

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	田中寅生
所属・職名	施設長

1. 設置者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ よねす 有限会社 ヨネス	
主たる事務所の所在地	〒471-0025 豊田市西町一丁目 16 番地	
連絡先	電話番号	0565-32-5274
	FAX番号	0565-33-8383
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	河合福子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和47年8月8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	(フリガナ) ユウリョウロウジンホーム ラルガヴィーダ 有料老人ホーム ラルガヴィーダ	
所在地	〒471-0025 豊田市西町六丁目 2 番地 8	
主な利用交通手段	最寄駅	名鉄「豊田市駅」、愛知環状鉄道「新豊田駅」
	交通手段と所要時間	①名鉄「豊田市駅」より ・徒歩 3 分 ②愛知環状鉄道「新豊田駅」より ・徒歩 2 分

連絡先	電話番号	0565-32-1165
	FAX番号	0565-47-8989
	ホームページアドレス	http://www.largavida.jp
管理者	氏名	田中寅生
	職名	施設長
建物の竣工日		平成18年10月31日
有料老人ホーム事業の開始日		平成18年12月1日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	2373002068
	指定した自治体名	豊田市
	事業所の指定日	平成19年1月1日
	指定の更新日（直近）	平成31年1月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	999.5 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成28年12月1日～平成48年11月3日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	6,290.8 m ²
		うち、老人ホーム部分	5,531.5 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
3 その他 ()			
構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 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			
		最多	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	22.92 m ²	33	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	35.45 m ²	18	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	48.16 m ²	5	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	20.43 m ²	30	介護居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	42.09 m ²	1	介護居室個室
タイプ6	有/無	有/無	m ²			
※「一般居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」「一時介護室相部屋」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	17ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	12ヶ所		
	共用浴室	37ヶ所	個室	32ヶ所		
			大浴場	5ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
その他	ハートビル法に準拠				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の尊厳を守り、その人らしさを大切にしてください。また快適で心身ともに充実し安定した生活を営むことができるようにいたします。					
サービスの提供内容に関する特色	特定施設は2対1の人員配置で、看護師が24時間常駐いたします。当ホームは駅が近く、交通の便が良いため、入居者の外出はもちろんご家族の行き来がしやすい立地です。また周りには図書館、コンサートホール、美術館、百貨店などがあり外出の機会を多く持つことができ、地域との交流がもてます。手話通訳のボランティアの方もお手伝いいただいております。					
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
食事の提供	1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2	委託	3	なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提 供体制強化	(I)イ	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(I)ロ	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	

	加算	(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) 2 : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 ()		
協力医療機関	1	名称	豊田厚生病院
		住所	豊田市浄水町伊保原 500-1
		診療科目	総合病院
		協力内容	外来診察、入院受入、検査等
	2	名称	三九朗病院
		住所	豊田市小坂町 7-80
		診療科目	内科、整形外科、リハビリテーション科ほか
		協力内容	外来診察、入院受入、検査等
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

(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	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 ()
判断基準の内容	入居者の心身状況、他の入居者への適応状況などにより必要と認められる場合に、他の介護居室に移動をお願いする場合があります。この場合医師の判断に基づき、入居者本人又は身元引受人の合意を得て行います。
手続きの内容	居室変更届
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い	居室利用権が一般居室から介護居室へ変更となります。入居一時金の未償却残高がある場合には調整を行います。
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との	面積の増減
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし

仕様の変更	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(変更内容) 床とベッドの仕様が異なります。		
		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					
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入居契約書に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居したとき。</p> <p>②管理費その他の費用の支払いを 3 ヶ月以上遅滞したとき。</p> <p>③建物、付属設備または敷地を故意又は重大な過失により破損したとき。</p> <p>④行動が他の利用者の生活に重大な影響を及ぼすとき。</p> <p>なお入居者が契約を解除しようとする時は 30 日以上の予告期間が必要です。</p>				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 35 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (内容 : 1 泊 2 食付 4,750 円 (+税) 介護付きパック 1 泊 2 食付 9,500 円 (+税) (最長 7 日))			
	2	なし			
入居定員	97 人				
その他					

5. 職員体制

(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		0.5
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	20	16	4	15.6
介護職員	12	9	3	8.4
看護職員	8	7	1	7.5
機能訓練指導員	1	0		0.1
計画作成担当者	(1)	(1)		(1)
管理栄養士	1	1		1
調理員				
事務員	2	2		2
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	8	2	10
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1	0	1
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	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 (19時～6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	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)	2.1 : 1 (29.0 : 15.6)

※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	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	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			1		1						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1			1						
	1年以上 3年未満			1							
	3年以上 5年未満			1	1						
	5年以上 10年未満	4	1	5	1			1			
	10年以上	2		2		1				(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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	人件費や物価の変動等により、管理費、食費、その他サービス利用料等の費用の額を改定する必要が生じた場合は、甲は愛知県における消費者物価指数および人件費等を勘案し、
	手続き	事前に運営懇談会を通して説明し同意を得た上で、料金を改定できるものとする。

(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	なし	要介護2
	年齢	70歳	80歳
居室の状況	床面積	35.45㎡	20.43㎡
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	22,300,000円	12,200,000円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		147,730円	247,430円
家賃		0円	0円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		94,250円
	外※ ² 保険 介護	食費	58,800円
		管理費	83,710円
		83,710円	83,710円

	介護費用	0円	0円
	光熱水費	5,000円	10,450円
	その他	220円	220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	なし
敷金	なし
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	施設運営のために必要な人件費、維持管理費 ※当月分の管理費は、前月にお支払いいただきます。
食費	朝食 400円 (+税)、昼食 600円 (+税)、夕食 800円 (+税) 喫食数に応じてお支払いいただきます。
光熱水費	住宅型：実費 介護型：9,500円 (+税)
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	TV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)

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	介護報酬の告示上の額とし、当該特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。
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）	「上乘せ介護費」介護保険基準を上回る手厚い人員配置による介護サービス費（2：1以上）

※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。

(前払金の受領)

算定根拠		家賃相当額 ※ただし償却期間を超えた場合の追加金はありません。
想定居住期間（償却年月数）		住宅型：10年 介護型：5年
償却の開始日		入居開始日
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）		なし
初期償却率		15%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居開始日から90日以内において契約が終了した場合には、有料老人ホームラルガヴィーダ入居契約書（以下「入居契約書」）第39条（返還金）の規定にかかわらず、居室明け渡し日までの利用料の対価として、入居契約書第17条（管理運営に係る費用）から第22条（その他の費用）に定める費用を甲に支払うことで契約を終了できるものとしします。 ただし、目的施設及び什器備品について、入居者又はその来訪者の責任に帰すべき事由により、汚損又は破損、若しくは滅失その他原状を変更した場合には、直ちに原状に復するか又は代価を支払うものとしします。
	入居後3月を超えた契約終了	住宅型：入居一時金×0.85×（120月－入居月数）÷120月 介護型：入居一時金×0.85×（60月－入居月数）÷60月
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	愛知銀行
	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	20人
	女性	38人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	16人
	85歳以上	38人
要介護度別	自立	18人
	要支援 1	2人
	要支援 2	3人
	要介護 1	12人
	要介護 2	7人
	要介護 3	6人
	要介護 4	7人
	要介護 5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	17人
	5年以上 10年未満	12人
	10年以上 15年未満	9人
	15年以上	16人

(入居者の属性)

平均年齢	85.5歳
入居者数※の合計	58人
入居率※※	59%
豊田市外からの転入者数 (豊田市外住民登録者を含む)	人

※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。

※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人

	医療機関	0人
	死亡者	4人
	その他	0人
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	0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		ラルガヴィーダ相談窓口
電話番号		0565-32-1165
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし

(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
窓口の名称		愛知県国民健康保険連合会 介護保険課
電話番号		052-962-1307
対応している時間	平日	9:15~17:15
	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)

害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 施設賠償責任保険
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 施設賠償責任保険
	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	2019/9/25
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2019/6/26
		評価機関名称	介護相談・地域づくり連絡会
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 12 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
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（事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業）
別添2（有料老人ホームが提供するサービスの一覧表）

※ 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
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーション ラルガヴィー ーダ	豊田市西町六丁目2番地8
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		
<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	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		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーション ラルガヴィー ーダ	豊田市西町六丁目2番地8
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		
<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	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 有料老人ホームが提供するサービスの一覧表※1

①一般居室（自立）

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
介護サービス	特定施設入居者生活介護（介護保険外のサービス） （利用者一部負担※2）	有料老人ホームが実施するサービス （介保以外のサービス）	月額利用料 等を含む※3	その都度徴収※3	料金※4	備考
排泄介助・おむつ交換	あり	あり		○		見守り 522円、介助 1045円
おむつ代				○		実費徴収
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	あり		○		一般浴（見守り）522円（介助）1045円 清拭（部分）1045円（全身）2090円
特浴介助	あり	あり		○		1回 2090円
身辺介助（移動・着替え等）	あり	あり		○		起床・就寝（見守り）522円（介助）1045円 体位交換1回 313円 居室からの移動（見守り）522円（介助）1045円 衣服の着脱（見守り）522円（介助）1045円 身だしなみ介助（見守り）522円（介助）1045円
機能訓練	あり	あり		○		30分 2612円
通院介助	あり	あり		○		30分 522円、交通費別途
生活サービス						
居室清掃	あり	あり		○		1回 1045円
リネン交換	あり	あり	○			週1回交換
日常の洗濯	あり	あり		○		1回 1045円（4kgまで）
居室配膳・下膳	あり	あり		○		1回 313円
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	あり		○		実費徴収
おやつ	あり	あり		○		実費徴収
理美容師による理美容サービス	あり	あり		○		2000円～
買い物代行	あり	あり		○		30分 522円 交通費実費
役所手続き代行	あり	あり		○		月1回指定日、それ以外は1時間 1045円
金銭・貯金管理	あり	あり		○		
健康管理サービス						
定期健康診断	あり	あり	○			年2回、それ以外は別途負担
健康相談	あり	あり	○			週1回
生活指導・栄養指導	あり	あり	○			必要に応じ随時
服薬支援	あり	あり	○			1月 15000円
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	あり	○			必要に応じ随時

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	○	○			1時間 1567円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○			生活サービスに準ずる
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○			必要に応じ随時
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○			
その他									
巡回	なし	あり	なし	あり	○				昼間 7:30~21:00 4時間毎に巡回 夜間 21:00~7:30 4時間毎に巡回
緊急時対応 (ナースコール等)	なし	あり	なし	あり	○				24時間対応

②一般居室 (要支援 1・2、要介護 I～V 区分)

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	なし	あり	その都度徴収 ^{※3}	月額利用料等を含む ^{※3}	月額利用料	その都度徴収 ^{※3}	料金 ^{※1}	備考
介護サービス										
食事介助	なし	あり	なし	あり	○					見守り 522円、介助 1045円
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○					見守り 522円、介助 1045円
おむつ代	なし	あり	なし	あり	○					実費徴収
入浴 (一般浴) 介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○					一般浴 (見守り) 522円 (介助) 1045円 清拭 (部分) 1045円 (全身) 2090円
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○					1回 2090円
身辺介助 (移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	○					起床・就寝 (見守り) 522円 (介助) 1045円 体位交換 1回 313円 居室からの移動 (見守り) 522円 (介助) 1045円
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○					衣服の着脱 (見守り) 522円 (介助) 1045円
通院介助	なし	あり	なし	あり	○					身だしなみ介助 (見守り) 522円 (介助) 1045円
生活サービス										
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○					30分 2612円
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○					30分 522円、交通費別途
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○					1回 1045円 (4kgまで)
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○					1回 313円
入居者の嗜好に添じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	○					実費徴収
おやつ	なし	あり	なし	あり	○					実費徴収
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	○					2000円～
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○					30分 522円 交通費実費

役所手続き代行 金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	あり	あり	○	○	月1回指定日、それ以外は1時間1045円
健康管理サービス									
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	あり	あり	○	○	年2回、それ以外は別途負担
健康相談	なし	あり	なし	あり	あり	あり	○	○	週1回
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	あり	あり	○	○	必要に応じ随時
服薬支援	なし	あり	なし	あり	あり	あり	○	○	1月15000円
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	あり	あり	○	○	必要に応じ随時
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	あり	あり	○	○	I時間1567円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	あり	あり	○	○	生活サービスに準ずる
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	あり	あり	○	○	必要に応じ随時
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	あり	あり	○	○	
その他									
巡回	なし	あり	なし	あり	あり	あり	○	○	昼間7:30~21:00 3時間毎に巡回 夜間21:00~7:30 2時間毎に巡回
緊急時対応(ナースコール等)	なし	あり	なし	あり	あり	あり	○	○	24時間対応

③介護居室(要支援1・2、要介護I~V区分)

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	有料老人ホームが実施するサービス		その都度徴収		備考
	月額利用料等を含む	サービス	その都度徴収	料金	
特定施設入居者生活介護(利用者一部負担※2)で、実施するサービス(介護保険外のサービス)					
食事介助	なし	あり	なし		見守り又は一部及び全介助
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし		一部若しくは全介助
おむつ代	なし	あり	なし	○	実費
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし		週3回以上ADLに応じて一般浴若しくは特浴介助
特浴介助	なし	あり	なし		週3回以上ADLに応じて一般浴若しくは特浴介助
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし		一部若しくは全介助
機能訓練	なし	あり	なし		週2回以上身体状況に応じた訓練
通院介助	なし	あり	なし	○	提携外病院への付添い 30分783円 交通費別途
生活サービス					
居室清掃	なし	あり	なし		毎日
リネン交換	なし	あり	なし		週1回
日常の洗濯	なし	あり	なし	○	週2回、それ以外1回1045円(4kgまで)

居室配膳・下膳 入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ 理美容師による理美容サービス 買い物代行 役所手続き代行 金銭・貯金管理	なし あり あり あり あり あり	なし なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり あり	あり あり あり あり あり あり	なし なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり あり	○ ○ ○ ○ ○ ○	実費徴収 毎日 2000円～ 通常の利用区域 週1回、 それ以外の区域 30分 522円 交通費実費 月1回 指定日、それ以外は1時間 1045円 必要に応じ随時
健康管理サービス	なし	なし	あり	あり	なし	あり	○	年2回、それ以外は別途負担 週1回 必要に応じ随時 必要に応じ随時 必要に応じ随時
定期健康診断 健康相談 生活指導・栄養指導 服薬支援 生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし あり あり あり あり	なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり	あり あり あり あり あり	なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり		
入院時・入院中のサービス	なし	なし	あり	あり	なし	あり		
移送サービス	なし	なし	あり	あり	なし	あり		
入院時の同行	なし	なし	あり	あり	なし	あり	○	協力医療機関への付添い 協力医療機関以外への同行は1時間 1567円 協力医療機関以外の場合は生活サービスに準 ずる
入院中の洗濯物交換・買い物 入院中の見舞い訪問	なし	なし	あり	あり	なし	あり	○	必要に応じ随時
その他								
巡回 緊急時対応(ナースコール等)	なし なし	なし なし	あり あり	あり あり	なし なし	あり あり		昼間 7:30～21:00 3時間毎に巡回 夜間 21:00～7:30 2時間毎に巡回 24時間対応

※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。

※2：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)。住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームについては「なし」と記載する(項目自体を削除したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは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比べて、いずれかかの欄に○を記入する。

※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比べて、いずれかかの欄に○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。