

介護付有料老人ホーム

夢眠きたもと

【重要事項説明書】

株式会社 夢眠ホーム

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和 年 月 日 |
| 記入者名 | |
| 所属・職名 | |

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) かぶしきがいしゃむうみんほ一む 株式会社夢眠ホーム | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒509-0247 岐阜県可児市塩河 960 番地の 1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0574-65-1211 |
| | FAX 番号 | 0574-65-9531 |
| | ホームページアドレス | http://mumingroup.jp |
| 代表者 | 氏名 | 佐藤信輔 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 29 年 12 月 20 日 | |
| 主な実施事業 | 有料老人ホームの運営 | |

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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむむうみんきたもと 介護付有料老人ホーム 夢眠きたもと | |
| 所在地 | 〒364-0032 埼玉県北本市緑2丁目231-3 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 高崎線 北本駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 北本駅西口より徒歩7分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-598-7415 |
| | FAX 番号 | 048-598-7416 |
| | ホームページアドレス | |
| 管理者 | 氏名 | 佐藤 晃一 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成年月日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成30年11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 | 1175300928 |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 |
| | 事業所の指定日 | 平成30年11月1日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 平成36年11月1日 |

3. 建物概要

| | | | | |
|----|---------|-------------------------------------|-----------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 2695.79㎡ | | |
| | 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30年9月1日～平成60年8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 | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | | |
| | 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 (平成30年9月1日～平成60年8月31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 | 人部屋 | | |
| | | 最大 | 人部屋 | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 |
| タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 18.00㎡ | 48 | 介護居室個室 |
| タイプ2 | 有/無 | 有/無 | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | | うち男女別の対応が可能な便房 | ヶ所 | |
| | | 4ヶ所 | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4ヶ所 | |
| | 共用浴室 | | 個室 | 4ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | ヶ所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | | チェアー浴 | 1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 | 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ヶ所あり（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 | エントランスホール、面談室、駐車場等 | | | | |

4. サービスの内容 (全体の方針)

| | |
|----------|---------------|
| 運営に関する方針 | 別紙「施設の運営方針」参照 |
|----------|---------------|

| | |
|-----------------|------------------|
| サービスの提供内容に関する特色 | 別紙「施設の運営方針」参照 |
| 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の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 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 | |
| | 医療機関連携加算 | 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 | |
| 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) 3 : 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（訪問診療医の確保） | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 夢眠クリニック大宮北 |
| | | 住所 | 埼玉県さいたま市北区奈良町 32-6 |
| | | 診療科目 | 内科・神経内科 |
| | | 協力内容 | 治療、緊急時の対応及び転院必要時の他医療機関紹介に関する協力等。（医療費その他の費用は入居者の自己負担） 個別の訪問診療。 |
| 協力医療機関 | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 2 | 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 | 入居者の日常生活の維持及びホーム運営上特に支障があり、特別な配慮が必要であると認められた場合、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。 | |
| 手続きの内容 | 1 施設が指定する医師の意見を聴く 2 一定の観察期間を置く 3 本人・身元引受人の同意を得る | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | 住み替え後の居室に移行 | |
| 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 | 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 | 1 施設で対応できる医療的ケアの範囲を超えない方 2 著しい自傷他害の恐れのない方 3 当施設の運営主旨をご理解の上、ご協力いただける方 | |
| 契約の解除の内容 | 1 入居者が死亡した場合 2 入居者から契約解除が行われた場合 3 事業者から契約解除が行われた場合 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危険を及ぼすかその恐れがあり、かつ通常の介護方法・接遇方法ではこれを防止できない場合、等 |
| | 解約予告期間 | 90日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり 2 なし | |
| 入居定員 | 48人 | |
| その他 | 身元引受人が設定できない場合は要相談。 | |

5. 職員体制

(職種別の職員数) 令和元年10月1日時点

| | | |
|--|-----------|--------|
| | 職員数 (実人数) | 常勤換算人数 |
|--|-----------|--------|

| | 合計 | | ※1 |
|--|----|-----|------|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 1 |
| 直接処遇職員 | | | |
| 介護職員 | 14 | 13 | 13.7 |
| 看護職員 | 2 | | 1.4 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 1 |
| 栄養士 | | | |
| 調理員 | | | |
| 事務員 | 1 | 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 | | | 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 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | | |
| 介護福祉士 | 6 | |
| 実務者研修の修了者 | | |
| 初任者研修の修了者 | 5 | 1 |
| 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 | 1 | 1 |
| 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 (0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 | 契約上の職員配置比率※ | a 1.5 : 1以上 |
|--------------|-------------|-------------|

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|
| じた職員 の人数 | | | | | | | | | | | |
| 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 | 施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件等を勘案し改定することがある |
| | 手続き | 運営懇談会の意見を聴く。 |

(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 | 要介護1 | 要介護5 |
| | 年齢 | 70歳 | 80歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.00㎡ | 18.00㎡ |
| | 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 |
| 入居時点までに必要な費用 | 前払金 | 0円 | 0円 |
| | 敷金※1 | 100,000円 | 100,000円 |
| | 家賃（当月分+翌月分） | 当月分は日割り計算のため、入居日により異なる | |
| 月額費用の合計 | | 130,000円 | 130,000円 |
| 家賃 | | 50,000円 | 50,000円 |
| サ ー 介 | 特定施設入居者生活介護※2の費用 | 18,114円 | 27,136円 |
| | 食費 | 50,000円 | 50,000円 |

| | | | | |
|---|----------------------------|------|-----------|-----------|
| ビス費用 | 護 保 険 外 ※ 3 | 共益費 | 30,000円 | 30,000円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 共益費に含む | 共益費に含む |
| | | その他 | 都度払いサービス有 | 都度払いサービス有 |
| ※1 退去時に原状回復費・居室他クリーニング代に充当し残金を返却します。 ※2 介護保険自己負担分（1割負担の場合） | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 事業費の総額、周辺賃貸物件の価格、当施設の面積・定員等を考慮して 1室当たりの家賃を算出。 |
| 敷金 | 家賃の2ヶ月分 |
| 介護費用 | 介護保険給付額に基づく |
| 共益費 | 水道光熱費、共用部分の維持管理・事務管理部門にかかる人件費を根拠に算出。 |
| 食費 | 厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用 (1日あたり1,650円) |
| 光熱水費 | 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 | 委託業者等への委託料、人件費及び実費にて都度算出 |
| その他のサービス利用料 | 委託業者等への委託料、人件費及び実費にて都度算出 |

※敷金、家賃相当額、介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定の内容及び法令等に従い、利用料も変更になります。

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

| 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 | 基本報酬及び前掲の加算の利用者負担分 |
| 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） | — |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) 該当なし

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

16名

女性

17名

年齢別

65歳未満

2名

65歳以上 75歳未満
2名

75歳以上 85歳未満
17名

85歳以上
12

要介護度別

平均介護度
自立（申請中）

要支援1

要支援2

要介護1
7名

要介護2
6名

要介護3
10名

要介護4
13名

要介護5
9名

入居期間別
6ヶ月未満
33名

6ヶ月以上1年未満

人

1年以上5年未満

人

5年以上10年未満

人

10年以上15年未満

人

15年以上

人

(入居者の属性)

平均年齢

80.0歳

入居者数の合計

38

入居率[※]

79%

※ 入居者数の合計を入居定員数（48名）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 | 5人 |
| | 死亡者 | 9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)

| | | |
|----------|-------------------------|---------------|
| 窓口の名称 | 介護付有料老人ホーム 夢眠きたもと相談窓口 | |
| 電話番号 | 048-598-7415 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9:00～午後5:00 |
| | 土曜・日曜・祝日 | 午前9:00～午後5:00 |
| 窓口の名称 | 北本市 高齢者福祉係 | |
| 電話番号 | 048-594-5539 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前8:30～午後5:00 |
| | 土曜・日曜・祝日 | なし |
| 窓口の名称 | 埼玉県国民健康保険団体連合会介護保険苦情対応係 | |
| 電話番号 | 048-824-2568 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前8:30～午後5:00 |
| | 土曜・日曜・祝日 | 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)

| | | |
|---------------|------|------------------------------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 あり | (その内容) 三井住友海上火災保険 福祉事業者総合賠償責任保険 |
|---------------|------|------------------------------------|

| | | |
|-------------------------------|------|-------------------|
| | 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) 上記保険内容に基づく |
| | 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 | 毎月1回 |
| | | 結果の開示 | 1 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 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2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 (平成年月日届出) 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（平成 年 月 日登録） 2 なし | |
| 埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針「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 | |
| | 「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 |
| 埼玉県有料老人ホーム設置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 | - |

重要事項説明書及び添付資料について説明を受け、理解しました。

年 月 日

（入居者との続柄： _____ 印）

説明者署名 _____ 印

別紙

施設の運営方針
有料老人ホーム 夢眠きたもと
株式会社 夢眠ホーム

- ◆高齢者一人ひとりが、いかなる心身の状態にあっても、人間らしい生活ができるように支援し、高齢者の尊厳を守り、生き生きと安心してお過ごしいただけるように奉仕することを、法人の基本理念としております。
その実現手段として、個々の心身の状況に応じた個別ケアを中心に、入居者本位の生活を、より豊かに感じられるような支援を実行いたします。
- ◆施設に関わる全職員は次に掲げることを認識し、責任を持ってサービスの提供を行います。
 1. 入居者を固有の歴史を持った個人として尊重し、あらゆる意味でその命と人生に敬意を持って接する。
 2. 入居者の主体性と可能性を信じ、サービスを通して多くの力と個性が発揮できるよう支援する。
 3. 入居者が安心感と自身を以ってサービスを利用できるよう、援助者として暖かさ、誠実さを大切にする。
 4. 職務上知り得た入居者のプライバシーを尊重し、専門職として秘密保持に責任を負う。
 5. 入居者に対していかなる差別も行わず、また身体的、精神的な暴力、虐待及び拘束を行わない。

別紙 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 | | |

別紙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） | | | | | 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 | 都度 | 料金（税別） | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| | 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | 保険給付 |
| | 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | 保険給付 |
| | おむつ代 | | | なし | あり | ○ | ① 450 円/日 ② 600 円/日 | 使用頻度による |
| | 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | 保険給付 |
| | 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | 保険給付 |
| | 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | 保険給付 |
| | 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | 保険給付 |
| | 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 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 | ○ | 700 円/1 ネット | 外注業者に委託 |
| | 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | 適宜実施 |
| | 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 | ○ | 実費 | 外部からの訪問理美容 |
| | 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | ○ | 実費 | 施設決めた日時（1 回/週） |
| | 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 | ○ | | やむ負えない場合は要相談 |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| | 定期健康診断 | | | なし | あり | ○ | | 年 2 回の機会を設ける。自己負担。 |
| | 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | 適宜実施 |
| | 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | 適宜実施 |
| | 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | 適宜実施 |
| | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | | 適宜実施 |
| 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 | ○ | | | 協力機関の場合に 適宜実施 |