【朝食 490 円, 昼食 690 円, 夕食 590 円】)
光熱水費等※2	7,400~9,000 円(冬季 10 月~3 月は 10,000~12,500 円)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2(個別選択による介護サービス一覧表)
その他のサービス利用料	
※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。 ※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金(入居者が居室に設置する場合の受信料等)等を明記すること。	

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	9 人
	女性	13 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	11 人
	85 歳以上	8 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	5 人
	要介護2	4 人
	要介護3	4 人
	要介護4	4 人
	要介護5	5 人
入居期間別	6ヶ月未満	4 人
	6ヶ月以上1年未満	8 人
	1年以上5年未満	8 人
	5年以上10年未満	2 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	82.5 歳
入居者数の合計	22 人
入居率*	100%
※ 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	0 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	2 人
	死亡	1 人
	その他	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0 人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	サービス付き高齢者向け住宅アイケア お客様相談窓口	
電話番号	0263-87-1555	
対応している時間	平日	8:30-17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	損害保険ジャパン株式会社
	<input type="checkbox"/> なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	損害保険ジャパン株式会社
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <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 2 入居希望者に交付 <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 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度)年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと	
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	身体的拘束等を行う場合 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし

		の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	
	2 なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	職員に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり(提携ホーム名:) <input 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	1 あり 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input 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 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 事業主体が松本市内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類			併設・隣接 の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	アイケア訪問介護事業所	長野県松本市大字岡田町102番地2
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	アイケア訪問看護ステーション	長野県松本市岡田松岡506-1
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	アイケア居宅介護支援事業所	長野県松本市大字岡田町102番地2
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<地域密着型介護予防サービス>					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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 ^{※1})		包含 ^{※2}	都度 ^{※2}	料金 ^{※3}	備 考
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○		500 円/日	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	500 円/日	自ら排泄等ができない方のみ
おむつ代			なし	あり		○		種類により価格が異なるため、利用者毎計算
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1回 1,000 円	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	1回 1,500 円	
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	○			状況把握・生活相談サービスの対価に含まれる
機能訓練	なし	あり	なし	あり			800 円/30 分	
通院介助	なし	あり	なし	あり	○		800 円/30 分	
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり	○		500 円/日	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	500 円/30 分	介護サービス利用時以外
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			状況把握・生活相談サービスの対価に含まれる
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1回 200 円	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			状況把握・生活相談サービスの対価に含まれる
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり	○		500 円/回	イベント時(月1回)
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○		500 円/回	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○		500 円/回	
金銭・貯金管理			なし	あり	○			
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				適宜実施
健康相談	なし	あり	なし	あり				適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				適宜実施
服薬支援	なし	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				
入退院時・入院中のサービス								
入退院時の同行	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				
入院中の見舞い訪問	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、2割又は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。