

**重要事項説明書 記載例**  
**【特定施設入居者生活介護の指定なし】**

**留意事項**

- 1 本記載は、川口市有料老人ホーム設置運営指導指針（以下「指針」とします。）に基づく重要事項説明書の記載例です。  
※必須サービス以外のサービス提供を行うサービス付き高齢者向け住宅は、有料老人ホームに該当します。そのため、指針で定める重要事項説明書を入居希望者へ交付する必要があります。  
※本記載例では、指針で定める様式を基に、記載不要項目の省略、一部文言の修正を行っています。
- 2 登録システム、入居契約書、生活支援サービス契約書等と整合性が取れていることを必ず確認してください。
- 3 併設の介護保険事業所が提供するサービスについては、記載しないでください。サービス付き高齢者向け住宅と介護保険事業所は別事業であることに御留意ください。
- 4 新規登録の場合、提出時点で未定の事項については「空欄」としてください。  
※「5.職員体制」の（職種別の職員数）（夜勤を行う看護・介護職員の人数）については、入居開始日時点での予定を必ず記載してください。
- 5 ご不明な点がございましたら、サービスに関することは、  
介護保険課 事業者係（TEL：048-259-7293）へ、  
建物に関することは、  
住宅政策課 住宅政策係（TEL：048-242-6326）へ  
お問い合わせください。

# 作成例

別紙様式

## 重要事項説明書

空欄としてください。  
※入居希望者へ交付する際は、  
必ず記載

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

### 1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしや〇〇〇〇 株式会社〇〇〇〇	
主たる事務所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	
連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	ホームページアドレス	http://www.〇〇〇.jp
代表者	氏名	川口 太郎
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成〇年〇月〇日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

営利法人  
非営利法人の別

### 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) 〇〇〇〇のいえ 〇〇〇〇の家	
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 川口市〇〇町〇丁目〇番〇号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR〇〇線 「〇〇」 駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 最寄駅から10分、「〇〇」停留所下車、 徒歩1分 ②自動車利用の場合 最寄駅から10分
連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	ホームページアドレス	http://www.〇〇〇.jp

管理者	氏名	川口 次郎
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成〇年〇月〇日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成〇年〇月〇日

**(類型)【表示事項】**

必須サービス以外のサービスを提供し、特定施設入居者生活介護の指定を受けないサ高住は、「住宅型有料老人ホーム」に該当。

1 介護付（一般）	
2 介護付（外部サービス）	特定施設入居者生活介護を提供する場合
<input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型	
4 健康型	

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1,600.67 m <sup>2</sup>	
	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	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり    2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成27年11月1日～平成57年10月31日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり    2 なし		
建物	延床面積	全体	1,200.22 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1,200.22 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ( )	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> あり    2 なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成27年11月1日～平成57年10月31日) 2 なし	
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> あり    2 なし	

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室	特定施設入居者生活介護の指定を受けない場合、「一般居室」。				
		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	18.30 m <sup>2</sup>	20	一般居室個室	
タイプ		有/無	有/無	22.00 m <sup>2</sup>	10	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」「一時介護居室」							
共用施設	共用便所における 便房	5ヶ所	うち うち椅子等の対応可能な便房	更衣		ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室			3ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	大浴場				ヶ所
			チェアー浴				ヶ所
			リフト浴				ヶ所
			ストレッチャー浴				1ヶ所
			その他 ( )				ヶ所
食堂	1	あり					
入居者や家族が利用できる調理設備	1	あり					
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	談話室、図書コーナー、洗濯室、多目的室、理美容室						

様式にはタイプ1~10までであるが、不要な行は削除。

機械浴室も共用浴室に含まれる。

ストレッチャー対応は、車椅子対応も含む。

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	地域に開かれた施設運営を行います。
----------	-------------------

サービスの提供内容に関する特色	入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（ 訪問診療医の確保 ）	システム登録との整合性に注意。
協力医療機関	1	
	名称	〇〇病院
	住所	埼玉県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
	診療科目	内科、外科、整形外科、他
	協力内容	訪問診療、健康相談（月2回）、健康診断（年2回）
	2	
	名称	
	住所	
	診療科目	
	協力内容	
協力歯科医療機関	名称	〇〇歯科医院
	住所	埼玉県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
	協力内容	訪問歯科診療

**(入居後に居室を住み替える場合)**

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他（ 他の一般居室へ移る場合 ）	住み替えを想定していない場合、表自体を削除。
判断基準の内容	常時見守りが必要な場合、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。	
手続きの内容	①医師の意見を聞く ②3か月間の観察期間を置く ③本人及び身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室賃借権の取扱い	住み替え後の居室に変更	

前払金償却の調整の有無	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	65歳以上または要支援・要介護の者		
契約の解除の内容	入居契約書第〇条による		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第〇条による	
	解約予告期間		90日間
入居者からの解約予告期間			90日間
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊2日3食付 10,000円) 2 なし		
入居定員			
その他			

料金を具体的に記載。

入居契約書との整合性に注意。  
※日数で定められている場合は日数で記載。

◆常勤・非常勤について  
雇用形態（正社員、パートタイム等）ではなく、「サ高住の職員として勤務する時間」で区別されます（併設の介護保険事業所の勤務時間は含みません。）。

【常勤】…「サ高住の職員としての勤務時間」が、「法人の就業規則で定める常勤者が勤務すべき時間」以上である職員

【非常勤】…常勤以外

◆複数の職種の兼務について  
兼務する職種の合計勤務時間（併設の介護保険事業所の勤務時間は含みません。）が「常勤」の基準を満たす場合、兼務する全ての職種の常勤に1人を計上してください。

兼務する職種の合計勤務時間が「非常勤」の場合、兼務する全ての職種の非常勤に1人を計上してください。

**5. 職員体制**

**(職種別の職員数)**

	職員数 (実人数)		
	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	19	10	9
介護職員	15	8	7
看護職員	4	2	2
直接処遇職員 ＝介護職員＋看護職員	1		1
調理員	1	1	
事務員	(委託)		
その他職員	(委託)		
事務員	2		
その他職員	2		

業務委託の場合、合計欄に「(委託)」と記載。

**(資格を有している介護職員の人数)**

	合計		
社会福祉士			
介護福祉士			
実務者研修の修了者	3	3	
初任者研修の修了者	12	5	7
介護支援専門員			

(職種別の職員数)の表の「介護職員」の資格保有状況を記載。

1人が複数の資格を持っている場合は、代表的な資格1つにのみ計上してください。

**(資格を有している機能訓練指導員の人数)**

	合計	常勤	
看護師又は准看護師			
理学療法士	1		1
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			

(職種別の職員数)の表の「機能訓練指導員」の資格保有状況を記載。

1人が複数の資格を持っている場合は、代表的な資格1つにのみ計上してください。

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

介護サービス(介護保険外)を提供する場合、夜間帯も直接処遇職員の配置が必要。

夜勤帯の設定時間 ( 18時～ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	1人
介護職員	2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		社会福祉士								
	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											
応じた業務に従事した経験年数に 業務に従事した職員 の人数	1年未満	1		4							
	1年以上 3年未満	1	3	3							
	3年以上 5年未満	2		4							
	5年以上 10年未満			1					1		
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし								

(職種別の職員数)の表との整合性に注意。

**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
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	消費者物価指数等を勘案し、料金が不相当となった場合。
	手続き	運営懇談会で意見を聞き、料金を改定する。

**(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	要介護1	要介護3
	年齢	75歳	80歳
居室の状況	床面積	18.30㎡	18.30㎡
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	2 無	1 有 2 無
入居時点で 必要な費用	前払 敷金	3,000,000円	なし
	月額費用の合計	149,000円	199,000円
家賃		20,000円	70,000円
共益費		55,000円	55,000円
光熱水費		共益費に含む	共益費に含む
サービス費用※	食費	54,000円	54,000円
	状況把握・生活相談サービス費	20,000円	20,000円
	その他	都度払いサービスあり	都度払いサービスあり
※ サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険事業所による介護保険サービスは、本欄に記入していない）			
※ 消費税について、表示金額は総額表示			

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
敷金	家賃の1ヶ月分
家賃	建物賃借料、近隣相場を勘案して算定
共益費	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費、光熱水費により算定
光熱水費	共益費に含む
食費	業務委託料により算定
状況把握・生活相談サービス費	人件費により算定
その他	人件費、消耗品費等による。 サービス内容・費用は別添2による。

(前払金の受領)

前払金を受領しない場合、表を削除。

算定根拠	50,000 円 (家賃) × 60 ヶ月	
想定居住期間 (償却年月数)	60 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)	なし	
初期償却率	なし	
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	返還金 = 前払金 - { 前払金 ÷ ( 想定居住期間の月数 × 30 ) } × ( 入居日から契約終了日までの実日数 )
		返還金 = { 前払金 ÷ ( 入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数 ) } × ( 契約終了日から償却期間満了日までの実日数 )
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 : )	

「国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則」第 12 条で定められた計算方法であること。

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	人
	女性	人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上 85 歳未満	人
	85 歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人

	要介護3		人
	要介護4		人
	要介護5		人
入居期間別	6ヶ月未満		人
	6ヶ月以上1年未満		人
	1年以上5年未満		人
	5年以上10年未満		人
	10年以上15年未満		人
	15年以上		人

**(入居者の属性)**

平均年齢		歳
入居者数の合計		人
入居率*		%
※ 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を含む。		

**(前年度における退去者の状況)**

退去先別の人数	自宅等		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡者		人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出		人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出		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)**

窓口の名称	〇〇〇〇の家	
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇	
対応している	平日	9:00~18:00

法人の窓口の他に、公的な窓口として、下記を必ず記載。  
 ①川口市福祉部介護保険課  
 ②川口市都市計画部住宅政策課  
 ③川口市市民生活部市民相談室  
 ④県の消費生活相談センター  
 (川口市の窓口を記載)

時間	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	
定休日		日曜日、祝日
窓口の名称		川口市福祉部介護保険課
電話番号		048-259-7293
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
窓口の名称		川口市都市計画部住宅政策課
電話番号		048-242-6326
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
窓口の名称		川口市市民生活部市民相談室
電話番号		048-259-9037
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
窓口の名称		埼玉県消費生活支援センター〇〇
電話番号		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
対応している時間	平日	〇:〇~〇:〇
	土曜	〇:〇~〇:〇
	日曜・祝日	
定休日		日曜、祝日、12/29~1/3

(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	(その内容) 〇〇〇株式会社〇〇〇保険に加入
	<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	(その内容) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業者の故意または過
	<input type="checkbox"/> なし	

		失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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

指針 8 (8) により、原則設置が必要。設置しない場合、代替措置を講じてください。

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 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 : )	
	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし 3 該当なし	
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	なし	
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 平成 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。

サ高住と併設予定の事業所についても記載。

別添 1

事業主体が川口市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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	〇〇訪問介護	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
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	〇〇〇デイサービスセンター	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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		
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし	〇〇訪問介護	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
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	〇〇〇デイサービスセンター	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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		

別添 2

サービス付き高齢者向け住

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）			備考	
		包含※1	都度※1	料金(税込)※2		
<b>介護サービス</b>						
食事		あり	○		生活支援費（20,000円(税込)/月）を含む	
排泄		あり	○		生活支援費（20,000円(税込)/月）を含む	
お風呂		あり	○	●●円/枚	消費税の取扱いを明記。	
入浴		あり	○	●●円/回		
特浴		あり	○	●●円/回		
身辺		あり	○		生活支援費（20,000円(税込)/月）を含む	
通院		あり	○	●●円/回	●●市内の病院に限る	
<b>生活サービス</b>						
居室		あり	○		生活支援費（20,000円(税込)/月）を含む	
リネン交換	なし	あり	○		生活支援費（20,000円(税込)/月）を含む	
日常の洗濯	なし	あり	○		生活支援費（20,000円(税込)/月）を含む	
居室配膳・下膳	なし	あり				
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				
理美容師による理美容サービス	なし	あり	○		理美容サービスの紹介 費用は自己負担	
買い物代行	なし	あり	○	●●円/回	●●市内に限る	
役所手続き代行	なし	あり	○	●●円/回	●●市、●●市内での手続きに限る	
金銭・貯金管理	なし	あり				
<b>健康管理サービス</b>						
定期健康診断	なし	あり	○		年2回、協力医療機関での健康診断の機会を提供 費用は自己負担	
健康相談	なし	あり	○		生活支援費（20,000円(税込)/月）を含む	
生活指導・栄養指導	なし	あり	○		生活支援費（20,000円(税込)/月）を含む	
服薬支援	なし	あり	○		生活支援費（20,000円(税込)/月）を含む	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり				
<b>入退院時・入院中のサービス</b>						
移送サービス	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	○	●●円/回	●●市内の病院に限る	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	○	●●円/回	●●市内の病院に限る	

サービスの提供が「あり」の場合、複数のサービスをまとめて月額定額で提供するサービスは「包含」、それ以外は「都度」に○を付ける。

サ高住が提供するサービスについて記載。  
 ※併設の介護保険事業所が提供するサービスは記載しない。  
 ※生活支援サービス契約書との整合性に注意。

消費税の取扱いを明記。

※1：「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。  
 ※2：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。