

重要事項説明書

記入年月日	令和2年10月1日
記入者名	村上 聖一
所属・職名	施設長

- ※ 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 <u>法人</u>	
	※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 さんろいやるにいがた 株式会社 サンロイヤル新潟	
主たる事務所の所在地	〒950-2023 新潟市西区小新1083番地1	
連絡先	電話番号	025-266-1118
	FAX番号	025-267-0888
	ホームページアドレス	http://sunroyal-niigata.jp
代表者	氏名	村上揚市郎
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <u>平成</u> 22年2月1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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほむ さんろいやるにいがた 住宅型有料老人ホーム サンロイヤル新潟
----	---

所在地	〒950-2023 新潟市西区小新1083番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	J R越後線 小針 駅
	交通手段と所要時間	① J R越後線「小針駅」から 2. 1 k m 車で6分 ②新潟交通バス停「新潟工業高校 入口」より0. 6 k m 徒歩5分
連絡先	電話番号	0 2 5 - 2 6 6 - 1 1 1 8
	FAX番号	0 2 5 - 2 6 7 - 0 8 8 8
	ホームページアドレス	http://sunroyal-niigata.jp
管理者	氏名	村上聖一
	職名	施設長
建物の竣工日		平成10年3月20日
有料老人ホーム事業の開始日		平成22年2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	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, 1 8 2. 9 1 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地 (一部所有)	
		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 (22年2月1日～52年2月1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	1 5, 4 1 0. 1 1 m ²

		うち、老人ホーム部分	m ²			
	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				
		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	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	32.20m ²	42	「一般居室個室」
	タイプ2	有/無	有/無	53.52m ²	79	〃
	タイプ3	有/無	有/無	79.36m ²	15	〃
	タイプ4	有/無	有/無	53.52m ²	1	「一時介護室」
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※ 「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	1 2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		8ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		4ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		ヶ所	
			大浴場		2ヶ所	

	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	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 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		
その他				

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者様が日常生活において最大限自立した生活を営めるよう支援します。
サービスの提供内容に関する特色	・協力病院との連携による充実した医療サポート。・旅行コンサート等レクリエーションの充実。・共用施設を利用した趣味娯楽の提供。
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	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	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
	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
栄養スクリーニング加算		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		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		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 (受診予約・服薬管理 等)			
協力医療機関	1	名称	J A厚生連新潟医療センター		
		住所	新潟市西区小針3丁目27番1号		
		診療科目	内科他合計23科		
		協力内容	入居者の受診、治療及び入退院などの協力		
	2	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力内容			
協力歯科医療機関		名称	J A厚生連新潟医療センター		
		住所	新潟市西区小針3丁目27番1号		
		協力内容	入居者の歯科治療に関する協力、支援		

(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 (提携する介護付有料老人ホームへの住み替え)
判断基準の内容	1の場合: 退院後や日常生活で一時的に介護を要する場合
	3の場合: 常時介護が必要となった場合
手続きの内容	1の場合

	①ホームが指定する医師の意見を聞く。
	②入居者の意見を確認する。
	③入居者の身元引受人等の意見を聞く。
	3 の場合
	①緊急時を除き一定の観察期間（6 ヶ月）を設定する。
	②住み替え後の介護の内容、権利変動、費用負担の増減等について入居者及び身元引受人等に説明を行う。
	③入居者及び身元引受人等の同意を得る。
追加的費用の有無	1 あり ② なし

居室利用権の取扱い	1の場合：変更なし		3の場合：提携ホームに引き継ぎ	
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) 床、壁、間仕切り 等	
	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	60歳以上（2人入居の場合はどちらか一方が60歳以上）で概ね身の回りのことができる方。				
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合（2名の場合はどちらも逝去した場合）				
	②入居者から契約解除が行われた場合（30日前申し出）				
	③事業者から契約解除が行われた場合				
	・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正な手段により入居したとき。				
	・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延滞するとき。				
	・入居契約書20条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき。				
	・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、またはその切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホーム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ことができないとき。				
	事業主体から解約を求める場合	解約条項	第29条		
		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：1人1泊2食付き7,500円（消費税別）			
	2	なし			
入居定員	151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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	10	10		10.8
介護職員	8	8	3	9.3

	看護職員	3	3		1.5
機能訓練指導員		1	1		0.5
計画作成担当者					
栄養士					
調理員					
事務員		2	2		1
その他職員		6	3	3	4.5
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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	6	4	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			
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 (17時30分～8時30分)		
	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	2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							
		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
前年度1年間の採用者数			1						
前年度1年間の退職者数			1						
に業務に 応じた 従業員 の人数 経験 年数	1年未満				1				
	1年以上 3年未満		2	1					
	3年以上 5年未満		2	2					
	5年以上 10年未満		1						
	10年以上	3		3			1		
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 【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 ※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	運営懇談会の意見を聞く
	手続き	入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。

(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	自立	自立・要支援
	年齢	75歳	78歳・80歳
居室の状況	床面積	32.20㎡	53.52㎡
	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	4,500,000円	6,000,000円
	敷金	円	円
月額費用の合計		191,452円	323,404円
家賃		53,000円	85,000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	61,452円	122,904円
	管理費	77,000円	115,500円
	介護費用	円	円
	光熱水費	居室での使用分を自己負担	居室での使用分を自己負担
	その他	円	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	施設の建設費を基に、タイプ別の居室の専有面積によるコスト按分、共用施設の利用料及び1か月分のサービス提供の対価として算定
敷金	家賃の 〇ヶ月分
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(消費税別途)	当施設の管理運営費として(人件費等諸費用を含む)
	・1人入居の場合 70,000円/月
	・2人入居の場合 105,000円/月
食費(消費税別途)	朝:510円、昼:470円、夜:900円 1人合計1,880円に1ヶ月を30日としてこれに乗じた額が、56,400円です。但し食費については実際に喫食された分だけを実費としてお支払い頂きます。
光熱水費	各居室で使用された分を自己負担頂きます。
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	

(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※に対する自己負担額	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・2人入居の場合は、2人目加算150万円、合計600万円となります。 ・当施設の居住実績を基に、想定居住年数を年齢層別に、3年、5年、7年と設定。想定居住期間の平均を5年とし、1か月分の家賃のうち前払い金として支払う額を65千円とすると、想定居住期間の前払い家賃額は 月額家賃×12ヶ月×想定居住期間=390万円 これに想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備える額675千円を加算し端数調整したものです。
想定居住期間(償却年月数)	36ヶ月、60ヶ月、84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）	675,000円
初期償却率	15%
返還金の算定方法	<p>入居後3月以内の契約終了</p> <p>払込額（450万円又は600万円）から非返還部分の額を差し引いた額を、各人別に入居時点で設定された償却年数で除した1日当たりの償却費按分で経過日数を差し引き、残額を返還します。</p> <p>〔算式〕 前払金×85%÷各償却期間の日数×（各償却期間の日数－入居日数）</p>
	<p>入居後3月を超えた契約終了</p> <p>15%を初期償却とし残り85%について、この想定期間内に契約が終了した場合には、入居一時金の償却起算日の入居者の年齢によって定められた想定居住期間に応じて、以下の算式に基づき無利息で返還する</p> <p>〔算式〕 前払金×85%÷各償却期間の日数×（各償却期間の日数－入居日数）</p>

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	44 人
	女性	78 人
年齢別	65歳未満	1 人
	65歳以上75歳未満	14 人
	75歳以上85歳未満	47 人
	85歳以上	60 人
要介護度別	自立	78 人
	要支援 1	15 人
	要支援 2	15 人
	要介護 1	8 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6ヶ月未満	9 人
	6ヶ月以上1年未満	8 人
	1年以上5年未満	52 人
	5年以上10年未満	39 人
	10年以上15年未満	10 人
	15年以上	4 人

(入居者の属性)

平均年齢	83.3歳
入居者数の合計	122人
入居率※	79.70%

※ 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)

退居先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	6人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	入居者側の申し出	0人

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	サンロイヤル新潟苦情相談窓口	
電話番号	(代表) 025-266-1118	
対応している時間	平日	10:00~15:00
	土曜	10:00~15:00
	日曜・祝日	10:00~15:00
定休日	なし(但し、相談内容により責任者が公休などの場合休み)	

(外部の苦情相談窓口)

(1) 新潟市福祉部福祉監査課	☎ (代表) 025-226-1182
(2) 新潟県福祉サービス運営適正化委員会	☎ (代表) 025-281-5609
(3) (公社) 全国有料老人ホーム協会	☎ (代表) 03-3548-1077

※(3)は毎週 月・水・金 曜日の10時~17時(祝日・年末年始を除く)

(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) (公社) 全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入
	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 本アンケート利用者の	① あり	実施日	平成30年6月
--------------------------	------	-----	---------

査、意見箱等利用者の 意見等を把握する取組 の状況	① なし	結果の開示	① 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	平成24年12月21日
		評価機関名称	(株) 川原経営総合センター

	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
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
事業収支計画書	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) 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：介護付有料老人ホームサンロイヤル新潟) 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 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

事業主体が新潟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 <input checked="" type="checkbox"/>	
訪問入浴介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
訪問看護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
通所介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
短期入所生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
短期入所療養介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	介護付有料老人ホームサンロイヤル新潟 新潟市西区小新1083番地1
福祉用具貸与	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
特定福祉用具販売	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
<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 <input checked="" type="checkbox"/>	
夜間対応型訪問介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
認知症対応型通所介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
認知症対応型共同生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
看護小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
居宅介護支援	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防訪問入浴介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防訪問看護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防通所介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防短期入所生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防短期入所療養介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	介護付有料老人ホームサンロイヤル新潟 新潟市西区小新1083番地1
介護予防福祉用具貸与	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
特定介護予防福祉用具販売	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
<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 <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護予防支援	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
<介護保険施設>		
介護老人福祉施設	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護老人保健施設	あり <input checked="" type="checkbox"/>	
介護療養型医療施設	あり <input checked="" type="checkbox"/>	

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)		個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担)		備考			
					包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス								
食事介助	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				
おむつ代			なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
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				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/30分	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/30分	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/60分	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	220円/回	1回（配・下膳）、病気は1週間超の時
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		実費負担
おやつ			なし	あり		○		実費負担
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	○	935円/回	週1回指定日は包含、その他は距離等により別途算定
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	○	935円/回	月2回以上は別途算定
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	○	○	15,000円/回	人間ドックは一部負担、特定・後期高齢者/年1回無
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			
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								
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○		サービス内容により算定
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○	○		協力病院は包含、その他は都度内容により算定
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。