

重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | R 1. 7. 20 |
| 記入者名 | 金村久範 |
| 所属・職名 | 法人代表 |

1. 設置者概要

| | | |
|----------------|-------------------------------------|---|
| 種類 | 個人/法人 | 法人 |
| | ※法人の場合、 その種類 | 有限会社 |
| 名称 | (ふりがな) ゆうげんがいしゃおーいーしー 有限会社オーイーシー | |
| 主たる事務 所の所在地 | 〒751-0865 下関市綾羅木新町 3-8-35 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 083-261-0863 |
| | FAX番号 | 083-261-5534 |
| | ホームページ ドレス | http://www.geocities.jp/oec_rehabilitation/kaisyasyoukai.oec.htm akarenjer2000@yahoo.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 金村久範 |
| | 職名 | 取締役 |
| 設立年月日 | 平成18年4月17日 | |
| 主な実施事 業 | ※別添1 | |

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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむにしやま 住宅型有料老人ホームにしやま | |
| 所在地 | 〒750-0093 下関市彦島西山町 2-4-41 | |
| 主な利用交通 手段 | 最寄駅 | 下関駅 |
| | 交通手段と所 要時間 | 例：①バス利用の場合 ・サンデンバスで乗車 20 分、西山停留所で下車、徒歩 3 分 ②自動車利用の場合 ・乗車 12 分 |

| | | | |
|---------------|----------------|--|--|
| 連絡先 | 電話番号 | 083-261-0110 | |
| | FAX番号 | 083-261-0221 | |
| | ホームページ アドレス | http://www.geocities.jp/oec_rehabilitation/nisiyamaannnai.htm akarenjer2000@yahoo.co.jp | |
| 管理者 | 氏名 | 金村久範 | |
| | 職名 | 相談員 | |
| 建物の竣工日 | | 平成30年10月25日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成30年12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 | 県（市） | |
| | 事業所の指定日 | 平成 | 年 月 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 平成 | 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|---------|-----------|------------------------|---------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 2514.90㎡ | |
| | 所有関係 | ① 事業者が自ら所有する土地 敷地面積の全体 | |
| | | 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 | 498.65㎡ |
| | | うち、老人ホーム部分 | 368.02㎡ |
| | 耐火構造 | 木造建築物 | |
| | 構造 | 木造 | |
| | 所有関係 | ① 事業者が自ら所有する建物 建物の全体 | |

| | | | | | | |
|--|--|--------------|---------------------------------|---------------------|---------|--------|
| | | 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 | 1 人部屋 | | | |
| | 最大 | 4 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | タイプ1 | 無 | 無 | 10.4 m ² | 3 | 一般居室個室 |
| タイプ2 | 無 | 無 | 4.779 m ² | 5 | 一般居室相部屋 | |
| ※「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 | 5ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 5ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 2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 | ヶ所 | チェアー浴 | | 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) ③ 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 | 入居者を家庭的な環境の中で食事の提供や日常生活上の支援を行うことにより健全な生活を営むことが出来るよう支援いたします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 家庭的な雰囲気 バランスのとれた食事 デイサービス・ケアマネ事業・ヘルパーの併設 |
| 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 |

(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 | すみだ内科クリニック |
| | | 住所 | 下関市熊野町 2-2-31 |
| | | 診療科目 | 内科・腎臓内科 |
| | | 協力内容 | 医師による随時往診、医師訪問による健康相談 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | スマイル歯科医院 | |
| | 住所 | 下関市梶栗町 4-5-21 | |
| | 協力内容 | 歯科診療の実施 | |

(入居に関する要件)

| | | |
|----------|---------|-----------|
| 入居対象となる者 | 自立している者 | 1 あり ② なし |
|----------|---------|-----------|

| | | |
|----------------|--|---------------|
| 【表示事項】 | 要支援の者 | 1 あり ② なし |
| | 要介護の者 | ② あり 2 なし |
| 留意事項 | ② 要介護認定を受けている方が対象です。 ③ 共同生活が円満に出来ること。 | |
| 契約の解除の内容 | ① 入居者が、入居契約時にその心身の状況及び重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の結果入居生活を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。 ② 禁止又は制限される行為の規定に違反した時。 ③ 行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止できない場合。 (原因が認知症を除く) ④ 入居者が2ヶ月以上利用料を遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれを支払わない場合。 ⑤ 契約を打ち切り退去の希望があれば1ヶ月前に管理者に通知する。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 上記契約の解除の内容を参照 |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容： 自費短期入所を利用) 2 なし | |
| 入居定員 | 23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 | | | |
| | 4 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | | 1 | 0.3 |
| 生活相談員 | 1 | | 1 | |
| 直接処遇職員 | 3 | | 3 | 0.7 |
| 介護職員 | 3 | | 3 | |
| 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 ^{※2} | | | | |
| <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 | 勤務形態 | |
|-----------|----|------|-----|
| | | 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 | 2 | | 2 |
| 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 | 勤務形態 | |
|-------------|----|------|-----|
| | | 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 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (17時30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 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 1人 | 1人 |

(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 | 初任者研修修了 | |

| | | 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 あつた職員の人数 | 1年未満 | | | | 4 | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| 従業員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 | |
| | ② 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15日以上の場合に限り、日割り計算で減額 但し、家賃は減額しない。 | |
| 利用料金 の改定 | 条件 | 運営に関わる経費が高騰するなどにより運営が困難となる場合。 |
| | 手続き | 運営懇談会において入居者全員(家族含む)の同意を得ておこなう。 |

(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 | 1 | 3 | |
| | 年齢 | 80歳 | 80歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 10.4 m ² | 4.779 m ² | |
| | 便所 | 無 | 無 | |
| | 浴室 | 無 | 無 | |
| | 台所 | 無 | 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0円 | 0円 | |
| | 敷金 | 35,000円 | 10,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 円 | 円 | |
| 家賃 | | 35,000円 | 10,000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(30日分) ^{※3} | 39,000円 | 39,000円 |
| | | 管理費(光熱水費含む) ^{※3} | 15,000円 | 10,000円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 基本サービス費 ^{※3} | 10,000円 | 10,000円 |
| | | その他 | 0円 | 0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)

※3 消費税課税(外税)

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 専有面積による |
| 敷金 | 家賃の1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(光熱水費を含む) | 専有面積による |
| 食費 | 朝250円、昼550円、夜500円として算定 |
| 基本サービス費 | 生活相談、ナースコールや定期巡回による安否確認、状態把握、食事介助、金銭管理(但し、1万円以下)、健康管理サービスを含む |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | |

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 | 6人 |
| | 女性 | 14人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 4人 |
| | 85歳以上 | 9人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 3人 |
| | 要介護2 | 4人 |
| | 要介護3 | 2人 |
| | 要介護4 | 1人 |
| | 要介護5 | 0人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 8人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 4人 |
| | 1年以上5年未満 | 0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 | 20人 |
| 入居率※ | 86% |
| ※ 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 | 0人 |
| | 医療機関 | 2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) 病状悪化による長期入院 |
| | 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 | | 住宅型有料老人ホームにしやま苦情受付窓口 |
| 電話番号 | | 083-261-0110 |
| 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 | | なし |

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※設置者や施設以外の窓口を記入すること。

| | | |
|----------|-------|----------------|
| 窓口の名称 | | 下関市福祉部長寿支援課施設係 |
| 電話番号 | | 083-231-1168 |
| 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、年末年始 |
| 窓口の名称 | | |
| 電話番号 | | |
| 対応している時間 | 平日 | |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | |

(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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 |
| | 2 なし | |
| 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 | ① あり | すみやかに対応する |
| | 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 | 常時意見箱を設置して対応する。 |
| | | 結果の開示 | 1 あり 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 ③ 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 ④ 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 ⑤ 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 |
| 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 | なし |
| 不適合事項がある場合の内容 | |

添付書類

- 別添 1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表
- 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
(個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____ 様 印

説明年月日 令和 年 月 日

説明者氏名及び役職

(役職: _____)

※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。

※ 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。

別添1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表

| 介護保険サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|----------------------|----|----|------------------------|----------------|
| ＜居宅サービス＞ | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | ヘルパース テーション パワフル | 下関市彦島西山町2-4-41 |
| 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（地域密着型） | あり | なし | 稗田リハビ リデイサー ビス | 下関稗田北町10-27 |
| 通所介護（地域密着型） | あり | なし | 福浦リハビ リデイサー ビス | 下関市彦島福浦町3-6-22 |
| 通所介護（地域密着型） | あり | なし | 本村リハビ リデイサー ビス | 下関市彦島本村町6-2-6 |
| 通所介護（地域密着型） | あり | なし | 西山リハビ リデイサー ビス | 下関市彦島西山町2-4-41 |
| 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 | | |
| 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 | 大石ケアプ ラン | 下関市彦島西山町2-4-41 |
| ＜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 | | |
| 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 | | |

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 | | | | | 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） | | 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 | | |
| | 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 | | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | | 100円 | 1枚につき | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | ○ | 2056円 | カット代として（スワン美容室と提携） | |
| 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 | | | | | 相談に応じる |
| 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 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 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。