

## 重要事項説明書

記入年月日	2025年11月28日
記入者名	高相 好美
所属・職名	(株)やさしい手

注 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) かぶしきがいしややさしいて 株式会社やさしい手	
法人番号	法人番号有無	有
	法人番号	8013201005965
主たる事務所の所在地	〒153-0044 東京都目黒区大橋 2-24-3 中村ビル 4F	
連絡先	電話番号	03-5433-5513
	FAX番号	03-5433-5527
	メールアドレス	無
	ホームページアドレス	<a href="https://www.yasashiite.com">https://www.yasashiite.com</a>
代表者	氏名	香取幹
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 5年 10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) ぐらんどますとやさしえながの グランドマストやさしえ長野	
所在地	〒381-0034 長野県長野市大字高田 65-1	
主な利用交通手段	最寄駅	長野駅
	交通手段と所要時間	JR 信越本線「長野駅」からバスで10分 降車後徒歩5分
連絡先	電話番号	050-1753-4256
	FAX番号	050-3535-7929
	メールアドレス	grandmast-nagano@yasashiite.com
	ホームページアドレス	https://www.yasashiite.com
管理者	氏名	鈴木 宗文
	職名	管理者
建物の竣工日		2015年 2月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		2015年 3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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	県 (市)
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1,740,61 m <sup>2</sup>	
	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 (普通賃借・定期賃借)	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2015年2月1日～2040年1月31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	1,569,10 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	1,569,10 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物				
	構造	3 その他 ( )				
		1 鉄筋コンクリート造				
<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造						
3 木造						
所有関係	4 その他 ( )					
	1 事業者が自ら所有する建物					
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 ( <input type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借 )					
	抵当権の設定	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2015年02月01日～2040年01月31日)	2 なし			
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
		最大	2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 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.84 m <sup>2</sup>	30	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.02 m <sup>2</sup>	7	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	27.36 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	31.40 m <sup>2</sup>	1	一般居室相部屋
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	31.58 m <sup>2</sup>	1	一般居室相部屋
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
タイプ9	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
※「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	3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	2ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室	3ヶ所		

			大浴場	ヶ所
共用浴室における 介護浴槽		ヶ所	チェアー浴	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	<input 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 type="checkbox"/> 1 あり      2 なし			
エレベーター	1 あり（車椅子対応） <input 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 type="checkbox"/> 1 あり      2 なし		
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし		
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし		
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし		
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし		
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1 あり      2 なし		
緊急通報装 置等	居室	便所	浴室	その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	<input type="checkbox"/> 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	グランドマストやさしえ長野に安心して住み続けられるよう、在宅サービスおよび、在宅医療サービスを複合的に利用いただくためのご支援を行います。
サービスの提供内容に関する特色	個別のアセスメントに基づいた在宅生活支援計画を立案いたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施      2 委託      3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施      2 委託      3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施      2 委託      3 なし
健康管理の供与	<input 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	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	
	(II)	1 あり 2 なし	
	(III)	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	1 救急車の手配
------	----------

※複数選択可		2 入退院の付き添い	
		3 通院介助	
		<input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（必要に応じた訪問診療委の紹介等）	
協力医療機関	1	名称	医療法人愛和会 愛和病院
		住所	長野県長野市大字鶴賀 1044-2
		診療科目	内科外来、産婦人科外来、人間ドック
		協力科目	内科外来、産婦人科外来、人間ドック
		協力内容	地域において在宅医療を支える 24 時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24 時間往診、訪問診療、訪問看護等を提供
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	小出歯科医院
		住所	長野県長野市大字鶴賀七瀬 745-1
		協力内容	歯科治療等の必要に応じた際の協力および緊急時の治療連携、各種研修への協力。

**(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		1 一時介護室へ移る場合
		2 介護居室へ移る場合
		3 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	<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	単身高齢者世帯(「高齢者」は60歳以上の者をいう。)	
契約の解除の内容	① ご入居者、または事業所から解約した場合 ② 天災、公共事業 等の理由により本物件の使用が不可能又は困難となった場合 ③ 乙の責による事由によりサービス提供契約が終了した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	① 本物件の老朽等の事由により、賃料の価格その他の事情に照らし、賃料住宅として維持するのに過分の費用を要するに至った場合 ② 長期間にわたって居住せず、かつ、当面居住する見込みがないことにより、本物件を適正に管理することが困難になった場合等。
	解約予告期間	6ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> 1 あり (内容： ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	42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名		1名
生活相談員			

直接処遇職員				
介護職員				
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名		1名
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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 ( 時～ 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	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					
前年度1年間の退職者数					
し業務に た経に従 験年事	1年未満				
	1年以上				
	3年未満				
	3年以上				

	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況		1 あり 2 なし		採用時に		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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 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	土地又は建物の価格上昇等の経済事情の変動により賃料等が不相当となった場合等	
	手続き	協議による合意	

### (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		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	18.84 m <sup>2</sup>	31.40 m <sup>2</sup>
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無

	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	174000 円	231000 円	
月額費用の合計		166350 円	276700 円	
家賃(非課税)		58000 円	77000 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(税込)	55050 円	110100 円(※2 人分費用)
		管理費(共益費※非課税)	17000 円	17000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費(共益費に含む)	円	円
その他(生活支援サービス費)		36300 円	72600 円(※2 人分費用)	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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)</p>				

#### (利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物の賃借料、設備備品費等を基礎として、1室あたりの家賃を算出
敷金	家賃の 2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 <sup>※1</sup> (共益費)	階段、廊下等の共用部の維持管理に必要な光熱費、上下水道使用料、共用部のキッチン、洗濯乾燥機、浴室及び浴室に設置される入浴のための設備の維持管理費、清掃費の共用部分の維持管理費、各居室にて発生する光熱費及び水道使用料より算出
食費(税込)	厨房維持費及び人件費を含み、下記に記載した料金の喫食数に応じた金額 ※朝食 384 円、昼食 641 円、夕食 810 円(税込)
光熱水費等 <sup>※2</sup>	共益費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)
その他のサービス利用料	生活支援サービス費には、生活支援サービス契約書第 2 条の通り、管理サービス、状況把握・生活相談サービス等に関わる費用を算出
<p>※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。</p> <p>※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金(入居者が居室に設置する場合の受信料等)等を明記すること。</p>	

(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



	要介護3	4人
	要介護4	8人
	要介護5	10人
入居期間別	6ヶ月未満	11人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	18人
	5年以上10年未満	2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	88歳
入居者数の合計	38人
入居率※	90%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡	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)
	入居者側の申し出	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。

窓口の名称	グランドマストやさしえ長野	
電話番号	0501753-4256	
対応している時間	平日	午前9:00～午後6:00
	土曜	午前9:00～午後6:00

	日曜・祝日	午前9:00～午後6:00
定休日	無し	

**(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 三井住友海上保険株式会社
	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) 苦情事故対応マニュアルに沿って対応
	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	定期的実施
		結果の開示	1 あり <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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 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
管理規程	<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
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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

	<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 1 回				
	<input type="checkbox"/> 2 なし				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 2 代替措置なし</td> </tr> </table>	<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 代替措置あり	(内容)			
<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし					
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 checked="" 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 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	<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                      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 事業主体が長野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				主な事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>						
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	やさしい手長野高田訪問介護事業所	長野市高田65-1
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	やさしい手長野高田訪問看護事業所	長野市高田63
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	やさしい手長野高田居宅支援事業所	長野市高田65-1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>						
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	やさしい手長野高田訪問看護事業所	
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>	併設	隣接		
<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	<input type="checkbox"/>	併設	隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設	隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>	併設	隣接		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/>	併設	隣接		
<介護保険施設>						
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/>	併設	隣接		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/>	併設	隣接		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/>	併設	隣接		
介護医療院	あり	<input type="checkbox"/>	併設	隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>						
訪問型サービス	あり	<input type="checkbox"/>	併設	隣接		
通所型サービス	あり	<input type="checkbox"/>	併設	隣接		
その他生活支援サービス	あり	<input type="checkbox"/>	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	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)					包含※2	都度※2	料金※3	備考
	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)								
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり					ケアプランにより保険給付
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					ケアプランにより保険給付
おむつ代			なし	あり					ケアプランにより保険給付
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					ケアプランにより保険給付
特浴介助	なし	あり	なし	あり					ケアプランにより保険給付
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					ケアプランにより保険給付
機能訓練	なし	あり	なし	あり					ケアプランにより保険給付
通院介助	なし	あり	なし	あり					※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	550円		エアコンフィルター清掃
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	550円		1網毎
居室配膳・下膳	なし	あり	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					
買い物代行	なし	あり	なし	あり					※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
金銭・貯金管理			なし	あり		○	550円		お小遣い立て替えサービス
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり					※回数（年○回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり					
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					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり					
入退院時・入院中のサービス									
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	2200円		救急車同乗サービス(3時間まで)
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり					
入院中の見舞い訪問	なし	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。