

## 重要事項説明書

記入年月日	令和6年8月16日
記入者名	川内浩嗣
所属・職名	事務

## 1. 事業主体概要

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) ゆうげんがいしゃえくせるえむ 有限会社エクセルエム	
主たる事務所の所在地	〒780-0870	
連絡先	電話番号	088-802-2727
	FAX番号	088-802-2827
	ホームページアドレス	http://www.excel-m.co.jp/
代表者	氏名	南 範子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成・令和 9年 7月 7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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくさうすう いらほんまち サービス付き高齢者向け住宅サウスヴィラ本町	
所在地	〒780-0870 高知市本町3丁目6番27号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	とさでん交通電車・バス利用の場合 ・高知城前停留所より徒歩5分
連絡先	電話番号	088-802-2727
	FAX番号	088-802-2827
	ホームページアドレス	http://www.excel-m.co.jp/
管理者	氏名	南 範子
	職名	代表取締役
建物の竣工日		昭和・平成・令和 26年 3月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 26年 4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	
	指定した自治体名	市
	事業所の指定日	平成・令和 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成・令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2755.14 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	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	1950.741 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1265.241 m <sup>2</sup>
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 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 ( )	
	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 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )	
		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 (縁故者居室を含む)	
		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*
A-1 タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.04 m <sup>2</sup>	21	一般居室個室
A-2 タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	22.72 m <sup>2</sup>	3	一般居室個室
A-3 タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	22.90 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
B-1 タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	36.18 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
B-2 タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	30.65 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
B-3 タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	44.63 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室

※「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。

共有施設	共有便所における便房	1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	1ヶ所
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0ヶ所
			その他 ( )	0ヶ所
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし		
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	スプリンクラー	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他 (食堂・談話室)
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部なし
3 なし	3 なし	3 なし	3 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	入居されている方の日々の生活の安否確認・状況把握・生活支援などのサービスを提供し、健康で快適なシルバーライフを過ごしていただけるサービス付き高齢者向け住宅です。 ご希望に応じた介護保険適用外のリクエストサービスも提供させていただきます。また入居された方の介護が必要となり、どんな状態になっても最後まで住み続けることが出来るよう、介護付きフロアを準備して24時間体制でお世話させていただきます。すべての相談からサービスの提供まで、円滑にサポートいたします。
サービスの提供内容に関する特色	
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)	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	
介護職員処遇改善加算	(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 あり 2 なし
	介護職員等 特定処遇改 善加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	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		<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 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人 南会 南病院
		住所	高知市本町3丁目6-28
		診療科目	内科一般(内分泌・消化器・呼吸器・循環器) リハビリテーション科・放射線科
		協力科目	内科、循環器内科、消化器科、リハビリテーション科、 放射線科
		協力内容	定期受診、訪問診療
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) ※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 ( 自立フロアから要介護フロアへ移る )	
判断基準の内容		要介護状態の変化	
手続きの内容		退居手続き後、新規に要介護フロア居室の契約をいただきます	
追加的費用の有無		1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 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
留意事項	入居契約書に記載するとおり		
契約の解除の内容	入居契約書に記載するとおり		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書 第11条 (契約の解除)	
	解約予告期間	都度、相当の期間の定めて催告する。	
入居者からの解約予告期間	30 日前		
体験入居の内容	1 あり (内容 : ) 2 なし		
入居定員	32 (37) 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 (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	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	5 (介護職員兼務)	1 (介護職員兼務)	4 (介護職員兼務)	
直接処遇職員				
介護職員	5 (生活相談員兼務)	1 (生活相談員兼務)	4 (生活相談員兼務)	
看護職員				
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 <sup>※2</sup>				
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	1	1	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	4		4
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			
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 ( 17時00分～ 8時30分 )		
	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 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称									
	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						
応じた業務に従事した職員の人数 経験年数に	1年未満		1							
	1年以上				1					
	3年未満									
	3年以上					0				
	5年未満									
	5年以上									
10年未満					3					
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	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 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	入居契約書に記載するとおり
	手続き	

(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4	要支援1	
	年齢	101歳	81歳	
居室の状況	床面積	18.04 m <sup>2</sup>	44.63 m <sup>2</sup>	
	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	-円	-円	
	敷金	165,000円	220,000円	
月額費用の合計		154,000円	214,000円	
家賃		55,000円	110,000円	
サービス費用	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	54,000円	54,000円
		管理費	20,000円	25,000円
		介護費用	-円	-円
		光熱水費	-円	-円
その他	25,000円	25,000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	市街地中心部の立地環境と市内の同様施設を参考にしました。
敷金	①Aタイプは家賃の3ヶ月分（契約が令和3年1月以前の方は2ヶ月分） ②Bタイプは家賃の2ヶ月分
介護費用	介護保険対象外サービス・別紙2に記載
管理費	①共有施設の水道光熱費・事務費・清掃費 ②消防設備・エレベーター・空調機器などの保全管理費
食費	食材費・厨房調理と配膳等の人件費
光熱水費	実費個人負担
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2（サービスの一覧）
その他のサービス利用料	状況把握・生活相談サービス

(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	
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）	
※ 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	5人
	女性	28人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	6人
	85歳以上	27人
要介護度別	自立	6人
	要支援1	1人
	要支援2	0人
	要介護1	4人
	要介護2	2人
	要介護3	6人
	要介護4	7人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	20人
	5年以上10年未満	4人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	91.9歳
入居者数の合計	33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	1人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	5人
	死亡者	0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	6人
		(解約事由の例) ・長期入院の見込み ・自宅の生活を希望 ・他施設の転居 ・施設内の住み替え

## 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		有限会社エクセルエム	高知市役所住宅政策課
電話番号		088-802-2727	088-823-9463
対応している 時間	平日	8:30~17:00	8:30~17:15
	土曜	8:30~17:00	なし
	日曜・祝日	なし	なし
定休日		祝日・年末年始 12/31~1/2	祝日・振替休日・年末年始 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	1 あり	(その内容) 保険会社 東京海上日動火災保険株式会社 保険種別 超ビジネス保険 (事業活動包括保険)
	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	1 あり	(その内容)
	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	
		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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 回 <input type="checkbox"/> 2 なし (新型コロナウイルス感染症の防止対策のため)
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容) <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし
	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: ) <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input 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
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: ) <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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（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 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			併設・隣接の状況	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	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンターライラック	高知市本町3丁目6-27
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

## 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							<input type="checkbox"/>	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1)		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※2	都度※2	料金※3			
介護サービス								
食事介助	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	200	
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	150~200	
おむつ代			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	実費	
入浴(一般浴)介助・清拭	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	1,000	
特浴介助	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
身辺介助(移動・着替え等)	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	300	
機能訓練	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
通院介助	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	300	※付添いができる範囲(高知市)
生活サービス								
居室清掃	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	1,000	
リネン交換	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	上記に含む	
日常の洗濯	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	200	
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input type="checkbox"/>	あり				
おやつ			<input type="checkbox"/>	あり				
理美容師による理美容サービス			<input type="checkbox"/>	あり				
買い物代行	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	200~500	※利用できる範囲(高知市)
役所手続き代行	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	500~1,000	
金銭・貯金管理			なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			
健康管理サービス								
定期健康診断			<input type="checkbox"/>	あり				
健康相談	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
服薬支援	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	100/日	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			
入退院時・入院中のサービス								
入退院時の同行	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	500~2,000	※付添いができる範囲(高知市)
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2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。

※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。