

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	宮澤 吉英
所属・職名	代表取締役

1. 事業主体概要 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ネットケアあーぷらんにんぐ ネットケアプランニング	
主たる事務所の所在地	〒965-0103	
連絡先	電話番号	0242-93-6370
	FAX番号	0242-93-6377
	ホームページアドレス	http://netcare.eweb-net.com/
代表者	氏名	宮澤 吉英
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 17年 1月 14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 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむ おりーぶ 有料老人ホーム オリーブ	
所在地	〒965-0103 福島県会津若松市真宮新町南2丁目136-2	
主な利用交通手段	最寄駅	会津若松駅
	交通手段と所要時間	北会津循環バスピカリン号で乗車30分、 真宮コミセン前停留所で下車、徒歩3分
連絡先	電話番号	0242-58-1640
	FAX番号	0242-58-1640

	ホームページアドレス	http:// netcare.eweb-net.com/
	メールアドレス	Netcare-planning@bz01.plala.or.jp
管理者	氏名	宮澤 吉英
	職名	代表取締役
建物の竣工日		平成 1 5 年 9 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 1 7 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

土地	敷地面積	6 4 3 . 0 0 m <sup>2</sup>	
	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	
		抵当権の有無	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
契約期間		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (平成 2 1 年 1 0 月 1 日 ~ 平成 5 2 年 9 月 3 0 日) 2 なし	
	契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	3 1 4 . 5 0 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	3 1 4 . 5 0 m <sup>2</sup>
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )	
構造	1 鉄筋コンクリート造 ( 階建て) 2 鉄骨造 ( 1 階建て) 3 <input checked="" type="checkbox"/> 木造 ( 階建て) 4 その他 ( )		

所有関係	1	事業者が自ら所有する建物	
	2	事業者が賃借する建物	
	抵当権の設定	1	あり 2 なし
	契約期間	1	あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )
	2	なし	
契約の自動更新	1	あり 2	なし

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	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	9. 2 3 m <sup>2</sup>	1 3	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	1 3. 2 4 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	1 3. 2 4 m <sup>2</sup>	1	一般居室相部屋
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	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	4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	4ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所
			リフト浴	1ヶ所
			ストレッチャー浴	0ヶ所
			その他 ( )	0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 <input type="checkbox"/> なし
消防用設備等	消火器	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし
	自動火災報知設備	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし
	火災通報設備	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし
	スプリンクラー	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし
	防火管理者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし
	防災計画	1 <input type="checkbox"/> あり 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	ご利用者様及びご家族の方の意思・希望を尊重し、ご利用者様第一主義の精神で対応し安心・安全な生活が送れるよう支援します。 ご利用者様の自立と機能の回復及び対話を通じて精神的なサポートを心掛け個人の尊厳を尊重しいつでも自分らしく判断、決定が出来る生活空間を提供致します。
サービスの提供内容に関する特色	施設内バリアフリー構造になっており、車椅子状態になられてもご自分で行動される事が可能です。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 <input type="checkbox"/> なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 <input type="checkbox"/> なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 <input type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	1 <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	1 <input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

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

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



	ケア加算	(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		1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人 二瓶クリニック
		住所	福島県会津若松市真宮新町北1-11-1
		診療科目	内科・循環器科・小児科
		協力内容	入居している利用者に対して、日常的な管理に努めると共に、疾病の悪化や急変等により、当ホームからの協力要請があった場合には速やかに対応する。
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	きみ歯科・口腔外科クリニック
		住所	福島県会津門田町大字黒岩字石高122番地の1
		協力内容	入居者が高齢及び身体状況の理由により通院が困難であることから歯科医師や歯科衛生士による往診、治療に協力する

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合
	2 介護居室へ移る場合
	3 その他 ( )
判断基準の内容	
手続きの内容	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし

居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1 あり	2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり	2 なし
	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
	2 なし		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 <input type="checkbox"/> あり	2 なし
	要介護の者	1 <input type="checkbox"/> あり	2 なし
留意事項	胃瘻・経管栄養の方は対応設備・人員配備がない為お断りしています。		
契約の解除の内容	心身等の変化（重介護化・医療依存度が高い）など施設での介護が困難な場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	総則 27条に基づき介助を通告し、予告期間を満了したとき 27条 一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅滞する時 三 第19条の規定（禁止または制限される行為）に違反した時 四 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし又は、その危害の切迫した恐れがあり、施設における通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止する事が出来ないとき	
	解約予告期間	3ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	1 あり（内容： ）		

	2	なし
入居定員		16人
その他		

## 5. 職員体制

※ 有料老人ホームの職員として辞令が発出されている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不要。他事業所との兼務辞令のある職員は「非常勤」に区分する。）

（職種別の職員数）

	職員数（実人数） 10			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤 1	非常勤 9	
管理者	1		1	0.4
生活相談員				
直接処遇職員	8	1	7	
介護職員	8	1	7	3.6
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	2		2	1
事務員	1		1	0.3
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				
※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	1	1
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 ( 時～ 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	2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	1人
	訪問介護事業所の名称	ネットケアヘルパーステーション
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり		2 なし					
	業務に係る資格等		1 <input checked="" type="checkbox"/> 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				2						
前年度1年間の退職者数				3						
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			2						
	1年以上			0						
	3年未満									
	3年以上			1						
	5年未満									
	5年以上			2						
	10年未満									
10年以上			1	2						
従業者の健康診断の実施状況				1 <input checked="" type="checkbox"/> あり		2 なし				

6. 利用料金 ※サ高住の登録を受けている場合は省略可能

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし

要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	要介護3	要介護4	
	年齢	91歳	90歳	
居室の状況	床面積	9.23㎡	13.24㎡	
	便所	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	50000円	60000円	
月額費用の合計		125600円	135600円	
家賃		50000円	60000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	45000円	45000円
		管理費	25000円	25000円
		介護費用	円	円
		光熱水費（11月～3月暖房費）	3000（3300税込）円	3000（3300税込）円
その他（消費税）	6100円	6100円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	土地建物の購入借入金返済額、備品などの持込み資産、借入利息、施設の利用権等を基礎として、尚且つ近傍家賃を参照し算出しました
敷金	
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	※施設内の TV に係る NHK 受信料を利用料金の一部として入居者から徴

	し、一括で施設が支払う場合は本欄にその旨も記入（受信料割引あり）。
食費	食材料費、調理員の人件費、厨房の水光熱費等を考慮し、尚且つ近傍施設等の食費を参照し算出しました。 一食当たり 朝食 400 円 昼食(おやつ代含む)600 円 夕食 500 円
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	様式 10 のとおり
その他のサービス利用料	管理費 水光熱費、事務管理部門の人件費、通信費・アクティビティ費等を考慮し、尚且つ近傍施設等の管理費を参照し算出しました。 尚、11 月から翌 3 月の 5 ケ月間、暖房費として月額 3,000 円加算します。
注意事項	※各居室の TV に係る NHK 受信料を入居者が個別に支払う場合は、本欄にその旨を記入し、「NHK 受信料は入居者各位と NHK 間の個別契約になります。この場合、受信料はホームの利用料には含まれません。」と記載する。

（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）		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）		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	1 連帯保証を行う銀行等の名称	

保全先	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	2人
	女性	13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	2人
	85歳以上	13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	3人
	要介護2	2人
	要介護3	5人
	要介護4	3人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	7人
	5年以上 10年未満	4人
	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	0人

### （入居者の属性）

平均年齢	88.86歳
入居者数の合計	15人
入居率※	93.75%
※ 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	2人
	医療機関	0人
	死亡者	0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	2人
		(解約事由の例) 老人ホームの入所の順番が来た為

## 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。

窓口の名称	有料老人ホーム オリーブ 苦情・要望窓口	
電話番号	0242-58-1640	
対応している時間	平日	午前9時～午後6時
	土曜	午前9時～午後6時
	日曜・祝日	午前9時～午後6時
定休日	無し	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 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="checkbox"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> あり	実施日	平成30年4月
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: 小規模多機能型居宅介護 ゲストハウス けいざん ) 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="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類

別添1 事業主体が県内で実施する他の介護サービス

様式第10号 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

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

別添 1 事業主体が県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	ネットケアヘルパー ステーション	会津若松市門田町大字飯 寺字村西 7 7 6 - 6
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	ゲストハウス けいざん	会津若松市慶山一丁目11-23
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	ネットケアヘルパー ステーション	会津若松市門田町大字飯 寺字村西 7 7 6 - 6
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	ゲストハウス けいざん	会津若松市慶山一丁目11-23
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		

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	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
	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）	（利用者）				
介護サービス						
食事介助	あり	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり			
おむつ代	あり	なし	あり			
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり			
特浴介助	あり	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり			
機能訓練	あり	なし	あり			
通院介助	あり	なし	あり			
生活サービス						
居室清掃	あり	なし	あり			
リネン交換	あり	なし	あり			
日常の洗濯	あり	なし	あり			
居室配膳・下膳	あり	なし	あり			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり			
おやつ	あり	なし	あり			
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり			
買い物代行	あり	なし	あり			
役所手続き代行	あり	なし	あり			
金銭・貯金管理	あり	なし	あり			
健康管理サービス						
定期健康診断	あり	なし	あり			※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	あり	なし	あり			
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり			
服薬支援	あり	なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし	あり			
入退院時の同行	あり	なし	あり			
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり			※付添いのできる範囲を明確化すること
入院中の見舞い訪問	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、月額サービスの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区分して、いずれかの欄に〇を記入する。

※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。