

重要事項説明書

施 設 の 名 称	フリガナ	デイホームナカシマ		
	名 称	デイホームなかしま		
定員・室数	定員	15 人	室数	3 室

■有料老人ホームの類型・表示事項

施 設 の 類 型	☐ 健康型	※食事等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合には、契約を解除し退去しなければなりません。
	☒ 住宅型	※生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、在宅サービスを利用しながら生活を継続できます。
	☐ 介護付	※介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら生活を継続できます。
居 住 の 権 利 形 態	利用権方式	※居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっている契約形態です。
利 用 料 の 支 払 方 法	月払い方式	※前払い金を受領せず、家賃相当額等を月払いする方式
入 居 時 の 要 件	入居時要介護	※入居時において要介護認定を受けている方が対象です。
介 護 保 険 の 利 用	在宅サービス利用可	※介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用するホームです。

《介護付有料老人ホームの追加表示事項》

施 設 の 類 型	☐ 一般型	※介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。
	☐ 外部サービス利用型	※有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の事業所が提供します。
介 護 保 険 事 業 所 番 号		
指 定 年 月 日	年 月 日	
指定の更新年月日（直近）	年 月 日	

1. 事業主体概要

法人等の種類・名称	法人等の種別	営利法人		
	フリガナ カブシキカイシャ ナカシマ 名称 株式会社 なかしま			
設立年月日	平成 19年 5月 15日			
代表者職氏名	役職名	代表取締役	氏名	中島 章次
主な事業等	☒ 医療、福祉 ☐ 農業、林業 ☐ 漁業 ☐ 鉱業、採石業、砂利採取業 ☐ 建設業 ☐ 製造業 ☐ 情報通信業 ☐ 電気・ガス・熱供給・水道業 ☐ 運輸業、郵便業 ☐ 卸売業、小売業 ☐ 金融業、保険業 ☐ 不動産業、物品賃貸業 ☐ 宿泊業、飲食サービス業 ☐ 教育、学習支援業 ☐ 生活関連サービス業、娯楽業 ☐ 学術研究、専門・技術サービス業 ☐ 複合サービス業 ☐ その他 介護保険法に基づく地域密着型通所介護事業			
主たる事務所の所在地	〒 880-0942			
	宮崎県宮崎市生目台東1丁目22番地2号			
連絡先	電話番号	0985-50-6750		
	FAX 番号	0985-50-6750		
	メールアドレス	nakashima-kaigo@psc.bbq.jp		
ホームページ	あり	http://nakashima-kaigo.jp/index.html		

2. 施設概要

建物の竣工日	昭和 60年 4月 3日			
有料老人ホーム事業の開始年月日	平成 30年 4月 1日			
施設の所在地	〒 880-0942			
	宮崎市 宮崎県宮崎市生目台東1丁目22番地2号			
主な交通手段 交通手段と所要時間	最寄り駅	宮崎駅	最寄りバス停	生目台東1丁目
	生目台東1丁目バス停から徒歩1分			
施設の連絡先	電話番号	0985-50-6750		
	FAX 番号	0985-50-6750		
	メールアドレス	nakashima-kaigo@psc.bbq.jp		
施設の管理者氏名 及び職名	氏名	中島 章次		
	職名	管理者		
ホームページ	http://nakashima-kaigo.jp/index.html			

＜施設・設備等の状況＞

敷 地	権 利 形 態		所 有		抵 当 権		あ り		
	面 積		300.29 m ²						
建 物	権 利 形 態		所 有		抵 当 権		あ り		
	延 床 面 積		建物全体面積				160 m ²		
			うち、老人ホーム部分面積				m ²		
	階 層		地上2階建て						
	耐 火 構 造		一部準耐火構造		建物用途区分		有料老人ホーム		
	構 造		鉄骨造						
併設施設等		地域密着型通所介護事業（デイホームなかしま）							
賃 貸 借 契 約 の 概 要		土地	期 間	年 月～		年 月			
			更 新						
		建物	期 間	年 月～		年 月			
			更 新						
居 室 【表示事項】	一般居室		個 室 () 室 (m ² ～ m ²)						
			夫婦室 () 室 (m ² ～ m ²)						
			相部屋 (3) 室 (7 人部屋 1 室)						
			(5 人部屋 1 室)						
			(3 人部屋 1 室)						
			(人部屋 室)						
介護居室 ※介護付のみ		個 室 () 室 (m ² ～ m ²)							
		夫婦室 () 室 (m ² ～ m ²)							
一時介護室		個 室 () 室 (m ² ～ m ²)							
		夫婦室 () 室 (m ² ～ m ²)							
		相部屋 () 室 (人部屋 室)							
		(人部屋 室)							
		(人部屋 室)							
		(m ² ～ m ²)							
		居 室 の 設 備		☐ 浴室 ☐ 便所 ☐ 洗面設備 ☐ 調理設備 ☒ テレビ回線 ☐ 外線電話回線 ☐ 緊急通報装置 ☐ ベッド ☒ 収納設備 ☒ エアコン ☐ その他					
				施 設 の 設 備		便 所		2 箇所	
浴 室						個 浴 (1)		大浴槽 ()	
						特殊浴槽 ()		リフト浴 ()	
		その他 (1)							
緊急通報装置の設置		あり		火災通報装置					
		併設施設等との共用		あり (地域密着型通所介護事業所)					
食 堂		なし							
		併設施設等との共用		あり (地域密着型通所介護事業所)					
入居者や家族が利用できる調理設備		なし							
		その他							
エレベーター		なし () 基							
		☐ 車椅子対応		☐ ストレッチャー対応					
消 防 設 備		・ 消火器		あり		・ 火災通報装置 あ り			
		・ 自動火災報知設備		なし		・ 防災計画 あ り			
		・ スプリンクラー設備		なし		・ 防火管理者 あ り			

3. 従業員に関する事項 ※有料老人ホームの職員について記入すること
(同一法人が運営する他の事業所の職員については記入する必要はありません)

①人数及びその勤務形態

職名	人数		常勤換算人数	兼務の状況	
	専従	兼務		ホーム内兼務	ホーム外兼務
管理者（施設長）	()	1 ()	4.0	管理者・生活相談員	
生活相談員	()	()			
看護職員	()	()			
介護職員	3 ()	()	1.3		
機能訓練指導員	()	()			
計画作成担当者	()	()			
栄養士	()	()			
調理員	()	()			
事務員	()	()			
その他従業員	()	()			
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数					44 時間

※人数のうち () 内は非常勤職員の人数を指します。

※常勤換算人数欄は、特定施設入居者介護を提供しない場合は、記入不要です。

常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従事者の人数に換算した人数を言います。

②看護師及び介護職員の勤務状況

職名	日勤帯の設定時間 (9 時 00 分～ 18 時 00 分)		夜勤帯の設定時間 (18 時 00 分～ 9 時 00 分)	
	平均人数	最小時人数	平均人数	最小時人数
看護職員	() 人	() 人	() 人	() 人
介護職員	(1) 人	(1) 人	(2) 人	(1) 人
☐	—		() 人	() 人

※有料老人ホームの従事職員に限ります。

※最小時の人数は休憩者等を除きます。

※☐欄は、夜勤帯において看護・介護職員以外の介護を行わない宿直者等しかいない場合に記入。

※介護付有料老人ホームの場合、上記に併せて下記の記入が必要です。

②-2 特定施設入居者生活介護の看護職員及び介護職員 1 人当たり（常勤換算）の利用者数

一般型における介護にかかわる職員体制	1.5 : 1以上	※現在及び将来にわたって要介護者 3 人に対して職員 2 人以上の割合（年度毎の平均値）で職員が介護に当たります。
	4 : 1	実際の配置比率 (記入時点での利用者数 : 常勤換算職員数)

* 広告、パンフレット等における記入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	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	

③－１ 管理者（施設長）の資格等

管理者	他の職務との兼務	あり	管理者・生活相談員
	業務に係る資格	あり	介護支援専門員・介護福祉士

③－２ 介護職員の資格

資格	延べ人数	人数	
		専従	兼務
社会福祉士	()	()	()
介護福祉士	(1)	1	()
実務者研修	()	()	()
介護職員初任者研修	()	()	()
介護支援専門員	(1)	()	()
ヘルパー１級	()	()	()
ヘルパー２級	()	()	()
資格なし	(3)	()	()

③－３ 機能訓練指導員の資格

資格	延べ人数	人数	
		専従	兼務
理学療法士	()	()	()
作業療法士	()	()	()
言語聴覚士	()	()	()
看護師又は准看護師	()	()	()
柔道整復士	()	()	()
あん摩マッサージ指圧師	()	()	()
はり師	()	()	()
きゅう師	()	()	()

※人数のうち（ ）内は非常勤職員の人数を指します。

④ 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）

勤続年数	職種	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	計画作成担当者
前年度１年間の採用者数		()	()	()	()	()
前年度１年間の退職者数		()	()	()	()	()
１年未満		()	()	()	()	()
１年以上３年未満		()	()	(1)	()	()
３年以上５年未満		()	()	()	()	()
５年以上１０年未満		()	()	()	()	()
１０年以上		()	()	(2)	()	()
合計		0 (0)	0 (0)	0 (3)	0 (0)	0 (0)

※人数のうち（ ）内は非常勤職員の人数を指します。

⑤ 従業者の健康診断の実施状況

実施状況	あり	年 1 回	従業員夜勤者については年 2 回実施
------	----	-------	--------------------

４．サービスの内容

運営に関する方針	当施設は、要介護状態になっても、当たり前に分らしく自宅と同じように暮らせ明るく家庭的な雰囲気作りに努め、常に入居者の人格を尊重し、入居者の立場に立った介護支援、生活支援を行います。
サービス提供内容に関する特色	ご家族や地域との連携を強め、地域に開かれたホーム運営に努めます。

① ホームが提供するサービス

食事の提供	自ら実施
食事介助	自ら実施
入浴介助	自ら実施
排せつ介助	自ら実施
居室の清掃・洗濯等の家事	自ら実施
生活相談サービス	自ら実施
健康管理	自ら実施
服薬支援	自ら実施
金銭管理	自ら実施
定期的な安否確認の方法	日中見守り・介助 夜間定期巡視巡回介助等

①ー２ 介護保険加算サービス等（※介護付のみ記入）

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)		
	(Ⅱ)		
生活機能向上連携加算	(Ⅰ)		
	(Ⅱ)		
個別機能訓練加算	(Ⅰ)		
	(Ⅱ)		
ＡＤＬ維持等加算	(Ⅰ)		
	(Ⅱ)		
夜間看護体制加算	(Ⅰ)		
	(Ⅱ)		
若年性認知症入居者受入加算			
協力医療機関連携加算(*1)	(Ⅰ)		
	(Ⅱ)		
口腔衛生管理体制加算（*2）			
口腔・栄養スクリーニング加算			
退院・退所時連携加算			
退居時情報提供加算			
看取り介護加算	(Ⅰ)		
	(Ⅱ)		
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)		
	(Ⅱ)		
高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)		
	(Ⅱ)		
新興感染症等施設療養費			
生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)		
	(Ⅱ)		
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)		
	(Ⅱ)		
	(Ⅲ)		
介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)		
	(Ⅱ)		
	(Ⅲ)		
	(Ⅳ)		
	(Ⅴ)(1)		
	(Ⅴ)(2)		
	(Ⅴ)(3)		
	(Ⅴ)(4)		
	(Ⅴ)(5)		
	(Ⅴ)(6)		
	(Ⅴ)(7)		
	(Ⅴ)(8)		
	(Ⅴ)(9)		
	(Ⅴ)(10)		
	(Ⅴ)(11)		
	(Ⅴ)(12)		
	(Ⅴ)(13)		
	(Ⅴ)(14)		
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	介護・看護職員の配置率	: 1

*1 「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急的に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。

*2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。

②医療機関との連携・協力

医療支援	*複数選択可	☒ 救急車の手配	☒ 入退院の付添い	☒ 通院介助
		☒ その他 ()		

協力医療機関

1	名 称 :	医療法人健心会 滝口内科医院	協力契約書等の締結 :	なし
	住 所 :	宮崎県宮崎市本郷南方2102-1		
	診療科目 :	内科・循環器科・呼吸器科		
	協力内容 :	入居者の病状の急変時において、相談対応を行う体制を常時確保		あり
		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		あり
2	名 称 :		協力契約書等の締結 :	
	住 所 :			
	診療科目 :			
	協力内容 :	入居者の病状の急変時において、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		
3	名 称 :		協力契約書等の締結 :	
	住 所 :			
	診療科目 :			
	協力内容 :	入居者の病状の急変時において、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		
4	名 称 :		協力契約書等の締結 :	
	住 所 :			
	診療科目 :			
	協力内容 :	入居者の病状の急変時において、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		
5	名 称 :		協力契約書等の締結 :	
	住 所 :			
	診療科目 :			
	協力内容 :	入居者の病状の急変時において、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		

新興感染症発生時に連携する医療機関

なし	名 称 :		協力契約書等の締結 :	
	住 所 :			

協力歯科医療機関

1	名 称 :	宮崎北歯科	協力契約書等の締結 :	なし
	住 所 :	宮崎市大字芳士1098-6		
	協力内容 :	訪問診療により歯科治療		
2	名 称 :		協力契約書等の締結 :	
	住 所 :			
	協力内容 :			

③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

運営懇談会	設置の有無 :	なし	年 () 回開催予定
	代替措置 : (設置なしの場合)	なし	実施内容 :
利用者アンケート	実施の有無 :	なし	実施内容 :
			結果開示 :
意見箱	設置の有無 :	なし	設置箇所 :
			結果開示 :
第三者による評価	実施の有無 :	なし	評価者 :
			結果開示 :

④苦情及び事故対応

苦情対応窓口	運営法人が設置する窓口	窓口の名称 :	デイホーム なかしま
		電話番号 :	0985-50-6750
		対応時間 :	24時間対応
	上記以外の相談窓口	窓口の名称 :	宮崎市 福祉部 介護保険課
		電話番号 :	0985-21-1777
		対応時間 :	8:30~17:15(土日祝日・年末年始を除く)
		窓口の名称 :	宮崎県国保健康保険連合会
		電話番号 :	0985-35-5301
		対応時間 :	8:30~17:15(土日祝日・年末年始を除く)
		窓口の名称 :	
		電話番号 :	
		対応時間 :	

サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合の対応

損害賠償責任保険の加入状況	あり	(内容) 損保ジャパン施設賠償保険加入
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	あり	(内容) 損保ジャパン施設賠償保険加入
事故対応及びその予防のための指針	あり	

⑤入居に当たっての留意事項

入居の条件（入居対象となる者） 【表示事項】	年齢	65歳以上
	要介護度	自立・要支援・要介護（1～5）
	医療的ケア	往診対応の主治医（医療機関）
	認知症	特になし
	その他	特になし
身元引受人等の条件、義務等	入居契約書による	
体験入居	利用期間	日中・夜間等
	利用料金	無料
	その他	1泊2日限度とする
入居者からの契約解除	入居契約書による	
施設からの契約解除	入居契約書による	
その他の留意事項	入居契約書による	

⑥居室の住み替えに関する事項 * 住み替えを行っていない場合は省略可能

居室の住み替え	☐ 一時介護室へ移動 ☐ 介護居室の移動 ☒ その他居室へ移動			
提携ホームへの移行	なし			
判断基準・手続き	本人・家族の意向及び身体・健康面での対応			
利用料金の変更	なし			
前払金の調整	なし			
居室利用権の取扱	なし			
従前の居室との仕様の変更	面積の増減：	なし	便所の変更：	なし
	浴室の変更：	なし	洗面所の変更：	なし
	台所の変更：	なし		
	その他変更：	なし	（内容）	

5. 入居者の状況

①介護度別・年齢別入居者数 平均年齢 歳 入居者数合計 4 人

年齢	介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
6 5 歳未満									
6 5 歳以上 7 5 歳未満									
7 5 歳以上 8 5 歳未満								1	
8 5 歳以上						1		1	1
合計		0	0	0	0	1	0	2	1

男女別入居者数 男性 0 人 女性 4 人

入居率（一時的に不在となっている者も含む） 26.7 % （定員に対する入居者数）

②入居継続期間別入居者数

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上	合計
入居者数			3	1			4

③直近の 1 年間の退去者数と理由

理由	介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
自宅・家族同居									
介護老人福祉施設（特養等）へ転居									
介護老人保健施設へ転居									
介護医療院へ転居									
他の有料老人ホームへの転居									
その他の福祉施設・ 高齢者住宅等への転居									1
医療機関（入院）									
死亡								2	1
その他									
合計		0	0	0	0	0	0	2	2

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：	1 人	解約事由の例： 特別養護老人ホームに入所

6. 利用料金

①敷金等

敷金・保証金	なし	円
算定根拠	家賃の ヶ月分	
※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還します。		

②家賃及びサービスの対価

プラン名	月額利用料	(内訳)						介護付* 2
		家賃 相当額	介護保険外のサービス費用*1					
			管理費	介護費用	食費	光熱水費	その他	
1 日	30,000	1,000	0	1,000	1,300	0	0	

各 料 金 の 内 訳 ・ 明 細 ・ 算 定 根 拠	家賃相当額	一日1000円						
	管理費	0円						
	介護費用	1日1000円 * 介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
	食費	朝食 200円 昼食 500円 夕食 500円 間食 100円 一日あたり 1300円 × 30. (食事をキャンセルする場合の取扱) 2週間前まで						
	光熱水費	利用料に含む						
	個別選択によるサービス利用料	別添2のとおり						
	その他							

*1 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）

*2 介護予防・地域密着型の場合を含む。

③前払金の受領

※前払い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）	
償却の開始日	
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）	
初期償却率	
返還金の算定方式	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
前払い金の保全先	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 保証保険を行う保証保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他 名称

④特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠（介護付きのみ記入）

項目	算定根拠
特定施設入居者生活介護に対する自己負担	
人員配置が手厚い場合の介護サービス	

* 介護予防・地域密着型の場合を含む。

⑤利用料金の取扱

年齢に応じた金額設定		要介護状態に応じた金額設定	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱	家賃相当額		
	管 理 費		
	介護費用		
	食 費		
	光熱水費		

⑥料金改定の手続き

--

7. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に交付
管理規程	入居希望者に公開
事業収支計画書	入居希望者に公開
財務諸表の要旨	入居希望者に公開
財務諸表の原本	入居希望者に公開

8. その他

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	あり
	指針の整備	あり
	定期的な研修の実施	あり
	担当者の配置	あり
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	あり
	指針の整備	あり
	定期的な研修の実施	あり
	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（身体拘束等）を行うこと	あり
	（上記ありの場合）身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、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	あり
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	あり
	災害に関する業務継続計画	あり
	職員に対する周知の実施	あり
	定期的な研修の実施	あり
	定期的な訓練の実施	あり
	定期的な業務継続計画の見直し	あり
老人福祉法第29条第1項に規定する届出		あり
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		なし
宮崎市有料老人ホーム設置運営指導指針不適合事項〈不適合事項〉		なし

添付書類：別添1「事業主体が県内で実施する介護サービス」
別添2「個別選択による介護サービス等の一覧」

重要事項説明書及び一覧表の各項目について説明を受け、理解しました。

____年 ____月 ____日 署名 _____様

身元引受人 続柄 署名 _____様

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】事業主体が県内で実施する介護サービス

介護サービスの種類	あり なし	併設隣接の 状況	主な事業所の名称	所在地
< 居宅サービス >				
訪問介護				
訪問入浴介護				
訪問看護				
訪問リハビリテーション				
居宅療養管理指導				
通所介護				
通所リハビリテーション				
短期入所生活介護				
短期入所療養介護				
特定施設入居者生活介護				
福祉用具貸与				
特定福祉用具販売				
< 地域密着型サービス >				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
夜間対応型訪問介護				
地域密着型通所介護	あり	併設	デイホームなかしま	宮崎市生目台東１丁目２番地２号
認知症対応型通所介護				
小規模多機能型居宅介護				
認知症対応型共同生活介護				
地域密着型特定施設入居者生活介護				
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				
看護小規模多機能型居宅介護				
< 居宅介護支援 >				
< 居宅介護予防サービス >				
介護予防訪問入浴介護				
介護予防訪問看護				
介護予防訪問リハビリテーション				
介護予防居宅療養管理指導				
介護予防通所リハビリテーション				
介護予防短期入所生活介護				
介護予防短期入所療養介護				
介護予防特定施設入居者生活介護				
介護予防福祉用具貸与				
特定介護予防福祉用具販売				
< 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				
介護予防小規模多機能型居宅介護				
介護予防認知症対応型共同生活介護				
< 介護予防支援 >				
< 介護保険施設 >				
介護老人福祉施設				
介護老人保健施設				
介護医療院				
< 介護予防・日常生活支援総合事業 >				
訪問型サービス				
通所型サービス				
その他の生活支援サービス				
< その他の施設 >				
生活支援ハウス				
軽費老人ホーム（ケアハウス）				
養護老人ホーム				
その他の有料老人ホーム				

【別添2】個別選択による介護サービス等の一覧

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
	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	個別利用料で実施するサービス			別途料金・備考※3
		ありなし	月額利用料に含む※2	別途費用徴収※2	
①介護サービス					
食事介助		あり	含む	なし	
排泄介助・おむつ交換		あり	含む	なし	
おむつ代		あり	含む	なし	
入浴（一般浴）介助・清拭		あり	含む	なし	
特浴介助		あり	含む	なし	
身体介助（移動・着替え等）		あり	含む	なし	
機能訓練		あり	含む	なし	日常生活リハビリ等
通院介助		あり	含む	なし	家族対応・施設対応
口腔衛生管理		あり	含む	なし	施設対応・訪問歯科
②生活サービス					
居室清掃		あり	含む	なし	
リネン交換		あり	含む	なし	
日常の洗濯		あり	含まない	あり	家族対応・施設対応
居室配膳・下膳		あり	含む	なし	
嗜好に応じた特別な食事		あり	含まない	あり	家族持込・実費精算
おやつ		あり	含む	なし	
理美容師による理美容サービス		あり	含む	なし	訪問理容
買い物代行		なし	含まない	なし	
役所手続き代行		なし	含まない	なし	
金銭・貯金管理		あり	含む	なし	
③健康管理サービス					
定期健康診断		あり	含まない	あり	主治医による定期往診
健康相談		あり	含む	なし	
生活指導・栄養指導		あり	含む	なし	
服薬支援		あり	含む	なし	調剤薬局による訪問指導
生活リズム記録（排便・睡眠等）		あり	含む	なし	
④入退院時・入院中のサービス					
移送サービス		なし	含まない	なし	家族対応
入退院時の同行		なし	含まない	なし	
入院中の洗濯物交換・買物		なし	含まない	なし	
入院中の見舞い訪問		なし	含まない	なし	

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わります（1割～3割の利用者負担）。

※2：個別利用料で実施するサービスが「あり」の場合、各種サービスの費用が、「月額利用料に含む場合」と、「別途費用徴収の場合」に応じて記入します。

※3：別途費用徴収の場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入します。