別紙様式

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 平成28年8月15日 |
|  | 記入者名 | 森　勝巳 |
| 所属・職名 | 代表取締役 |

※　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。

**１．事業主体概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種類 | 法人 | |
| ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | （ふりがな）かぶしきがいしゃべすとぱーとなー  株式会社ベストパートナー | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒141-0022 | |
| 連絡先 | 電話番号 | ０４８－９３４－５４５１ |
| FAX番号 | ０４８－９３４－５４５３ |
| ホームページアドレス | http://www.bestpartner-1.jp |
| 代表者 | 氏名 | 森　勝巳 |
| 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成3年3月19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）らゔぃすたそうか  ラヴィスタ草加 | |
| 所在地 | 〒340-0028　埼玉県草加市谷塚2-27-3 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 谷塚　駅 |
| 交通手段と所要時間 | 東武伊勢崎線　谷塚駅　徒歩17分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-934-5451 |
| FAX番号 | 048-934-5453 |
| ホームページアドレス | http:// www.bestpartner-1.jp |
| 管理者 | 氏名 | 鍛川　薫 |
| 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 平成　4　年　3月　31日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成　26　年　2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 | ８２５㎡ | | | | | | | | | | |
| 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 | | | なし | | | | | |
| 契約期間 | | | あり  （26年１月1日～46年12月31日） | | | | | |
| 契約の自動更新 | | | あり | | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | | | | | 1575.83㎡ | | | | | |
| うち、老人ホーム部分 | | | | | 1575.83㎡ | | | | | |
| 耐火構造 | 耐火建築物 | | | | | | | | | | |
| 構造 | 鉄骨造 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | なし | | | | | |
| 契約期間 | | | | あり  （26年１月1日～46年12月31日） | | | | | |
| 契約の自動更新 | | | | あり | | | | | |
| 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 | | | | 2人部屋 | | | | |
| 最大 | | | | 2人部屋 | | | | |
|  | トイレ | | | 浴室 | | | | 面積 | 戸数・室数 | | 区分※ |
| タイプ１ | 無 | | | 無 | | | | 11.13㎡ | 19 | | 一般居室個室 |
| タイプ２ | 有 | | | 無 | | | | 10.14㎡ | 33 | | 一般居室個室 |
| タイプ３ | 有 | | | 無 | | | | 20.97㎡ | 6 | | 一般居室相部屋 |
| タイプ４ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ５ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ６ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ７ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ８ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ９ | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| タイプ10 | 有／無 | | | 有／無 | | | | ㎡ |  | |  |
| ※「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 | | | 4ヶ所 | | うち男女別の対応が可能な便房 | | | | | 0ヶ所 | |
| うち車椅子等の対応が可能な便房 | | | | | 4ヶ所 | |
| 共用浴室 | | | 4ヶ所 | | 個室 | | | | | 3ヶ所 | |
| 大浴場 | | | | | 1ヶ所 | |
| 共用浴室における介護浴槽 | | | 2ヶ所 | | チェアー浴 | | | | | ヶ所 | |
| リフト浴 | | | | | 1ヶ所 | |
| ストレッチャー浴 | | | | | 1ヶ所 | |
| その他（　　　　　　） | | | | | ヶ所 | |
| 食堂 | | | あり | | | | | | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | | | なし | | | | | | | | |
| エレベーター | | | １　あり（車椅子対応） | | | | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | | | １　あり | | | | | | | | |
| 自動火災報知設備 | | | １　あり | | | | | | | | |
| 火災通報設備 | | | １　あり | | | | | | | | |
| スプリンクラー | | | １　あり | | | | | | | | |
| 防火管理者 | | | １　あり | | | | | | | | |
| 防災計画 | | | １　あり | | | | | | | | |
| その他 | 談話室・駐輪場等 | | | | | | | | | | | |

**４．サービスの内容**

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | 入居者様、が快適で心身とも充実、安定した生活を営むことに資するとともに、ホームの良好な  生活環境を確保することを目的とします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 利用者ひとり、ひとりに合ったサービスを提供する。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | ３　なし |
| 食事の提供 | １　自ら実施 |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | ３　なし |
| 健康管理の供与 | １　自ら実施 |
| 安否確認又は状況把握サービス | １　自ら実施 |
| 生活相談サービス | １　自ら実施 |

**（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（医療機関の紹介・手配　） | |
| 協力医療機関 | １ | 名称 | 広域医療法人ききょう会 巣鴨ホームクリニック |
| 住所 | 〒170-0002東京都豊島区巣鴨1-12-1 |
| 診療科目 | 内科 |
| 協力内容 | 訪問診療、日常の健康相談 |
| ２ | 名称 | 医療法人社団 朋百会 戸田本町クリニック |
| 住所 | 〒335-0023埼玉県戸田市本町3-9-16 |
| 診療科目 | 内科 |
| 協力内容 | 訪問診療、日常の健康相談 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 医療法人社団 慶実会 グレースデンタルクリニック城東分院 |
| 住所 | 〒110-0012東京都台東区竜泉1-21-18 |
| 協力内容 | 診察のための医師派遣、日常の健康相談 |

**（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 |
| 要支援の者 | １　あり |
| 要介護の者 | １　あり |
| 留意事項 | 介護を必要とする方から優先的に入居を受入 | |
| 契約の解除の内容 |  | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 第 30 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 | １　あり（内容：　１泊１万円　　　　　　　　　） | |
| 入居定員 | ６４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 |  | １ |
| 生活相談員 | |  |  |  |  |
| 直接処遇職員 | |  |  |  |  |
|  | 介護職員 | ８ | １ | ７ | 4.3 |
|  | 看護職員 | ３ |  | ３ | 2.7 |
| 機能訓練指導員 | |  |  |  |  |
| 計画作成担当者 | |  |  |  |  |
| 栄養士 | |  |  |  |  |
| 調理員 | |  |  |  |  |
| 事務員 | | ２ | １ | １ | 1.95 |
| その他職員 | | ８ | １ | ７ | 4.07 |
| １週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※２ | | | | | 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。  ※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 |  |  |  |
| 実務者研修の修了者 | １ |  | １ |
| 初任者研修の修了者 | ２ | １ | １ |
| 介護支援専門員 |  |  |  |

**（夜勤を行う看護・介護職員の人数）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 夜勤帯の設定時間（　２２時～６時） | | |
|  | 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 | | | | | | | | 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 | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | 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 | |  | ２ | ２ | | １０ | |  |  | | |  |  |  |  |
| 前年度１年間の退職者数 | |  | ０ | ０ | | ５ | |  |  | | |  |  |  |  |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | １年未満 |  |  |  | | ２ | |  |  | | |  |  |  |  |
| １年以上３年未満 |  |  |  | | ３ | |  |  | | |  |  |  |  |
| ３年以上５年未満 |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| ５年以上10年未満 |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| 10年以上 |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | １　あり | | | | | | | | | | |

**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 |
| 年齢に応じた金額設定 | | ２　なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | 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.　家賃　⇒　減額なし  2.　管理・運営費　⇒　15日未満の入院に関しましては、1ヶ月分  ⇒　15日以上の入院に関しましては、半月分  3.　水道光熱費　　⇒　15日未満の入院に関しましては、1ヶ月分  ⇒　15日以上の入院に関しましては、半月分  4.　食費　　　　　⇒　7日前に申し出る事とします。  または、7日分(1,400円×7日分)をお支払頂きますと、利用停止できるものとします。 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 人件費・諸物価の変動に基づき、運営懇談会の意見を考慮して行う。 |
| 手続き | 2ヶ月前までに利用者・身元引受人等へ事前に通知し、説明をします。 |

**（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1 |
| 年齢 | | ６５歳 | ６５歳 |
| 居室の状況 | | | 床面積 | | 10.14㎡ | 11.13㎡ |
| 便所 | | １　有 | ２　無 |
| 浴室 | | ２　無 | ２　無 |
| 台所 | | ２　無 | ２　無 |
| 入居時点で必要な費用 | | | 前払金 | | 円 | 円 |
| 敷金 | | １０６,０００円 | １１０,０００円 |
| 月額費用の合計 | | | | | １３５,０００円 | １４０,０００円 |
|  | 家賃 | | | | ５３,０００円 | ５５,０００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 | ４２,０００円 | ４２,０００円 |
|  | 管理費 | ２８,０００円 | ２８,０００円 |
|  | 介護費用 | 円 | 円 |
|  | 光熱水費 | １２,０００円 | １５,０００円 |
|  | その他 | 円 | 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） | | | | | | |

**（利用料金の算定根拠）**

|  |  |
| --- | --- |
| 費目 | 算定根拠 |
| 家賃 | 近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として設定 |
| 敷金 | 家賃の２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 | 共用施設設備の維持管理費、共用の消耗品費、事務管理費等として設定 |
| 食費 | 1名分として朝食200円、昼食350円、夕食350円、間食100円とし30日間で積算 |
| 光熱水費 | 各居室の電気・水道料金を5,000円（トイレ無）、8,000円（トイレ無）供用部分の電気・水道・ガス料金を7,000円として設定 |
| 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 | ３６人 |
| 女性 | ２６人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | ９人 |
| 65歳以上75歳未満 | １７人 |
| 75歳以上85歳未満 | ２５人 |
| 85歳以上 | １１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 | ２２人 |
| 要介護２ | １８人 |
| 要介護３ | ８人 |
| 要介護４ | １０人 |
| 要介護５ | ４人 |
| 入居期間別 | ６ヶ月未満 | １０人 |
| ６ヶ月以上１年未満 | ３１人 |
| １年以上５年未満 | ２１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 | ７５.８歳 |
| 入居者数の合計 | ６２人 |
| 入居率※ | ９７％ |
| ※ 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 | 人 |
| 社会福祉施設 | １３人 |
| 医療機関 | ２人 |
| 死亡者 | ８人 |
| その他 | 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 | １５人 |
| （解約事由の例）入院・特養への移動 |

**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 | | ラヴィスタ草加　事務局 |
| 電話番号 | | ０４８－９３４－５４５１ |
| 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 | | １２月２８日～１月３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会社 |
|  | |
| 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）  事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命、身体または財産に損害を及ぼした場合は、その損害を賠償する。 |
|  | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | １　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 | １　あり | 実施日 |  |
| 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 | ２　入居希望者に交付 |
| 管理規程 | ２　入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | １　入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨 | １　入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 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回 | |
| ２　なし | | | |
|  | １　代替措置あり | | （内容）  地域との定期的な交流の確保  担当ケースワーカーとの密な連絡・報告  入居者の家族との個別の連絡体制の確保  電話対応が可能な家族がいる場合密な連絡・報告 |
| ２　代替措置なし | | |
| 提携ホームへの移行  【表示事項】 | | 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 | | | |
| 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 | | 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 | | 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 | 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 | | あり | | | |
|  | 不適合事項がある場合の内容 | |  |  | | --- | --- | | 項　　目 | 適合の可否 | | 個室の整備 | 不適合（2人室有） | | 廊下幅員 | 不適合（1.8ｍ） | | 一般居室面積 | 不適合（11.13㎡） | | | | |

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）

※　　　　　　　　　　　　　　様

説明年月日　平成　　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 |  | ﾍﾞｽﾄｹｱ草加 | 埼玉県草加市谷塚2-27-3 |
| 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 |  | なし |  |  |
| 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 |  |  |
| 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＞ | | | | | |
|  | 介護予防訪問介護 | あり |  | ﾍﾞｽﾄｹｱ草加 | 埼玉県草加市谷塚2-27-3 |
| 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 |  |  |
| 介護予防通所介護 |  | 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 |  |  |

**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** |  |
|  | | 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 | | | | | 備　　考 | |
| （利用者が全額負担） | | 包含※2 | 都度※2 |  |
| 料金※3 |
| 介護サービス | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 食事介助 | なし |  | なし |  |  |  |  | 訪問介護を利用 | |
|  | 排泄介助・おむつ交換 | なし |  | なし |  |  |  |  | 〃 | |
|  | おむつ代 |  |  | なし |  |  |  |  | 〃 | |
|  | 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし |  | なし |  |  |  |  | 〃 | |
|  | 特浴介助 | なし |  | なし |  |  |  |  | 〃 | |
|  | 身辺介助（移動・着替え等） | なし |  | なし |  |  |  |  | 〃 | |
|  | 機能訓練 | なし |  | なし |  |  |  |  |  | |
|  | 通院介助 | なし |  |  | あり | ○ |  |  | 車両内及び院内 | |
| 生活サービス | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 居室清掃 | なし |  | なし |  |  |  |  | 訪問介護を利用 | |
|  | リネン交換 | なし |  | なし |  |  |  |  | 〃 | |
|  | 日常の洗濯 | なし |  | なし |  |  |  |  | 〃 | |
|  | 居室配膳・下膳 | なし |  | なし |  |  |  |  | 〃 | |
|  | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 |  |  | なし |  |  |  |  | 〃 | |
|  | おやつ |  |  |  | あり | ○ |  |  |  | |
|  | 理美容師による理美容サービス |  |  | なし |  |  |  |  | 訪問介護を利用 | |
|  | 買い物代行 | なし |  |  | あり | ○ |  |  | 指定した店舗でのみ | |
|  | 役所手続き代行 | なし |  |  | あり | ○ |  |  |  | |
|  | 金銭・貯金管理 |  |  |  | あり | ○ |  |  |  | |
| 健康管理サービス | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 定期健康診断 |  |  | なし |  |  |  |  | 訪問介護を利用 | |
|  | 健康相談 | なし |  |  | あり | ○ |  |  |  | |
|  | 生活指導・栄養指導 | なし |  |  | あり | ○ |  |  |  | |
|  | 服薬支援 | なし |  |  | あり | ○ |  |  |  | |
|  | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | 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 | ○ |  |  |  | |
|  | 入退院時の同行 | なし |  |  | あり | ○ |  |  | 車両内及び院内 | |
|  | 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし |  | なし |  |  |  |  |  | |
|  | 入院中の見舞い訪問 | なし |  | なし |  |  |  |  |  | |

※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、月額の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。