

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	-5.7.-1
-------	---------

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) かぶしきがいしゃ わらべうた 株式会社 わらべうた	
主たる事務所の所在地	〒370-2454 群馬県富岡市田島 268-1	
連絡先	電話番号	0274-67-7015
	FAX番号	0274-67-7597
	ホームページアドレス	URLwww.warabeuta.ne.jp
	メールアドレス	warabeuta@chorus.ocn.ne.jp
代表者	氏名	田島寿人
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 24年 6月 6日	
主な実施事業	※別添1 (別を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) かいごつきゆうりょうろうじんほうむ わらべうたみやぎき 介護付き有料老人ホーム わらべうた宮崎	
所在地	〒370-2453 群馬県富岡市宮崎 429-1	
主な利用交通手段	最寄駅	上信電鉄 上州一ノ宮駅
	交通手段と所要時間	① 電車利用の場合 ・上信電鉄で上州一ノ宮駅より、タクシー で10分 ② 自動車利用の場合 ・上信越道の富岡ICより15分
連絡先	電話番号	0274-64-1771
	FAX番号	0274-64-2777
	ホームページアドレス	URLwww.warabeuta.ne.jp
	メールアドレス	warabeuta-kudou@outlook.jp
管理者	氏名	工藤幸子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 30年 5月 25日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30年 6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 住宅型		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1071000994
	指定した自治体名	群馬県県(市)
	事業所の指定日	平成30年 6月 1日
	指定の更新日(直近)	平成30年 6月 1日

(特記事項)

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 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 3 不要※
※ 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	

(併設介護保険事業所等の概要) ※併設する介護保険事業所等がない場合は省略可能

併設介護 保険事業 所等	1	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	2	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	3	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	4	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	5	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地

3. 建物概要

土地	敷地面積	3 1 9 8 . 0 4 m ²				
	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				
		借地権の種類	1 普通借地権	2 定期借地権		
		抵当権の有無	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				
建物	延床面積	全体	1 7 9 4 . 8 4 m ²			
		うち有料老人ホーム部分	1 7 9 4 . 8 4 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の2)				
		2 準耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の3)				
		3 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
3 木造						
4 その他 ()						
建物階数	2階建て (うち有料老人ホーム部分 1階~2階)					
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	13.66 m ²	50	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	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	1ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	2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 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	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						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	ホームは、利用者に対して、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の便宜、通院時及び退院後の療養上の便宜を図ることにより利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援すると共に、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場にたったサービスの提供に努力し、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	認知症の方でも利用しやすいよう配慮したサービス提供を行う。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	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	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	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	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	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
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし
	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
	看取り介護加算	1 あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I) (II) なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ (I)ロ (II) (III) なし
	介護職員処遇改善加算	(I) (II) (III) (IV) (V) 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		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	富岡総合病院
		住所	群馬県富岡市富岡 2073-1
		診療科目	内科
		協力内容	受診
	2	名称	七日市病院
		住所	群馬県富岡市七日市 643
		診療科目	内科
		協力内容	受診、往診
協力歯科医療機関		名称	カズデンタルオフィス
		住所	群馬県甘楽郡甘楽町小幡中道 175-1
		協力内容	受診、往診

(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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 (別の介護居室に移る場合)
判断基準の内容	<p>入居者に対してより適切な介護等を提供するために必要と判断する場合には、入居契約に基づくサービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。</p> <p>長期にわたり日常的に介護が必要になり、継続的に介護が必要とされる場合には、本人同意の上、居室を移動していただきます。</p>
手続の内容	<p>居室の住替えを行う場合には、以下の全ての手続を行います。それぞれの手続きは書面にて確認します。</p> <p>① 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察機関を設ける。</p> <p>② 入居者の権利や費用の額等に関し本契約に重大な変更が生じる場合には、住替え後の居室及び権利の変動、居室の専有面積の変更に伴う費用負担の増減又は費用調達の有無、提供する介護等の変更内容等について入居者及び身元引受人に説明を行う。</p> <p>③ 入居者の同意を得る。</p>
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

居室利用権の取扱い	居室を移る場合は、当初入居した居室の利用に関する権利は消滅し、新たな居室の利用に関する権利が発生します。		
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	(変更内容)
		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 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
入居対象となる者の年齢	65 歳以上		
留意事項			
契約の解除の内容	入居契約書第 28 条		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 28 条	
	解約予告期間	90 日	
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:通常の入居者と同じ生活を送ることができます。 ただし、空室がない場合は不可。最長 7 泊 8 日) <input type="checkbox"/> 2 なし		
体験入居の費用	室 料 : 2,200 円/日 食 費 : 400 円/1 食 水道光熱費 : 800 円/日		
入居定員	50 人		
その他			

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（併設介護保険事業所等など同一法人が運営する他の事業所の職員については記載しないでください。）。

（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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	22	11	11	16.3
介護職員	19	9	10	15.4
看護職員	4	2	1	2.5
機能訓練指導員	1		1	0.75
計画作成担当者	2	1	1	1.2
栄養士				
調理員	8		8	1.78
事務員	1	1		1.0
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
※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	4	
実務者研修の修了者		1	
初任者研修の修了者			
介護支援専門員	1	1	

(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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (21 時～ 7 時)		
	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	2 人	2 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)	3 : 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		2 なし		
	業務に係る資格等					1 あり				
	資格等の名称					介護福祉士				
	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			1							
前年度1年間の退職者数			1							
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満									
	1年以上 3年未満		1	5	4	1		1	1	1
	3年以上 5年未満	2		4	6					
	5年以上 10年未満			2						
	10年以上									
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】	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 入居契約書第 26 条の通り
	手続 入居契約書第 28 条の通り

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン 1		
入居者の状 況	要介護度	要介護 1		
	年齢	82 歳	歳	
居室の状況	床面積	13.66 m ²	m ²	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0 円	円	
	敷金	0 円	円	
月額費用の合計		125,000 円	円	
家賃		47,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	15,990 円/月(30 日で計算)	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	36,000 円	円
		管理費	30,000 円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	12,000 円	円
その他	医療費、消耗品等円	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	47,000円 近傍の有料老人ホームの家賃の平均額
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	30,000円 共用部分の維持費・修繕費、人件費その他の費用
食費	朝 400円、昼 400円、夜 400円、1日 1,200円×30日=36,000円
光熱水費	12,000円 電気料金、水道料金（総費用を定員数で除した金額）
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	理容室代、個人で使用する生活必需品

（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	基本報酬、P6（介護サービスの内容）に記載する加算の利用負担額
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（上乘せサービス）	上掲
※ 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人
	女性	38人
年齢別	60歳未満	1人
	60歳以上 65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上 90歳未満	16人
	90歳以上 95歳未満	18人
	95歳以上 100歳未満	5人
	100歳以上	1人
要介護度別	自立	1人
	要支援 1	3人
	要支援 2	7人
	要介護 1	6人
	要介護 2	6人
	要介護 3	10人
	要介護 4	9人
	要介護 5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上 1年未満	11人
	1年以上 5年未満	30人
	5年以上 10年未満	1人
	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	1人
入居時の住所地	市内	38人
	県内の他の市町村	6人
	県外	3人

(入居者の属性)

平均年齢	89.9歳
入居者数の合計	47人
入居率*	94%

※ 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	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	9人
	死亡者	6人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申出	12人
		(解約事由の例) 傷病の悪化に伴い、当施設への退院が困難となってしまった為。

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		苦情相談担当
電話番号		0274-64-1771
対応している時間	平日	10:00~17:00
	土曜	10:00~17:00
	日曜・祝日	10:00~17:00
定休日		なし

窓口の名称		県庁介護高齢課
電話番号		027-226-2566
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、年末年始(12/30~1/3)

(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	1 あり	施設・事業活動遂行事故 (上限 2 億円) 生産物・完成作業事故 (上限 5,000 万円) 管理下財物事故 (上限 500 万円)
	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	1 あり	事故対応費用 (上限 500 万円)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	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	1 あり	実施日	意見箱を設置	
		結果の開示	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
	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	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	2 入居希望者に交付	3 公開していない
重要事項説明書	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	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	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	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	1 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 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 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		
(公社) 全国有料老人ホーム 協会への加入	1 あり	2 なし

添付書類：別添1（別を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）

介護付き有料老人ホームわらべうた宮崎の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の利用にあたり、契約書及び本書の説明し、併せて契約書及び本書に基づいて重要事項の同意を得て交付した。

※_____様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名_____印

介護付き有料老人ホームわらべうた宮崎の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の利用にあたり、契約書及び本書の交付を受け、併せて契約書及び本書に基づいて重要事項の説明を受け同意する。

同意年月日 平成 年 月 日

利用者氏名_____印

代理人_____印

※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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核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
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
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	デイサービス わらべうた	富岡市田島268-1
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		
地域密着型通所介護	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		
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	デイサービス わらべうた	富岡市田島268-1
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		
介護医療院	あり	なし		

別添 2

有料老人ホーム・サービスクラ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 （利用者負担が全額負担）	個別の利用料で、実施するサービス			備考
	包含 ^{※1}	都度 ^{※2}	料金 ^{※3}	
介護サービス				
食事介助	あり	なし	あり	
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	
おむつ代	あり	なし	あり	パット 50円/1枚紙ハンツ 250円/1枚オムツ 200円/1枚
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	
特浴介助	あり	なし	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	
機能訓練	あり	なし	あり	
通院介助	あり	なし	あり	市外であれば 2,000円/1回（市内は無料）
生活サービス				
居室清掃	あり	なし	あり	
リネン交換	あり	なし	あり	
日常の洗濯	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり	実費
おやつ	あり	なし	あり	実費
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり	500円/1回
買物代行	あり	なし	あり	500円/1回
役所手続代行	あり	なし	あり	金銭の管理は原則行いません。
金銭・貯金管理	あり	なし	あり	
健康管理サービス				
定期健康診断	あり	なし	あり	実費
健康相談	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	
服薬支援	あり	なし	あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり	
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	あり	なし	あり	市外 1,000円/1回
入退院時の同行	あり	なし	あり	市外 1,000円/1回
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	市外 1,000円/1回
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	市外 1,000円/1回

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割から3割までの利用者負担）。
 ※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に○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。