

## 重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	関 誠
所属・職名	管理者

※ 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（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/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ いーらいふ 株式会社 e-Life	
主たる事務所の所在地	〒 465-0026 名古屋市名東区引山三丁目7 1 6 番地	
連絡先	電話番号	052-769-6155
	FAX番号	052-769-6166
	ホームページアドレス	あり
代表者	氏名	松岡 慎一
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 22 年 2 月 22 日	
主な実施事業	有料老人ホームの運営 ※別添1	

## 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 はーと Ⅱばんかん 住宅型有料老人ホーム ハート Ⅱ番館	
所在地	〒471-0015 愛知県豊田市上野町三丁目 29 番 7	
主な利用交通手段	最寄駅	名鉄三河線豊田市駅
	交通手段と所要時間	豊田市駅より車で約7分
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	
管理者	氏名	関 誠
	職名	管理者/施設長
建物の竣工日		昭和・平成 28年 7月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 29年 12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 <u>住宅型</u>		
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	令和 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	596 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								
		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の有無</td> <td>1 <input checked="" type="checkbox"/>あり</td> <td>2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td colspan="2">1 <input checked="" type="checkbox"/>あり ( H28年8月1日～R55年10月31日 )</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 <input checked="" type="checkbox"/>あり</td> <td>2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の有無	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり ( H28年8月1日～R55年10月31日 )		契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり
抵当権の有無	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし								
契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり ( H28年8月1日～R55年10月31日 )									
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	613.95 m <sup>2</sup>							
		うち、老人ホーム部分	613.95 m <sup>2</sup>							
	耐火構造	1 耐火建築物								
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物								
		3 その他 (木造 )								
		4 その他 ( )								
	構造	1 鉄筋コンクリート造								
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 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									
	<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td>1 <input checked="" type="checkbox"/>あり</td> <td>2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td colspan="2">1 <input checked="" type="checkbox"/>あり ( H28年8月1日～R55年10月31日 )</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 <input checked="" type="checkbox"/>あり</td> <td>2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の設定	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり ( H28年8月1日～R55年10月31日 )		契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	抵当権の設定	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし							
契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり ( H28年8月1日～R55年10月31日 )									
契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし								
3 その他 ( )										
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.07 m <sup>2</sup>	18室	個室				
	タイプ2	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.66 m <sup>2</sup>	1室	個室				
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>						
	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>							
※「個室」「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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	6ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室	2ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
エレベーター	1	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	自動火災報知設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	火災通報設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	スプリンクラー	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	防火管理者	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし
	防災計画	1	<input checked="" 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	入居者様の人格を尊重し、心身の状態に適したサービスを提供する。 常に利用者様の立場になって考え、安心安全な施設運営に努め る要介護状態の方や障害のある方に対して必要なサービスを行 う。
サービスの提供内容に関する特色	医療機関との連携・協力体制により、医療依存 度の高い方も安心出来る施設を目指す。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" 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 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人とくしげ会 とくしげ在宅クリニック
		住所	名古屋市緑区徳重 5-415
		診療科目	内科 精神科 皮膚科 呼吸器科 循環器科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	山田歯科	
	住所	豊田市井上町 11-8-17	
	協力内容	訪問診療	

(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	1 一時介護室へ移る場合 2 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
	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			
契約の解除の内容	<p>以下の場合には3ヶ月の予告期間において契約を解除することがあります。</p> <p>①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。</p> <p>②毎月の利用料その他の費用の支払いをしばしば滞納する時。</p> <p>③入居者の行為が、他の入居者の生命または自由もしくは財産に危害を及ぼす可能性があり、かつ入居者に対して通常の介護方法ではこれを防止出来ない時。</p> <p>契約者は将来に向かって解約しようとする場合は、事業所に対して30日間の予告期間を設けこの契約の解約を書面をもって通告するものとする。この予告期間の満了日の経過をもってこの契約が終了するものとする。</p> <p>④契約書第19条に違反すること。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第28条	
	解約予告期間	3ヶ月	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居の内容	1 <input type="checkbox"/> あり (内容: 一泊5,000円 食事代を含む (税別) 最長3日)		
	2 なし		
入居定員	19人		
その他			

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と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

（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		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	11	7	4	
看護職員	2	1	1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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	3		
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	6	2	
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	2	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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 16時～ 翌9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0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 <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		介護職員初任者研修					
			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			3	3				
前年度1年間の退職者数				4				
応じた業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に	1年未満		1					
	1年以上			1				
	3年未満							
	3年以上			2	1			
	5年未満							
	5年以上				1			
	10年未満							
10年以上								
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

(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 checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 減額なし 2 日割り計算で減額(入居後すぐに退去される 場合、家賃は日割り計算と致します。) 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 条件	入居契約書 第4章

の改定	手続き	運営懇談会の意見を聞いた上で入居者及び身元引受人等へ事前に通知し行います。
-----	-----	---------------------------------------

(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5	
	年齢	76歳	77歳	
居室の状況	床面積	13.7 m <sup>2</sup>	13.7 m <sup>2</sup>	
	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	
	入居申込金	100,000円	100,000円	
	入居事務手数料(契約書作成料)	円	円	
月額費用の合計		123,200円	87,200円	
家賃		55,000円	55,000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	36,000円	0円
		管理費	21,200円	21,200円
		水道・光熱費	11,000円	11,000円
			円	円
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	家賃 55,000円
入居申込金	※別紙参照 居室の準備 リネンの手配 食事業者への依頼等 100,000円
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	施設管理 5,000円、施設職員人件費 16,200円
食費	1日3食:1,200円 1か月30日:36,000円(消費税込)
光熱水費	11,000円
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る場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護 <sup>※</sup> に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護 <sup>※</sup> 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	9
	女性	9
年齢別	65歳未満	0
	65歳以上75歳未満	5
	75歳以上85歳未満	7
	85歳以上	6
要介護度別	自立	
	要支援1	

	要支援 2	
	要介護 1	
	要介護 2	2
	要介護 3	5
	要介護 4	8
	要介護 5	3
入居期間別	6ヶ月未満	2
	6ヶ月以上1年未満	1
	1年以上5年未満	15
	5年以上10年未満	
	10年以上15年未満	
	15年以上	

(入居者の属性)

平均年齢	80.9
入居者数 <sup>※</sup> の合計	18
入居率 <sup>※※</sup>	0.9
<p>※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。</p> <p>※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。</p>	

(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	3人
	死亡者	3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)
生前解約の状況	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

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		苦情受付窓口
電話番号		052-769-6155
対応している時間	平日	午前9時から午後5時まで
	土曜	午前9時から午後5時まで
	日曜・祝日	
定休日		

(外部の苦情処理機関)

窓口の名称		豊田市役所 介護保険課
電話番号		0565-34-6634
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		年末年始等

(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	業務上起こる怪我等の損害に対して賠償責任を負担：損保ジャパン日本興亜
	2	<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	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	管理者の指導のもと連携医療機関、ご家族へ連絡をとる
	2	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	あり	実施日	
			結果の開示	1 あり 2 なし
	2	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

0. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1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: ) 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
<input checked="" type="checkbox"/> 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（事業者が運営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。

添 1 事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業

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	ヘルパーステーションはーと 介護24はーと	豊田市渋谷町3丁目37-4 名古屋市名東区引山三丁目716番地
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		
通所介護	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	メディカルイーライフ	名古屋市名東区引山三丁目716番地
特定福祉用具販売	あり	なし	メディカルイーライフ	名古屋市名東区引山三丁目716番地
<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	ケアプランセンターはーと	名古屋市名東区引山三丁目716番地
<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	ヘルパーステーションはーと 介護24はーと	豊田市渋谷町三丁目37-4 名古屋市名東区引山三丁目716番地
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	メディカルイーライフ	名古屋市名東区引山三丁目716番地
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	メディカルイーライフ	名古屋市名東区引山三丁目716番地
<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		
<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		

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有無の一覧表<sup>(※1)</sup>

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
有料老人ホームが実施するサービス (介護保険外のサービス)		月額利用料 等を含む <sup>(※)</sup>	その割増徴 収 <sup>(※)</sup>
		料金 <sup>(※4)</sup>	備考
<b>介護サービス</b>			
食事介助	なし	あり	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	
おむつ代	なし	あり	実費徴収
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	必要に応じて対応
特浴介助	なし	あり	必要に応じて対応
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	必要に応じて対応
機能訓練	なし	あり	
通院介助	なし	あり	1時間 2600円
<b>生活サービス</b>			
居室清掃	なし	あり	
リネン交換	なし	あり	200円/日
日常の洗濯	なし	あり	
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	実費
買い物代行	なし	あり	1時間 2600円
役所手続き代行	なし	あり	1時間 2600円
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
健康相談	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	
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	1時間 2600円
入退院時の同行	なし	あり	1時間 2600円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	1時間 2600円
入院中の見舞い訪問	なし	あり	1時間 2600円
<b>その他</b>			
巡回	なし	あり	必要な方のみ
緊急時対応（ナースコール等）	なし	あり	

※1：併設する介護保険事業所等により提供するサービスは記載しない。自立、要支援、要介護で提供するサービスが異なる場合は、それぞれについてサービスの一覧表を作成する。

(項目自体を削除することでも可)。

※ 3 : 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは月額の前払いのサービス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。

※ 4 : 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。