

サービス付き高齢者向け住宅 ポータラカ

重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	長嶋和子
所属・職名	施設長

(注) 本書は、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が、老人福祉法第29条第5項の規定に基づき、契約の重要な事項を説明するための書面です。

サービス付き高齢者向け住宅の事業者が、「食事の提供」「介護の提供」「家事の供与」「健康管理の供与」のいずれかを住宅事業の一部として実施している場合、その住宅は有料老人ホームに該当します。

1. 事業者概要

種類	個人／ ☒ 法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん しんあかい 医療法人 伸阿会	
主たる事務所の所在地	〒646-0216 和歌山県田辺市下三栖岩屋谷 1483 番地の 15	
連絡先	電話番号	0739-34-3020
	FAX番号	0739-22-6622
	ホームページアドレス	http://www.kanon-potalaka.com/
代表者	氏名	長嶋 雄一
	職名	理事長
設立年月日	昭和・ ☒ 平成 28年12月14日	
主な実施事業	※別添1 (事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表)	

2. 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 ぽーたらか サービス付き高齢者向け住宅 ポータラカ	
所在地	〒646-0216 和歌山県田辺市下三栖岩屋谷 1483 番地の 15	
主な利用交通手段	最寄駅	J R きのくに線 紀伊田辺駅
	交通手段と所要時間	タクシーで約 12 分
連絡先	電話番号	0739-34-3020
	FAX 番号	0739-22-6622
	ホームページアドレス	http://www.kanon-potalaka.com/
管理者	氏名	三栖佳子
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 27 年 5 月 31 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 27 年 6 月 15 日

(類型)【表示事項】 ※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記入不要

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	3072201811
	指定した自治体名	和歌山県
	事業所の指定日	令和 3 年 4 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2587.12 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	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (2017 年 3 月 1 日～2027 年 2 月 28 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	1435.75 m ² (3 階建)
		うち、サービス付き高齢者向け住宅老の部分	1285.68 m ²

	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				
		抵当権の設定	☐ 1 あり 2 なし			
契約期間		☐ 1 あり (2017 年 3 月 1 日～2027 年 2 月 28 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	1 人部屋			
		最大	1 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ 1	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	20.72 m ²	3 室	一般居室個室
	タイプ 2	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	21.84 m ²	3 室	一般居室個室
	タイプ 3	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	27.99 m ²	3 室	一般居室個室
	タイプ 4	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	21.98 m ²	3 室	一般居室個室
	タイプ 5	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	24.83 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプ 6	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	26.14 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプ 7	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	22.78 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプ 8	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	21.75 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプ 9	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	23.64 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプ 10	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	25.13 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプ 11	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	22.55 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプ 12	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	22.90 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプ 13	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	25.13 m ²	1 室	一般居室個室
タイプ 14	☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	22.55 m ²	1 室	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。						
共用施設	共用便所における 便房	2 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	4 ヶ所		
			大浴場	0 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	0ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（ ）	0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	施設は特定施設サービス（以下「在宅サービス」という。）計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の提供その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように目指すものとする。			
サービスの提供内容に関する特色	利用者が住み慣れた地域での生活が継続可能なサービスの提供を行うと共に、利用者に自立の気持ちさえあればいつまでも住める環境づくりを、自ら進んで取り組めるよう援助し、清潔で明るく住みよい施設づくりを提供します。			
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記入不要

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
	退居時情報提供加算		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
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
新興感染症等施設療養費		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	
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		☒ 救急車の手配 2 入退院の付き添い ☒ 通院介助 4 その他 ()	
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	長嶋雄一クリニック
		住所	和歌山県田辺市下三栖岩屋谷 1483 番地の 15
		診療科目	内科
		協力内容	往診及び主治医を担当。緊急時の対応も可
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
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記入不要

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 介護居室へ移る場合 ☒ 3 その他 (他の居室へ移る場合)	
※複数選択可			
判断基準の内容		入居者の要介護状況により、契約した居室から他の居室へ転居していただくことがあります。	
手続きの内容		入居者及び医師の意見を聴き、入居者や連帯保証人の同意を得て行います。また 1 ヶ月以上の観察期間を設けます。	
追加的費用の有無		☒ 1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		住み替え後の居室で新たに賃貸借契約を締結する。	
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
留意事項	次に①又は②に該当するものである。 ① 単身高齢者世帯 ② 高齢者+同居者（配偶者/60 歳以上の親族/要介護認定又は要支援認定をうけている 60 歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認めるもの）（「高齢者」とは、60 歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定をうけている 60 歳未満の者をいう。）	
契約の解除の内容	① 入居者からの解約又は事業者から契約の解除が行われた場合	
事業者から解約を求める場合	解約条項	入居者契約書 第 1 2 条に記載
	解約予告期間	30 日前
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	30 人	
その他		

5. 職員体制

※住宅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
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.06
生活相談員	2	2		1.2
直接処遇職員	22	12	9	10.8
介護職員	20	10	9	9.5
看護職員	2	2		1.3
機能訓練指導員	2	2		0.5
計画作成担当者	1	1		0.3
管理栄養士	1		1	0.4
調理員	5	1	4	2.5
事務員	2	1	1	1.4

その他職員	3	1	2	1.7
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				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。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	常勤	
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	8	4	4
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	1	1	

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	常勤	
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	2	2	
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 (21 時～ 6 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	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、本欄は記入不要)	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

※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、本欄は記入不要)	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	1						
に業務に応じた職員の人数	1年未満		1							
	1年以上3年未満		3	3						
	3年以上5年未満		2	2	1				1	
	5年以上10年未満	2	4	4	1		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	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	経済状態の変化
	手続き	協議にて説明

（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 2	要介護 5
	年齢	65 歳以上	65 歳以上
居室の状況	床面積	20.72 m ²	27.99 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	0 円
	敷金	165,000 円	195,000 円
月額費用の合計		163,420 円	179,510 円
家賃		55,000 円	65,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	18,120 円	24,210 円
	状況把握及び生活相談サービス	0 円	0 円
	介護費用	0 円	0 円
	共益費	30,000 円	30,000 円
	管理費	15,000 円	15,000 円
	食費	45,300 円	45,300 円
その他のサービス利用料		都度払いサービス有	都度払いサービス有
※ ¹ 介護予防・地域密着型の場合を含む。			
※ ² 住宅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	施設の建設費・修繕費・地代等を基礎とし、近傍同種の住宅の家賃を参考に算定した金額
敷金	家賃の 3 ヶ月分相当額
状況把握及び生活相談サービス	
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	介護保険適用外の人件費及び事務処理費、入退館管理、セキュリティシステム等の管理費用
食費	朝食 350 円、昼食 580 円、夕食 580 円、おやつ代 100 円（希望者のみ）

	上記月額、1日3食を30日間喫食した場合の金額
光熱水費	共益費として共用部の水道光熱費及び清掃管理代
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	無

(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記入不要

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	介護度と自己負担割合（別紙参照）
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（上乗せサービス）	なし
※ 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記入不要

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	3人
	女性	19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	7人
	85歳以上	15人

要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	5 人
	要介護 2	5 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	6 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	6 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	2 人
	1 年以上 5 年未満	14 人
	5 年以上 10 年未満	0 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	22 人
入居率※	73.3%
※ 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	1 人
	医療機関	1 人
	死亡者	8 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。

窓口の名称		サービス付き高齢者向け住宅 ポータラカ
電話番号		0739-34-3020
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	9:00～17:00
	日曜・祝日	9:00～17:00
定休日		なし

田辺市やすらぎ対策課 介護保険係	所在地：〒646-8545 和歌山県田辺市東山1-5-1 電話番号：0739-26-4931 月～金（祝日・年末年始を除く） 8:30～17:30
	所在地：〒640-8137 和歌山県和歌山市吹上2丁目1-22 電話番号：073-427-4662 受付時間：月～金（祝日・年末年始を除く） 9:00～17:00

(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) 損保ジャパン保険会社の賠償責任保険に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力のよる場合を除き賠償される。
	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) 事故対応指針による
	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	年1回
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	2 なし		
	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
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 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 なし	

サービス付き高齢者向け住宅 運営指導指針の不適合事項	1 あり ☒ 2 なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表）

別添 2（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）

別添 3（状況把握及び生活相談のサービス内容）

別添 4（重度化した場合における対応に係る指針）

別添 5（特定施設入居者生活に関する利用料金、加算要件等）

○サービス付き高齢者向け住宅に係わる重要事項説明の確認欄

説明年月日（西暦） 年 月 日

説明を受けた方 署名 _____ 印 _____

署名_____ 印_____

説明者 署名 _____ 印 _____

○介護予防特定施設入居者生活介護・特定施設入居者生活介護利用契約に係わる重要事項説明の
確認欄

私は、本書面に基づいて事業所からの重要事項の説明を受け、指定特定施設入居者生活介護サービスの提供に同意しました。

年 月 日

入居者氏名 _____ 印 _____

上記署名代行者（本人が署名できない場合）

入居者との続柄：配偶者・身元引受人・家族（具体的に）
 その他（具体的に）

私は、本人に代わり、上記署名を行いました。

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

別添 1

事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表

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		
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	ポータラカ	田辺市下三栖岩屋1483-15
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		
地域密着型通所介護事業所	あり	なし	カノンデイサービス	田辺市下三栖岩屋1483-15
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	ポータラカ	田辺市下三栖岩屋1483-15
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

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	
介護サービス	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）	包含 ※2	都度 ※2	料金※3		備考
介護サービス	食事介助	なし	あり	なし	あり		
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		
	おむつ代					実費	
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	一般浴：2000 円/回	週 3 回以上及び入居者様から特別な要望がある場合
	特浴介助	なし	あり	なし	あり	機械浴：3000 円/回	週 3 回以上及び入居者様から特別な要望がある場合
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		
	機能訓練	なし	あり	なし	あり		（歩行訓練等）
	通院介助	なし	あり	なし	あり	2000 円/30 分毎	長嶋雄一クリニックへの通院は無料
	生活サービス						
	居室清掃	なし	あり	なし	あり	1000 円/回	入居者様からの特別な要望がある場合
健康管理サービス	リネン交換	なし	あり	なし	あり	2500 円/回	寝具、リネンリース（週 1 回シース交換）
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	1000 円/回	入居者様からの特別な要望がある場合
	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						
	おやつ					100 円/1 回	希望者のみ提供
	理美容師による理美容サービス					実費	
	買い物代行	なし	あり	なし	あり	1000 円/回	入居者様からの特別な要望がある場合
	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	1000 円/回	入居者様からの特別な要望がある場合
	金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	1000 円/月	
	健康管理サービス						
入退院時・入院中のサービス	定期健康診断	なし	あり	なし	あり	実費	医療費の自己負担
	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						
	移送サービス	なし	あり	なし	あり		
	入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		
	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、2割又は3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、月額の利用料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。