

有料老人ホーム重要事項説明書

記入者名	田中 利征	記入年月日	R7 年 7 月 31 日
		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	2 法人	
	※法人の場合、その種類 営利法人	
名称	(ふりがな)	かぶしきがいしやこんふおーと 株式会社こんふおーと
法人番号	法人番号の有無	1 あり
	法人番号	34300-01-040081
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 001-0924	北海道札幌市北区新川4条16丁目5番5号
連絡先	電話番号	011-762-3601
	FAX番号	011-762-3601
	メールアドレス	depuchi@yahoo.co.jp
	ホームページアドレス	http://comfort-care.co
代表者	氏名	田中 利征
	職名	代表取締役
設立年月日	2009 年 2 月 25 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

(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ーむ あー 住宅型有料老人ホーム アーバンライフこんふおーと			
所在地	〒 002-8074	北海道札幌市北区あいの里4条5丁目4-10		
建物名等				
市区町村コード	都道府県	北海道	市区町村	
主な利用交通手段	最寄駅	JR あいの里教育駅		
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 中央バスあいの里④条⑤丁目停留所で下車、徒歩1分		
連絡先	電話番号	011-776-6888		
	FAX番号	011-788-8099		
	メールアドレス	depuchi@yahoo.co.jp		
	ホームページアドレス	http://comfort-care.co		
管理者	氏名	田中 利征		
	職名	代表取締役		
建物の竣工日		2009 年 5 月 30 日		
有料老人ホーム事業の開始日		2016 年 5 月 1 日		

(類型) 【表示事項】

類型	3 住宅型		
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	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	745.11 m ²									
	2 事業者が貸借する土地										
	2 事業者が貸借する土地の場合										
	貸借の種別	1 普通貸借									
	抵当権の有無	1 あり									
	契約期間	1 あり									
		開始									
		2009	年	4	月	1					
		終了									
	2029 年 3 月 31 日										
	契約の自動更新	1 あり									
建物	延床面積	全体									
		576.706 m ²									
	耐火構造	うち、老人ホーム部分									
		576.706 m ²									
		3 その他									
		3 その他の場合									
		木造建築物									
	構造	3 木造									
		4 その他の場合									
所有関係	2 事業者が貸借する建物										
	2 事業者が貸借する建物の場合										
	貸借の種別	1 普通貸借									
	抵当権の有無	1 あり									
	契約期間	1 あり									
		開始									
		2009	年	4	月	1					
		終了									
	2029 年 3 月 31 日										
	契約の自動更新	1 あり									

居室の状況	居室区分 【表示事項】		1 全室個室（縁故者個室含む）			
			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	有	12.5 m ²	4	一般居室個室
	タイプ2	有	無	14.6 m ²	8	一般居室個室
	タイプ3	有	無	18.2 m ²	6	一般居室個室
	タイプ4	有 無	有 無	m ²		
	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	2	か所	うち男女別の対応が可能な便房	0	か所
				うち車椅子等の対応が可能な便房	2	か所
	共用浴室	2	か所	個室		か所
				大浴場		か所
	共用浴室における介護浴槽	0	か所	チエア一浴		か所
				リフト浴		か所
				ストレッチャー浴		か所
				その他		か所
	食堂	1	あり			
	入居者や家族が利用できる調理設備			2 なし		
	エレベーター	1	あり（車椅子対応）			
消防用設備等	消火器	1	あり			
	自動火災報知設備	1	あり			
	火災通報設備	1	あり			
	スプリンクラー	1	あり			
	防火管理者	1	あり			
	防災計画	1	あり			

緊急通報装置等	居室	1 全居室あり
	便所	1 全便所あり
	浴室	2 一部浴室あり
	その他	
	1 あり	
その他		

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	地域社会に貢献できる介護施設を目指して		
サービスの提供内容に関する特色	24時間職員常駐、夜間・早朝の巡回を実施。デイ		
入浴、排せつ又は食事の介護	2 委託		
食事の提供	1 自ら実施	2 委託	
洗濯・掃除等の家事の供与		2 委託	
健康管理の供与	1 自ら実施		
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施	2 委託	
生活相談サービス	1 自ら実施	2 委託	

(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	入居継続支援加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	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
	協力医療機関連携加算 (※1)	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算 (※2)		1 あり	2 なし
	口腔・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
	退居時情報提供加算		1 あり	2 なし

サービスの体制の有無 ※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、緊急時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。	看取り介護加算 認知症専門ケア加算 高齢者施設等感染対策向上加算 新興感染症等施設療養費 生産性向上推進体制加算 サービス提供体制強化加算 介護職員等処遇改善加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
		(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
		(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
		(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
		(III)	1 あり	2 なし
		(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
		(III)	1 あり	2 なし
		(IV)	1 あり	2 なし
		(V) (1)	1 あり	2 なし
		(V) (2)	1 あり	2 なし
		(V) (3)	1 あり	2 なし
		(V) (4)	1 あり	2 なし
		(V) (5)	1 あり	2 なし
		(V) (6)	1 あり	2 なし
		(V) (7)	1 あり	2 なし
		(V) (8)	1 あり	2 なし
		(V) (9)	1 あり	2 なし
		(V) (10)	1 あり	2 なし
		(V) (11)	1 あり	2 なし
		(V) (12)	1 あり	2 なし
		(V) (13)	1 あり	2 なし
		(V) (14)	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	2 なし	
		1 ありの場合	(介護・看護職員の配置率)	: 1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="radio"/> 救急車の手配 <input type="radio"/> 入退院の付き添い <input type="radio"/> 通院介助	その他	
協力医療機関	1	名称	しらかば在宅クリニック
		住所	札幌市白石区南郷通14丁目北3-2
		診療科目	内科・呼吸器科
		協力科目	同上
	2	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
			1 あり
	3	協力内容	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

<p>新興感染症 発生時に連携する医療機関</p> <p>協力歯科医療機関</p>	4	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
	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	1 あり 2 なし
		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
	5	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
	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	1 あり 2 なし
		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
		2 なし	
	1 ありの場合		
		医療機関の名称	
		医療機関の住所	
	1	名称	フォース歯科
		住所	札幌市東区東苗穂13条1丁目2-1
		協力内容	訪問歯科診療
	2	名称	ラビット歯科
		住所	札幌市北24条西4丁目1-21
		協力内容	訪問歯科診療

(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	一時介護室へ移る場合		
	介護居室へ移る場合		
	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
	1 ありの場合		
	(変更内容)		

(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
	要支援の者	1 あり
	要介護の者	1 あり
留意事項	生活保護入居可。入居利用検討者会議を専門職により行い可否検討	
契約解除の内容	賃貸契約書(契約の解除) に記載	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	賃料の支払いを2ヶ月以上怠った時等
	解約予告期間	か月
入居者から解約予告期間	1か月	
体験入居の内容	1 あり	
	1 ありの場合	
	(内容)	お泊りプランにて体験可能
入居定員	19 人	
その他	賃貸契約書記載の内容に基づく	

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	
管理者	2		1	1
生活相談員	1		1	
直接処遇職員	0			
介護職員	7		2	5
看護職員	5			5
機能訓練指導員	0			
計画作成担当者	0			
栄養士	0			
調理員	0			
事務員	0			
その他職員	0			
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2				時間
※1 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、当該事業所の従業員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	0		
介護福祉士	4	1	3
実務者研修の修了者	0		
初任者研修の修了者	3	1	2
介護支援専門員	0		

(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	0		
理学療法士	0		
作業療法士	0		
言語聴覚士	0		
柔道整復士	0		
あん摩マッサージ指圧師	0		
はり師	0		
きゅう師	0		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(16 時 30 分 ~ 9 時 0 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	1 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 (一般形特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上職員配置比率※ 【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							
	業務にかかる資格等	1 あり								
		1 ありの場合								
			資格等の名称					介護福祉士		
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導人		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
前年度1年間の採用者数				1	3					
前年度1年間の退職者数				1		2				
業務に応じて従事した職員の経年数	1年未満									
	1年以上3年未満									
	3年以上5年未満					1				
	5年以上10年未満			1						
	10年以上		4	2	4	1				
	従業者の健康診断の実施状況		1 あり							

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		
利用料金の支払い方法 【表示事項】	3 月払い方式		
	4 選択方式の場合、該当する方式をすべて選択		
	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 月払い方式		
年齢に応じた金額設定	2 なし		
要介護状態に応じた金額設定	2 なし		
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い	1 減額なし		
利用料金の改定	条件	経済事情の変動、公租公課の増額、近隣の同種物件の賃料と比較等	
	手続き	通達文により	

(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	80歳	81歳	
居室の状況	床面積	14.58 m ²	18.225 m ²	
	便所	1あり	1あり	
	浴室	1あり	2なし	
	台所	1あり	1あり	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	72000円	80000円	
月額費用の合計		105354円	193128円	
サービス費用	家賃	36000円	40000円	
	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	52554円	105128円
		管理費	15000円	20000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	1800円	円
		その他	円	28000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係る介護費用は、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	低所得者、生活保護受給者に対応するため36,000円に設定。
敷金	家賃の2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。	介護保険外サービスとして30分1,200円で提供
管理費	施設共益費15,000円
食費	朝食：450円 昼食：610円 夕食：610円 各税別
光熱水費	上下水道代：1,800円/月 灯油代：8,000円/12,000円/月（10～5月） 電気代：実費
利用者の個別的な選択によるサービスの利用料	別添2

その他のサービス利用料	30分1,200円で提供 生活支援サービス費（水道・灯油代込）18,000円/月で任意契約
-------------	--

(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（上乗せサービス）	
※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
前払金の保全先	1 全国有料老人ホーム協会 2 連帶保証を行う銀行等 3 信託契約を行う信託会社等 4 保証保険を行う保険会社 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合 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	4 人
	女性	15 人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	3 人
	75歳以上85歳未満	8 人
	85歳以上	8 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	2 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	3 人
	要介護 2	5 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	3 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6か月未満	3 人
	6か月以上1年未満	2 人
	1年以上5年未満	7 人
	5年以上10年未満	6 人
	10年以上15年未満	1 人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	86 歳
入居者数の合計	19 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	4 人
	死亡	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) ※複数ある場合は欄を増やして記入すること。

窓口 1

窓口の名称	苦情受付窓口	
電話番号	011-776-6888	
対応している時間	平日	9:00~17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜日、日曜日	

窓口 2

窓口の名称		
電話番号		
対応している時間	平日	
	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	1 あり	
	1 ありの場合	
介護サービス提供により賠償すべき事故が発生した時の対応	その内容	福祉事業者総合賠償責任保険
	1 あり	
事故対応及びその予防のための指針	1 ありの場合	
	その内容	同上
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	

(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 あり	
	1 ありの場合	
	実施日	毎月末
第三者による評価の実施状況	結果の開示	あり
	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

9. 入居希望者への事前情報開示

入居契約書の雛型	1 入居希望者に公開
管理規定	1 入居希望者に公開
事業収支計画書	3 公開していない
財務諸表の要旨	3 公開していない
財務諸表の原本	3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年	2 回
	2 なしの場合	
	1 代替措置あり	2 代替措置なし
高齢者虐待防止のための取組の状況	1 代替措置ありの場合	
	(内容)	
	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	1 あり
	指針の整備	1 あり
	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし
	担当者の配置	1 あり 2 なし
	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	2 なし
	指針の整備	1 あり
	定期的な研修の実施	1 あり

身体的拘束等の適正化のための取組の状況	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	
	2 なし	
1 ありの場合		
	身体的拘束等を行う場合の様及び時間、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	1 あり 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	1 あり
	災害に関する業務継続計画	1 あり
	職員に対する周知の実施	1 あり
	定期的な研修の実施	1 あり
	定期的な訓練の実施	1 あり
	定期的な業務継続計画の見直し	1 あり
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり 2 なし	
	1 ありの場合	
	提携ホーム名	
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	2 なし	
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	2 なし	
札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針「第6 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり	
	1 ありの場合	
	合致しない事項がある場合の内容	13m ² 未満の居室あり。エレベーターがストレッチャー非対応。耐火建築物・準耐火建築物ではないなど
札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	「第7 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）
	不適合事項がある場合の内容	医療機関との協定書なし

備考

--

添付書類： 別添1（別に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

事業主体が札幌市内で実施する他の介護サービス等

介護サービスの種類	有無	事業所の名称	所在地	併設	隣接
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	ステーションこく	幌市北区あいの里4条5丁目4	○	
訪問入浴介護		なし			
訪問看護		なし			
訪問リハビリテーション		なし			
居宅療養管理指導		なし			
通所介護		なし			
通所リハビリテーション		なし			
短期入所生活介護		なし			
短期入所療養介護		なし			
特定施設入居者生活介護		なし			
福祉用具貸与		なし			
特定福祉用具販売		なし			

介護サービスの種類	有無	事業所の名称	所在地	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		なし			
夜間対応型訪問介護		なし			
地域密着型通所介護	あり	ビスセンターこく ^ム 市北区あいの里4条5丁目4〇			
認知症対応型通所介護		なし			
小規模多機能型居宅介護		なし			
認知症対応型共同生活介護		なし			
地域密着型特定施設入居者生活 介護		なし			
地域密着型介護老人福祉施設入 所者生活介護		なし			
看護小規模多機能型居宅介護		なし			
居宅介護支援		なし			

介護サービスの種類	有無	事業所の名称	所在地	併設	隣接
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	なし				
介護予防訪問看護	なし				
介護予防訪問リハビリテーション	なし				
介護予防居宅療養管理指導	なし				
介護予防通所リハビリテーション	なし				
介護予防短期入所生活介護	なし				
介護予防短期入所療養介護	なし				
介護予防特定施設入居者生活介護	なし				
介護予防福祉用具貸与	なし				
特定介護予防福祉用具販売	なし				

介護サービスの種類	有無	事業所の名称	所在地	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		なし			
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし			
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし			
介護予防支援	あり				
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設		なし			
介護老人保健施設		なし			
介護医療院		なし			
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	ステーションこく	鳴市北区あいの里4条5丁目4	○	
通所型サービス	あり	ビスセンターこく	鳴市北区あいの里4条5丁目4	○	
その他生活支援サービス					

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

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～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、月額のサービス費用に含まれる場合と、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。