

重要事項説明書

| | |
|-------|---------|
| 記入年月日 | R 年 月 日 |
| 記入者名 | 伊東 義光 |
| 所属・職名 | 管理者 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|-------------------------------|
| 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) いりょうほうじんどうとうきんろうしゃいりょうきょうかい 医療法人 道東勤労者医療協会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒085-0055 釧路市治水町3番5号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0154-25-6479 |
| | FAX番号 | 0154-22-0275 |
| | ホームページアドレス | http://www.dotokin-medwel.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 黒川 聡則 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和・平成58年3月3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) どうとうきんいきょうこうれいしゃじゅうたくすずらん 道東勤医協高齢者住宅すずらん | |
| 所在地 | 〒085-0055 釧路市治水町2番2号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 釧路駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 例：①バス利用の場合 ・くしろバスで釧路駅前乗車15分、治水入口停留所で下車、徒歩3分 ②自動車利用の場合 ・乗車8分 |

| | | |
|---------------|------------|---|
| 連絡先 | 電話番号 | 0 1 5 4 - 2 4 - 6 8 3 3 |
| | FAX番号 | 0 1 5 4 - 2 4 - 7 9 6 5 |
| | ホームページアドレス | http://dotokin-kaigo.com/ |
| 管理者 | 氏名 | 伊東 義光 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 25年9月30日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 25年10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 | 1,563.52 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 (平成26年4月1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 | 1,517.11 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1,501.71 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 (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 | 1 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 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.3 m ² | 43 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | タイプ3 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ4 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ5 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ6 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ7 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ8 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| タイプ9 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| タイプ10 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| ※「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 | 3ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 3ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 4ヶ所 | 個室 | 4ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | ヶ所 | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 0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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 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 |
| その他 | | | | |

4. サービスの内容

（全体の方針）

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | 地域の高齢者が安心して生き生きと生活を送ることができるように暮らしの場を提供する。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 医療機関・介護保険事業所と連携して、病気や障害があっても安心して生活を送ることができるようにサポートします。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 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

省略

（医療連携の内容）

| | | | |
|--------|--------|---------------------------------------|------------------|
| 医療支援 | ※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 道東勤医協 釧路協立病院 |
| | | 住所 | 釧路市治水町3番14号 |
| | | 診療科目 | 内科・整形・外科 |
| | | 協力内容 | 救急外来の受け入れ・訪問診療など |

| | | | |
|----------|---|------|-------------------|
| | 2 | 名称 | 道東勤医協 協立すこやかクリニック |
| | | 住所 | 釧路市治水町6番30号 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 健康相談など |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 大島歯科医院 |
| | | 住所 | 釧路市鳥取大通3丁目12 |
| | | 協力内容 | 訪問歯科診療 |

(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
省略

(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 | 病状が安定しており入院治療が必要ないこと・薬が自己管理で できること、自力で食堂までの移動が可能なこと | |
| 契約の解除の内容 | ① 入居者が自ら解約を申し出た場合 ② 入居者または事業者から解約した場合 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | ① 入居者の行動が他の入居者や職員に 自害を及ぼす、またはその恐れがあ る場合。 ② 家賃等の支払いがされない時 |
| | 解約予告期間 | 3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 :) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 入居定員 | 43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 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 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※2 | | | | |
| ※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 | 1 | 1 | |
| 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 | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------|---|---|---|---------------------------------------|----|---|----|---|---|---|--|
| 応じた業務に従事した職員の人数 経験年数に | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 従業者の健康診断の実施状況 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 | 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 物価上昇により改定する場合がある | |
| | 手続き | 入居者の意見を聞くための説明会を開催 | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | |
|--------|------|---|---------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 自立 | |
| | 年齢 | 80歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.3㎡ | |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| | 浴室 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 2 無 |
| | 台所 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 2 無 |

| | | | | |
|---|-------------------------------|-----------|-----------|---|
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | | 円 | 円 |
| | 敷金 | | 45,000 円 | |
| 月額費用の合計 | | | 117,000 円 | |
| 家賃 | | | 45,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | | 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 36,000 円 | |
| | | 状況把握・生活相談 | 15,227 円 | |
| | | 介護費用 | 円 | |
| | | 光熱水費 | 15,227 円 | |
| | その他 暖房費 10月～4月 | 6,111 円 | | |
| <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 | 借入利息・減価償却費などの費用を基礎として、1室あたりの家賃を算定 |
| 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。 |
| 状況確認・生活相談 | 生活相談員の人件費、守衛の委託費用から算出 |
| 食費 | 調理委託費用・ガス・水道代・厨房設備維持の費用から算定 |
| 光熱水費 | 電気代・水道代から算出 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | なし |
| 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

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

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 | 10 人 |
| | 女性 | 30 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 0 人 |
| | 65 歳以上 75 歳未満 | 3 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 9 人 |

| | | |
|-------|------------|-----|
| | 85歳以上 | 28人 |
| 要介護度別 | 自立 | 8人 |
| | 要支援1 | 5人 |
| | 要支援2 | 4人 |
| | 要介護1 | 9人 |
| | 要介護2 | 13人 |
| | 要介護3 | 0人 |
| | 要介護4 | 1人 |
| | 要介護5 | 0人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 5人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 2人 |
| | 1年以上5年未満 | 19人 |
| | 5年以上10年未満 | 14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 | 80.3歳 |
| 入居者数の合計 | 39人 |
| 入居率※ | 93.0% |
| ※ 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 | 1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) |
| | 入居者側の申し出 | 4人 |
| (解約事由の例) 入院後に死亡され戻れなかった。 老人保健施設へ入所の後、病状悪化して病院に移り死亡された。 | | |

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 | | 相談員 |
| 電話番号 | | 0154-24-6833 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:45~17:00 |
| | 土曜 | 8:45~12:30 |
| | 日曜・祝日 | 緊急の場合、守衛からの連絡で対応 |
| 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) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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 | 1 入居希望者に公開 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 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 |
| | 2 なし |
| | 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】 | 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 | 1 あり 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 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 <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 | 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（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 | | | 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 | | |
| 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 | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 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 |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|------|------|--------------------|
| | 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 | 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ※回数（年〇回など）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。