

重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	上原 清志
所属・職名	生活相談員

1. 設置者概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 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 ゆめはな 株式会社 夢花	
主たる事務所の所在地	〒444-0938 岡崎市昭和町字天神 18 番地	
連絡先	電話番号	0564-33-0117
	FAX番号	0564-31-0097
	ホームページアドレス	http://aoitori-home.com/
代表者	氏名	都筑 拓
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成 28年 2月 1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) よっころしよっあおいとり とくていしせつ よっころしよっ青い鳥 特定施設		
所在地	〒444-0938 岡崎市昭和町字天神 18 番地		
主な利用交通手段	最寄駅	JR 西岡崎駅	
	交通手段と所要時間	JR 西岡崎駅より徒歩 5 分	
連絡先	電話番号	0564-64-5271 (特定施設直通)	
	FAX番号	0564-31-0097	
	ホームページアドレス	http://aoitori-home.com/	
管理者	氏名	都筑 拓	
	職名	代表取締役社長	
建物の竣工日		平成	18年 8月
有料老人ホーム事業の開始日		平成	19年 3月 18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	第 2392100083 号	
	指定した自治体名	岡崎市	
	事業所の指定日	平成 20 年 8 月 1 日	
	指定の更新日 (直近)	令和 2 年 8 月 1 日	

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,072 m ²	
	所有関係	1	事業者が自ら所有する土地 (一部あり)
		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 (2014年11月4日~2034年11月3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	1,258.96 m ²

		うち、老人ホーム部分	826.72 m ²			
	耐火構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.13 m ²	6	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.91 m ²	9	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.64 m ²	2	介護居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.42 m ²	2	介護居室個室
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.70 m ²	2	介護居室個室
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	m ²			
※「介護居室個室」「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	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他 (ミスト噴射式の機械浴)			1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	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
緊急通報装置等	居室	1	全ての居室あり	2 なし
	便所	1	全ての便所あり	2 なし
	浴室	1	全ての浴室あり	2 なし
	その他			
その他				

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	入居者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るよう、入浴・排泄・食事等、日常生活の介護をします。 又、機能訓練により、入居者の心身機能の維持向上と共に、入居者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。
サービスの提供内容に関する特色	家庭的な雰囲気の中で、個性に合わせたサービス提供
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	(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
	個別機能訓練加算	(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
	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	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	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
	科学的介護推進体制加算		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	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	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)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
		(III)	1	あり	2	なし
	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
(III)		1	あり	2	なし	
(IV)		1	あり	2	なし	
(V)		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) 2 : 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	やはぎ医院
		住所	岡崎市暮戸町南川畔 36
		診療科目	内科・消化器科・アレルギー科・リハビリテーション科
		協力内容	月 1 回の往診及び日常の健康相談、年 1 回の健康診断(医療費等は入居者の自己負担)
	2	名称	岡崎駅はるさきクリニック
		住所	岡崎市針崎町字東 67-8
		診療科目	心療内科・精神科・認知症
		協力内容	定期往診診療（必要に応じて）/月 2 回 日常生活における健康相談
	3	名称	いしぐろ在宅診療所
		住所	岡崎市筒針町字池田 103-3
		診療科目	内科
		協力内容	定期往診診療（必要に応じて）、点滴治療・緩和ケア・看取り対応
協力歯科医療機関		名称	シバタ歯科
		住所	岡崎市羽根西 2 丁目 6 番地 7
		協力内容	訪問診療（必要に応じて）

(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 <input type="checkbox"/> その他（ 介護居室から介護居室へ移る場合 ）		
判断基準の内容	心身状況の変化等に伴う各フロアの平均介護度のバランス調整や職員の人員配置状況にて居室の住み替えを相談する場合あり。		
手続きの内容	特になし		
追加的費用の有無	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし	
居室利用権の取扱い	特になし		
前払金償却の調整の有無	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
	2 <input type="checkbox"/> 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	身元保証人のいる方 入居条件 ※下記の1もしくは2に該当するものである事とする 1. 市の住民登録後3ヶ月を経過している介護保険被保険者である事 2. 市の住民登録後6ヶ月を経過している市民の2親等以内の親族で、かつ本市の介護保険被保険者として2ヶ月を経過している事		
契約の解除の内容	① 甲が死亡したとき ② 乙又は甲のいずれかが契約解除をおこなったとき ③ 要介護認定において自立又は、要支援と認定されたとき		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第27条	
	解約予告期間	状況による	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居の内容	1 あり (内容: 1泊3食 8,000円 最大2泊3日) 2 なし		
入居定員	21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名	1名		0.4
生活相談員	1名	1名		0.2
直接処遇職員	15名	12名	3名	11.2
介護職員	14名	11名	3名	10.2
看護職員	1名	1名		1.0
機能訓練指導員	1名	1名		1.0
計画作成担当者	1名	1名		0.2
栄養士				
調理員	8名	2名	6名	4.3

事務員	3名		3名	2.1
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	10名	8名	2名
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1名	1名	
介護支援専門員	1名	1名	

(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名	1名	
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 (20時～ 7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	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)	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
---	-----------------------	--

合、本欄は省略可能)	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
※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		ヘルパー2級							
	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										
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	1年未満									
	1年以上			3名			1名			
	3年未満									
	3年以上	1名		2名						
	5年未満									
	5年以上			3名	1名	1名				
	10年未満									
10年以上			1名	3名					1名	
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 type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input 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 減額なし 2 <input type="checkbox"/> 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	事前に連絡し、説明報告を行う。
	手続き	同意を得て承諾書を頂く。

(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	介護度 1	介護度 5	
	年齢	70 歳	99 歳	
居室の状況	床面積	21.70 m ²	18.13 m ²	
	便所	1 <input type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input type="checkbox"/> 有 2 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	0 円	0 円	
	敷金	280,000 円	280,000 円	
月額費用の合計		249,723 円	259,246 円	
家賃		70,000 円	70,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	20,562 円	30,085 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	58,500 円	58,500 円
		管理費	63,800 円	63,800 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	22,000 円	22,000 円
人員配置が手厚い場合の介護サービス利用料		15,000 円	15,000 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	平成 25 年度実績より算定 (減価償却費+賃借料+支払利息+修繕関連費+租税公課)÷12ヶ月÷21名(入居者数) (6,963,452+1,641,600+1,803,160+4,604,967+913,680)÷12÷21=63,201

敷金	家賃の4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。
管理費	平成25年度実績より算定 (管理人件費+事務用品費・通信費他諸経費)÷12ヶ月÷21名(入居者数) (6,784,205+5,501,630)÷12÷21=48,753
食費	令和3年度実績より算定 (朝食600円・昼食700円・夕食650円)1ヶ月=30日で計算 (食材費+人件費)÷12ヶ月÷18名(入居者数) (4,075,978+10,146,639)÷12÷18=65,845
光熱水費	平成25年度実績より算定 水道光熱費等÷12ヶ月÷21名(入居者数) (5,020,226)÷12÷21=19,921
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	負担割合証に記載されている割合率による
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)	令和3年度実績より算定 看護・介護職員の人数が居宅サービス基準に基づき算出された人数(当社の場合、入居者21名に対して常勤換算7名)に2名を加えた人数以上である事が条件 時給1,050円×168時間×12ヶ月×2名=4,233,600 4,233,600÷12ヶ月÷18名=19,600
※ 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	%

(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	1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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

1. 窓口の名称		よっころしよっ青い鳥 苦情担当者 上原清志 苦情担当責任者 都筑拓
電話番号		0564-64-5271
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		日曜日
2. 窓口の名称		岡崎市役所福祉部介護保険課給付係
電話番号		0564-23-6682
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土日・祝日・12/29~1/3
3. 窓口の名称		愛知県国民健康保険団体連合会
電話番号		052-971-4165
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土日・祝日・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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	介護事業者賠償責任保障 A タイプ
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	身元引受人又は、緊急連絡先へ連絡 岡崎市へ報告
	2	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 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	2020. 5. 6
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<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	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
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

10. その他

運営懇談会	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度)年 6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
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 事業者が岡崎市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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	よっこらしよっ青い鳥訪問介護～助っ人～	岡崎市昭和町字天神18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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	よっこらしよっ青い鳥デイケア	岡崎市昭和町字天神18番地
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所者生活介護	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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	よっこらしよっ青い鳥居宅介護支援事業所	岡崎市昭和町字天神18番地
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護				
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		
< 介護予防・日常生活支援総合事業 >				
訪問型サービス	あり	なし	よっこらしよっ青い鳥訪問介護～助っ人～	岡崎市昭和町字天神18番地
通所型サービス	あり	なし	よっこらしよっ青い鳥デイサービス	岡崎市昭和町字天神18番地
その他生活支援サービス	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						なし	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）		利用料に含まむ※2	その都度徴収※2	料金※3	備考
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				必要時介助
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				必要時介助
おむつ代			なし	あり	○			実費
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				3回/週
特浴介助	なし	あり	なし	あり				3回/週
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				朝・夕・入浴時介助
機能訓練	なし	あり	なし	あり				毎日身体状況に応じた訓練
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	2,500円		付添介助1回2,500円(協力医以外) ※施設発～到着まで2時間以上は30分毎に500円(含代理受診) 但し18:00～8:00までは30分毎1,000円
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				毎日
リネン交換	なし	あり	なし	あり				1回/2週
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				3回/週
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				毎回
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				希望時
おやつ			なし	あり				希望時
理美容師による理美容サービス			なし	あり				1回/3か月 希望者のみ
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	500円		往復5km以内500円 往復5km以上10km以内1,000円
役所手続き代行 金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				2回/年 1回は市からの特定健診を当て1回は実費
健康相談	なし	あり	なし	あり				看護師により随時
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				看護師・介護員により随時
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				毎日
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	○			付添介助1回2,500円 ※施設発～到着まで2時間以上は30分毎に500円

								円 但し 18:00~8:00 までは 30 毎 1,000 円
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			付添介助 1 回 2,500 円 ※施設発~到着まで 2 時間以上は 30 分毎に 500 円 但し 18:00~8:00 までは 30 毎 1,000 円
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	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○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。