

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和6年7月1日 |
| 記入者名 | 大久保 紀利 |
| 所属・職名 | アトリオ岬・主任 |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|---|--|
| 名称 | (ふりがな)しゃかいふくしほうじん じゅんぷうかい 社会福祉法人 順風会 | |
| 法人番号 | 9170005001316 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 640-8453 和歌山県和歌山市木ノ本1837-1 | |
| 連絡先 | 電話番号／FAX番号 | 073-454-9820 |
| | メールアドレス | 073-454-9822 |
| | ホームページアドレス | https:// medi-wel.jp/ |
| 代表者（職名／氏名） | 理事長 / 宇治田 卓司 | |
| 設立年月日 | 平成 3年3月13日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1（別々に実施する介護サービス一覧表） 介護保険事業 | |

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 あとりおみさき 住宅型有料老人ホーム アトリオ岬 | |
| 届出・登録の区分 | 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 | |
| 有料老人ホームの種類 | 住宅型 | |
| 所在地 | 〒 599-0303 大阪府泉南郡岬町深日1308 | |
| 主な利用交通手段 | 南海多奈川線深日町駅より約800m（徒歩約10分） | |
| 連絡先 | 電話番号 | 072-492-6678 |
| | FAX番号 | 072-492-4411 |
| | メールアドレス | poporo-misaki@room.ocn.ne.jp |
| | ホームページアドレス | http:// www.medi-wel.jp/ |
| 管理者（職名／氏名） | 管理者 / 土岐 歩未 | |
| 有料老人ホーム事業開始日／届出受理日・登録日（登録番号） | 平成 27年10月1日 / | |

3 建物概要

| | | | | | | | | | |
|--------|------------------------|-----------------------|------------------------------|------------------|---------------------|----------------|---------------------|-----|--------------------|
| 土地 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | なし | 契約の自動更新 | あり | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 | 27年10月1日 | | ～ | | | | |
| | 面積 | 759,99 m ² | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | なし | 契約の自動更新 | あり | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 | 27年10月1日 | | ～ | | | | |
| | 延床面積 | 1,207.37 | m ² (うち有料老人ホーム部分) | | 1,207.37 | m ² | | | |
| | 竣工日 | 平成 | 27年9月20日 | | 用途区分 | 有料老人ホーム | | | |
| | 耐火構造 | 耐火建築物 | | その他の場合： | | | | | |
| | 構造 | 鉄骨造 | | その他の場合： | | | | | |
| | 階数 | 3階 | | (地上 | 2階、地階 | | 1階) | | |
| | サ高住に登録している場合、登録基準への適合性 | | | | | | | | |
| 居室の状況 | 総戸数 | 26戸 | | 届出又は登録をした室数 | | | | 26室 | |
| | 部屋タイプ | トイレ | 洗面 | 浴室 | 台所 | 収納 | 面積 | 室数 | 備考(部屋タイプ、相部屋の定員数等) |
| | 一般居室個室 | × | ○ | × | × | × | 13.86m ² | 26 | 1人部屋 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 4ヶ所 | | うち男女別の対応が可能なトイレ | | | 0ヶ所 | | |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ | | | 4ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 個室 | 2ヶ所 | | ヶ所 | | | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | ヶ所 | | ヶ所 | | その他： | | | |
| | 食堂 | 2ヶ所 | | 面積 | 28,2 m ² | | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | なし | | | | | | | |
| | エレベーター | あり(ストレッチャー対応) | | | | 1ヶ所 | | | |
| | 廊下 | 中廊下 | m | | 片廊下 | 1,7 m | | | |
| | 汚物処理室 | 2ヶ所 | | | | | | | |
| | 緊急通報装置 | 居室 | あり | トイレ | あり | 浴室 | あり | 脱衣室 | あり |
| | 通報先 | スタッフルーム | | 通報先から居室までの到着予定時間 | | | 1～2分 | | |
| その他 | 応接室、洗濯室等 | | | | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | あり | 自動火災報知設備 | あり | 火災通報設備 | あり | | | |
| | スプリンクラー | あり | なしの場合(改善予定時期) | | | | | | |
| | 防火管理者 | あり | 消防計画 | あり | 避難訓練の年間回数 | 2回 | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | | |
|-------------------|---------|--|
| 運営に関する方針 | | 要介護状態にある高齢者の心身の状態を踏まえ、その能力に応じて自立した日常生活が営むことができるように、外部介護サービスを取り入れながら、心身機能の維持を行い、安心・安全・快適な生活の場を提供する。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | | 医療機関との連携等により適切な対応を行い、心身共自立支援出来るようサポートを行う。 |
| サービスの種類 | 提供形態 | 委託業者名等 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 自ら実施・委託 | ホームヘルプサービスきみさと |
| 食事の提供 | 委託 | 株式会社みなみ |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与 | 自ら実施 | |
| 健康管理の支援（供与） | 委託 | 西和歌山病院 |
| 状況把握・生活相談サービス | 自ら実施 | |
| 提供内容 | | <ul style="list-style-type: none"> ・状況把握サービスの内容：毎日1回以上、居宅訪問による安否確認・状況把握（声掛け）を行う。 ・生活相談サービスの内容：日中、随時受け付けており、相談内容が専門的な場合、専門機関等を紹介する。 |
| サ高住の場合、常駐する者 | | |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | 医療法人良友会 西和歌山病院 |
| | 提供方法 | 年1回健康診断の機会付与 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス | | ※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） |
| 虐待防止 | | <ol style="list-style-type: none"> ①虐待防止に関する責任者は、管理者の福角務です。 ②職員に対し、虐待防止に対する意識付けを行っている。 ③苦情解決体制を整備している。 ④職員会議で、定期的に虐待防止のための啓発・周知等を行っている。 ⑤職員から虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報する。 |
| 身体的拘束 | | <ol style="list-style-type: none"> ①身体拘束は原則禁止としており、三原則（切迫性・非代替性・一時性）に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間（最長で1カ月）を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録する。また、家族等へ説明を行い、同意書をいただく。（継続して行う場合は概ね1カ月毎行う。） ②経過観察及び記録をする。 ③緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、ケース検討会議等を開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取組等について検討する。 ④緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、身体拘束廃止委員会を開催し、施設全体で身体拘束等の廃止に取り組む。 |

(併設している高齢者居宅生活支援事業者)

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

| | |
|------------|--------|
| 事業所名称 | (ふりがな) |
| 主たる事務所の所在地 | |
| 事務者名 | (ふりがな) |
| 併設内容 | |

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

| | |
|------------|--------|
| 事業所名称 | (ふりがな) |
| 主たる事務所の所在地 | |
| 事務者名 | (ふりがな) |
| 連携内容 | |

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

| | | |
|----------|-------------------|--------------------------------------|
| 医療支援 | 救急車の手配 | |
| | その他の場合： | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人卓麻会 宇治田循環器科内科 |
| | 住所 | 和歌山県和歌山市榎原204-8 |
| | 診療科目 | 内科・循環器科内科・腎臓内科・呼吸器内科・放射線科・リハビリテーション科 |
| | 協力科目 | 循環器科内科 |
| | 協力内容 | その他 |
| | | その他の場合 健康管理等 |
| | 名称 | 医療法人良友会 西和歌山病院 |
| | 住所 | 和歌山県和歌山市土入176 |
| | 診療科目 | 内科・整形外科・腎臓内科 |
| | 協力科目 | 全般 |
| 協力内容 | 訪問診療、急変時の対応 | |
| | その他の場合 月2回程度の訪問診療 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | |
| | 住所 | |
| | 協力内容 | |
| その他の場合 | | |

(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】

| | | | |
|----------------|--------|--------|-------|
| 入居後に居室を住み替える場合 | | | |
| | その他の場合 | | |
| 判断基準の内容 | | | |
| 手続の内容 | | | |
| 追加的費用の有無 | | 追加費用 | |
| 居室利用権の取扱い | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | 調整後の内容 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | | 変更の内容 |
| | 便所の変更 | | 変更の内容 |
| | 浴室の変更 | | 変更の内容 |
| | 洗面所の変更 | | 変更の内容 |
| | 台所の変更 | | 変更の内容 |
| | その他の変更 | | 変更の内容 |

(入居に関する要件)

| | | | |
|----------------|--|---------------|--|
| 入居対象となる者 | 要介護 | | |
| 留意事項 | 生活保護の方も入居可 | | |
| 契約の解除の内容 | ①居住者が死去した場合②要介護認定により、自立又は要支援と認定された場合③事業所が解散命令を受けたり破産した時、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合④建物の滅失や重大な毀損により、サービス提供が不可能になった場合⑤借主からの中途解約や契約解除があった場合⑥契約書第13条 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 契約に定めた各種義務違反等 | |
| | 解約予告期間 | 14日 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 14日 | | |
| 体験入居 | なし | 内容 | |
| 入居定員 | 26人 | | |
| その他 | 身元引受人、連帯保証人を定める事ができない場合は要相談 | | |

5 職員体制

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 兼務している職種名及び人数 |
|---------|-----------|-----|---|---------------|
| | 合計 | | | |
| | 常勤 | 非常勤 | | |
| 管理者 | 1 | 1 | | |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | 10 | 9 | 1 | |
| 介護職員 | 10 | 9 | 1 | |
| 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 | | 1 | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | | 備考 |
|---------------|----|-----|---|----|
| | 常勤 | 非常勤 | | |
| 介護福祉士 | 5 | 4 | 1 | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 1 | 1 | | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 1 | 1 | | |
| | | | | |
| | | | | |

(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 | | |
| 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 | | |
| はり師 | | |
| きゅう師 | | |

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (21時～7時) | | |
|-------------------|------|---------------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 2 人 | 2 人 |
| 生活相談員 | 人 | 人 |
| | 人 | 人 |

(職員の状況)

| 管理者 | 他の職務との兼務 | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------|-----|--------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|--|
| | 業務に係る資格等 | | 資格等の名称 | | | | | | | | |
| | 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 | | | 0 | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 1 | | | | | | | | |
| 応業務に従事した経験年数に | 1年未満 | | 0 | | | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | 2 | 1 | | | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | | 0 | | | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | | 3 | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | 4 | | | | | | | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | |
| 従業員の健康診断の実施状況 | | | あり | | | | | | | | |

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------------|-------------------------|--|
| 居住の権利形態 | 建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 | 月払い方式 | |
| | 選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択 | |
| 年齢に応じた金額設定 | なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 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 | なし | |
| | 内容： | |
| 利用料金の改定 | 条件 | ①土地又は建物に対する租税その他の負担の増減により賃料が不相当となった場合②土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により賃料が不相当となった場合③近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合 |
| | 手続き | 事前に変更の内容と変更する事由について、事前に文章等で説明 |

(代表的な利用料金のプラン)

| | | プラン 1 | プラン 2 |
|--------------------------------|---|----------|-------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 介護 | |
| | 年齢 | | |
| 居室の状況 | 部屋タイプ | 一般居室個室 | |
| | 床面積 | 13,86㎡ | |
| | トイレ | なし | |
| | 洗面 | あり | |
| | 浴室 | なし | |
| | 台所 | なし | |
| | 収納 | なし | |
| 入居時点で必要な費用 | | 100,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 79,900円 | |
| 家賃 | | 29,000円 | |
| ※ 保険外 サービス 費用 (介護) | 食費 | 39,900円 | |
| | | 11,000円 | |
| | 状況把握及び生活相談サービス費 | | |
| | | | |
| 備考 | 介護保険費用 1割、2割又は3割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。） ※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等)

| | | |
|----------------------|----------------------|------|
| 家賃 | 近隣の状況により、1室あたりの家賃を算出 | |
| 敷金 | 家賃の | 4ヶ月分 |
| | 解約時の対応 | |
| 前払金 | | |
| 食費 | 入居者と委託業者との直接契約 | |
| 管理費 | 共益費、水光熱費、生活管理費等 | |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | | |
| | | |
| | | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | (別添2)のとおり | |
| その他のサービス利用料 | | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

| | | |
|--------------------------------------|---------------|--|
| 想定居住期間 (償却年月数) | | |
| 償却の開始日 | | |
| 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) | | |
| 初期償却額 | | |
| 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 | | |
| | | |

7 入居者の状況

(入居者の人数)

| | | |
|---------------------|------------|-----|
| 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 | 2人 |
| | 85歳以上 | 16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 | 6人 |
| | 要介護2 | 4人 |
| | 要介護3 | 2人 |
| | 要介護4 | 3人 |
| | 要介護5 | 3人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 2人 |
| | 6か月以上1年未満 | 3人 |
| | 1年以上5年未満 | 9人 |
| | 5年以上10年未満 | 4人 |
| | 10年以上15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 0人 |
| 入居者数 | | 18人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|------|-------|-------|-------|-------|------|
| 性別 | 男性 | 3人 | 女性 | 15人 | |
| 男女比率 | 男性 | 16.7% | 女性 | 83.3% | |
| 入居率 | 69.2% | 平均年齢 | 89.4歳 | 平均介護度 | 2.61 |

(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 | 6人 |
| | 死亡者 | 3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 | 11人 |
| | | 長期入院療養のため。 医療行為が必要のため。 |

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情・虐待に対する窓口等の状況)

| | | | |
|-----------------------------|-------|-----------------------------|--|
| 窓口の名称 (設置者) | | 住宅型有料老人ホーム アトリオ岬 | |
| 電話番号 / F A X | | 072-492-6678 / 072-492-4411 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 : 00 ~ 18 : 00 | |
| | 土曜 | 9 : 00 ~ 18 : 00 | |
| | 日曜・祝日 | 9 : 00 ~ 18 : 00 | |
| 定休日 | | なし | |
| 窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁) | | 泉佐野市役所広域福祉課 | |
| 電話番号 / F A X | | 072-493-2023 / 072-462-7780 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 : 00 ~ 17 : 00 | |
| 定休日 | | 土日祝祭日 | |
| 窓口の名称 (サービス付き高齢者向け住宅所管庁) | | | |
| 電話番号 / F A X | | / | |
| 対応している時間 | 平日 | | |
| 定休日 | | | |
| 窓口の名称 (虐待の場合) | | 岬町役場高齢福祉課 / 岬町社協地域包括支援センター | |
| 電話番号 / F A X | | 072-492-2716 / 072-425-9058 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9 : 00 ~ 17 : 00 | |
| 定休日 | | 土日祝祭日 | |

(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 | 加入先 | 株式会社 損害保険ジャパン日本興亜 | |
| | 加入内容 | しせつの損害補償 | |
| | その他 | | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 契約書記載事由による | | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | あり | | |

(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 | なし | ありの場合 | | |
| | | 実施日 | | |
| | | 結果の開示 | 開示の方法 | |
| 第三者による評価の実施状況 | なし | ありの場合 | | |
| | | 実施日 | | |
| | | 評価機関名称 | | |
| 結果の開示 | | 開示の方法 | | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|----------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書 | 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨 | 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 入居希望者に公開 |

10 その他

| | | | |
|------------------------------|---|--|-----|
| 運営懇談会 | なし | ありの場合 | |
| | | 開催頻度 | 年 回 |
| | | 構成員 | |
| | | なしの場合の代替措置の内容 | |
| 提携ホームへの移行 | なし | ありの場合の提携ホーム名 | |
| 個人情報の保護 | <p>・業務上知り得た居住者に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らさない。この守秘義務は契約終了後も同様とする。・居住者に医療上で緊急の必要性があると判断した場合に、医療機関等に居住者に関する心身等の情報を提供できるものとする。また、居住者に関わる他の居宅支援事業所等との連携を図るなど正当な理由がある場合は、事前に同意を得た上で、居住者の情報を用いる事ができるものとする。</p> | | |
| 緊急時等における対応方法 | <p>・事故・災害及び急病・負傷が発生した場合は、入居者の家族等及び関係機関へ迅速に連絡を行い適切に対応する。（緊急連絡体制・事故対応マニュアル等に基づく）</p> | | |
| 大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性 | 適合 | 不適合の場合の内容 | |
| 指針 「規模及び構造設備」に合致しない事項 | あり | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | 片廊下1,7m | | |
| 「8. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 適合していない（代替措置・将来の改善計画） | | |
| | 代替措置等の内容 | 片廊下について、車椅子がすれ違いができない場合に備えて、通行の優先順位を決めている。 | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | 入居者及び家族等への契約前、契約時に、不適合事項及び代替措置等について説明している。 | | |
| 上記項目以外で合致しない事項 | なし | | |
| 合致しない事項の内容 | | | |
| 代替措置等の内容 | | | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | | | |

添付書類：別添1（事業主体が所在市町で実施する他の介護サービス）

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）

上記の重要事項の内容、並びに介護サービス等及びその提供事業者を自由に選択できることについて、事業者より説明を受けました。

（入居者）

住 所

氏 名

様

（入居者代理人）

住 所

氏 名

様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日

年

月

日

説明者署名

(別添1)事業主体が所在市町で実施する他の介護サービス

| 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 | なし | |
| 訪問入浴介護 | なし | |
| 訪問看護 | なし | |
| 訪問リハビリテーション | なし | |
| 居宅療養管理指導 | なし | |
| 通所介護 | あり | 泉南郡岬町深日1308・泉南郡岬町淡輪1149-3 |
| 通所リハビリテーション | なし | |
| 短期入所生活介護 | なし | |
| 短期入所療養介護 | なし | |
| 特定施設入居者生活介護 | なし | |
| 福祉用具貸与 | なし | |
| 特定福祉用具販売 | 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 | なし | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | |
| 地域密着型通所介護 | なし | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | |
| 認知症対応型共同生活介護 | なし | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | なし | |
| 居宅介護支援 | なし | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | |
| 介護予防訪問看護 | なし | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | なし | |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 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 | なし | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | |
| 介護予防支援 | なし | |
| ＜介護保険施設＞ | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | |
| 介護老人保健施設 | なし | |
| 介護療養型医療施設 | なし | |
| 介護医療院 | 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

| | | 個別の利用料で実施するサービス | | 備 考 |
|----------|------------------|-----------------|---------|----------------------|
| | | | 料金※(税抜) | |
| 介護サービス | 食事介助 | あり | 月額費に含む | 必要に応じて見守り又は介助 |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | あり | 月額費に含む | |
| | おむつ代 | なし | | 家族等の方の購入・持参 |
| | 入浴(一般浴) 介助・清拭 | あり | 月額費に含む | 必要に応じて適宜実施 |
| | 特浴介助 | なし | | |
| | 身辺介助(移動・着替え等) | あり | 月額費に含む | 必要に応じて適宜実施 |
| | 機能訓練 | なし | | |
| | 通院介助 | なし | | |
| 生活サービス | 居室清掃 | あり | 月額費に含む | |
| | リネン交換 | あり | 84円/1日 | 2週間に1回(汚れた場合は必要に応じて) |
| | 日常の洗濯 | あり | 月額費に含む | 毎日(その日に出た洗濯物) |
| | 居室配膳・下膳 | あり | 月額費に含む | |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | | |
| | おやつ | なし | | |
| | 理美容師による理美容サービス | なし | | |
| | 買い物代行 | なし | | |
| | 役所手続代行 | なし | | |
| | 金銭・貯金管理 | なし | | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | あり | | 年1回実費 |
| | 健康相談 | あり | 月額費に含む | 職員が出来る範囲で |
| | 生活指導・栄養指導 | なし | | |
| | 服薬支援 | あり | 月額費に含む | |
| | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | あり | 月額費に含む | |
| 入退院のサービス | 移送サービス | なし | | |
| | 入退院時の同行 | なし | | |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | | |
| | 入院中の見舞い訪問 | あり | 月額費に含む | |

※「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、1回当たりの金額など単位を明確にして入力する。