

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和元年10月1日 |
| 記入者名 | 芝野 徹 |
| 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 営利法人 | |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいめぐみ 株式会社メグミ | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒369-0201 埼玉県深谷市岡222-1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048 598-8801 |
| | FAX番号 | 048-598 8802 |
| | ホームページアドレス | http://www.neguni-fukaya.com/ |
| 代表者 | 氏名 | 芝野 徹 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 19年1月4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) きーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくめぐみ サービス付き高齢者向け住宅 メグミ | |
| 所在地 | 〒369-0201 埼玉県深谷市岡222-1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR高崎線 岡部駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 電車利用の場合 ・最寄駅から徒歩15分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-598 8801 |
| | FAX番号 | 048-598 8802 |

| | | | | |
|-----|---------------|-------------------------------|-----|-------|
| | ホームページアドレス | http://www.megumi-fukaya.com/ | | |
| 管理者 | 氏名 | 鷗坂 由江 | | |
| | 職名 | 管理者 | | |
| | 建物の竣工日 | 昭和・平成 | 23年 | 6月 1日 |
| | 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成 | 23年 | 7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 | 興（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, 163. 16㎡ | | |
| | 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 | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | 2 なし |
| | | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成28年12月1日～平成48年11月30日) | |
| | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 937. 05㎡ | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 937. 05㎡ | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 | | | |
| | 4 その他（ ） | | | |
| 所有関係 | 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 | | | |

| | | | | | |
|------------|---|---|----------------------|-------|--------|
| | | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし 契約期間 1 <input type="checkbox"/> あり (平成23年6月1日～平成48年5月31日) 2 <input type="checkbox"/> なし 契約の自動更新 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 | 1 <input type="checkbox"/> 全室個室 2 <input type="checkbox"/> 相部屋あり | | | |
| | 【表示事項】 | 最少 最大 | | | |
| | | 人部屋 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 19.32 m ² | 23 | 一般居室個室 |
| 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 | ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 2ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 2ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | ヶ所 | チェア浴 | 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 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | 入居者や家族が利 用できる調理設備 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | エレベーター | 1 <input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) 2 <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) 3 <input type="checkbox"/> あり (上記1・2に該当しない) 4 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 消防用設備 等 | 消火器 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | 火災通報設備 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | スプリンクラー | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | 防火管理者 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | 防災計画 | 1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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 | <p>ご入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下の基本サービスを提供いたします。</p> <p>ご入居者が介護や医療を必要とする場合は、円滑に介護サービスや医療サービスを受けられるよう、介護事業所や医療機関と連携を図ります。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | なし |
| 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 | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 吉澤病院 |
| | | 住所 | 埼玉県本庄市寿2 1 5 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 往診・入院受け入れ |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | さくら歯科医院 | |
| | 住所 | 埼玉県深谷市東大沼308-1 | |
| | 協力内容 | 往診 | |

(入居後に居室を住み替える場合)

| | |
|----------------|--------------|
| 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 |
| ※複数選択可 | 2 介護居室へ移る場合 |

| | | |
|------------------|--------|--|
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（別の一般居室へ移る場合） |
| 判断基準の内容 | | より適切なサービスを提供するため、住み替えとなる場合があります。 |
| 手続きの内容 | | 1 事業者の指定する医師の意見を聴取する 2 入居者及びその家族の意見の同意を得る |
| 追加的費用の有無 | | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 60歳未満でも要支援・要介護の方は入居対象となります。 | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書第25条による | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第26条 |
| | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（内容：2,700円/日 食事(朝昼夕3食)1,400円/日） <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 入居定員 | 23人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

(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 | |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | |
| 直接処遇職員 | 6 | 6 | 0 | |
| 介護職員 | 5 | 5 | 0 | |
| 看護職員 | 1 | 1 | 0 | |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 1 | |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | |
| 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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 5 | 5 | 0 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

(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 | 3 | 0 | 3 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |

| | | | |
|-------------|---|---|---|
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| | | |
|---------------------|------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 (19時～ 9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 |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------|-----|---|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | 1 | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | | | 1 | | | | | | |
| | 1年以上 | | 1 | 1 | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | 2 | 2 | 2 | 1 | | | |
| 10年未満 | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | 3 | | 1 | | | | 3 | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 |
| 【表示事項】 | 2 建物賃貸借方式 |

| | | |
|--------------------------------|----------------------------|--------------|
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 3 終身建物賃貸借方式 | |
| | 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 |
| | 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 | 入居契約書第23条による |
| | 手続き | 入居契約書第23条による |

(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～要介護5 | |
| | 年齢 | 65歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 19.32㎡ | |
| | 便所 | 1 有 | 2 無 |
| | 浴室 | 1 有 | 2 無 |
| | 台所 | 1 有 | 2 無 |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | なし | |
| | 敷金 | なし | |
| 月額費用の合計 | | 93,000円 | |
| 家賃 | | 37,000円 | |
| 共益費 | | 16,000円 | |
| サービス費用 介護保険外※ | 食費 | 39,000円 | |
| | 状況把握生活相談費 | 1,000円 | |
| | 光熱水費 | 共益費に含む | |
| | その他 | 都度払いサービスあり | |
| ※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） | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|-------------------------------|
| 家賃 | 近隣相場による |
| 共益費 | 光熱水費の実績見込み、管理にかかる人件費、消耗品費等による |
| 状況把握生活相談費 | サービス提供に係る人件費による |
| 食費 | 業務委託料による |
| 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 | 別添2 人件費、消耗品費等による |
| 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 | 人 |
| | 女性 | 人 |
| 年齢別 要介護度別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 人 |
| | 85歳以上 | 人 |
| | 自立 | 人 |
| | 要支援1 | 人 |
| | 要支援2 | 人 |
| | 要介護1 | 人 |
| | 要介護2 | 人 |
| | 要介護3 | 人 |
| 要介護4 | 人 | |
| 要介護5 | 人 | |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 人 |
| | 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 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 20人 |
| 入居率※ | 86.9% |
| ※ 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まれる。 | |

(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 |
| | 死亡者 | 人 |
| | その他 | 人 |
| | 生前解約の状況 | 施設側の申し出 |
| | (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 | サービス付き高齢者向け住宅メグミ 苦情相談室 | |
| 電話番号 | 048-598-8801 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | 土曜 | 9:00~17:00 |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | 日曜、祝日 | |
| 窓口の名称 | 深谷市 消費相談窓口 | |
| 電話番号 | 048-571-1211 | |
| 対応している時間 | 平日 | 10:00~12:00、13:00~16:00 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | 土曜、日曜、祝日、12/29~1/3 | |

| | | | |
|----------|--------------------|------------|--|
| 窓口の名称 | 埼玉県消費生活支援センター（熊谷） | | |
| 電話番号 | 048-524-0999 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～16:00 | |
| | 土曜 | | |
| | 日曜・祝日 | | |
| 定休日 | 土曜、日曜、祝日、12/29～1/3 | | |
| 窓口の名称 | 埼玉県福祉部高齢者福祉課 | | |
| 電話番号 | 048-830-3254 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:15 | |
| | 土曜 | | |
| | 日曜・祝日 | | |
| 定休日 | 土曜、日曜、祝日、12/29～1/3 | | |
| 窓口の名称 | 埼玉県都市整備部住宅課 | | |
| 電話番号 | 048-830-5562 | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:15 | |
| | 土曜 | | |
| | 日曜・祝日 | | |
| 定休日 | 土曜、日曜、祝日、12/29～1/3 | | |

(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) 事業包括賠償責任保険に加入 |
| 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 type="checkbox"/> 2 なし | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 救急要請を行うとともに、入居者の緊急連絡先、関係行政機関等に報告し、必要な措置を講じます。 |
| | <input 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 | <input type="checkbox"/> 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 |
| | 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 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 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 | 1 あり 2 なし | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| 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 | |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 該当なし |
| 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（別に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）

別添3（生活支援サービスの内容）

入居者様署名 _____ 様 印

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ 印

※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 | | 個別の利用料で、実施するサービス | | あり | |
|----------------------------------|------------|------------------|------|------|-----------------|
| サービス | (利用者が全額負担) | 包含※2 | 都度※3 | 料金※4 | 備考 |
| | | あり | なし | | |
| 介護サービス | | | | | |
| 食事介助 | なし | ○ | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | あり | ○ | | | |
| おむつ代 | なし | ○ | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | あり | ○ | | | 1箱60枚入り8,400円＋税 |
| 特浴介助 | あり | ○ | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | あり | ○ | | | |
| 機能訓練 | あり | ○ | | | |
| 通院介助 | あり | ○ | | | |
| 生活サービス | | | | | |
| 居室清掃 | なし | ○ | | | |
| リネン交換 | あり | ○ | | | |
| 日常の洗濯 | あり | ○ | | | |
| 居室配膳・下膳 | あり | ○ | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | あり | ○ | | | |
| おやつ | なし | ○ | | | |
| 理美容師による理美容サービス | あり | ○ | | | 実費 |
| 買い物代行 | なし | ○ | | | 1時間につき800円 |
| 役所手続き代行 | なし | ○ | | | |
| 金銭・貯金管理 | あり | ○ | | | |
| 健康管理サービス | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | ○ | | | |
| 健康相談 | あり | ○ | | | |
| 生活指導・栄養指導 | あり | ○ | | | |
| 服薬支援 | あり | ○ | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり | ○ | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | |
| 移送サービス | なし | ○ | | | |
| 入退院時の同行 | あり | ○ | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | ○ | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | あり | ○ | | | |

※上記、包含のサービス利用料は、状況把握・生活相談サービス料金に含まれます。