

(別表6)

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|--------|
| 記入年月日 | 令和6年6月 |
| 記入者名 | 大野 貴司 |
| 所属・職名 | 事務長 |

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) いりょうほうじんしゃだん せいざんかい 医療法人社団 青山会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒675-1352 小野市復井町 916-12 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0794-66-0951 |
| | FAX番号 | 0794-66-0952 |
| | ホームページアドレス | http://www.opal.or.jp |
| 代表者 | 氏名 | 理事長 |
| | 職名 | 大槻 眞 |
| 設立年月日 | 平成 3年 8月 1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) おぱーるひめじべっかん オパール姫路別館 | |
| 所在地 | 〒670-0934 姫路市駅前町 27-1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 姫路駅 |
| | 交通手段と所要時間 | JR 姫路駅徒歩 3分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 079-222-3575 |
| | FAX番号 | 079-222-3577 |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 管理者 | 氏名 | 緒方志穂 |
| | 職名 | 看護部長 |
| 建物の竣工日 | 平成 30年 7月 15日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成 30年 8月 1日 | |

(類型)

| | | |
|------------------------------------|------------|--|
| 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 | |
| | 事業所の指定日 | |
| | 指定の更新日（直近） | |

3. 建物概要

| | | | |
|---------|---------|------------------------|-------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 1506.00 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 | なし |
| | | 契約期間 | なし |
| | 契約の自動更新 | あり | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 3,607.58 m ² |
| | | うち、老人ホーム | 1,572.24 m ² |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | |
| | | 2 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 | なし |
| | | 契約の自動更新 | あり |
| | 居室の状況 | 居室区分 | ① 全室個室 |
| 2 相部屋あり | | | |
| 最小 | | | 人部屋 |
| 最大 | | | 人部屋 |

| | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
|-------|-----|-----|------|-------|--------|
| タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 19.5 | 20 | 一般居室個室 |
| タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 19.8 | 3 | 一般居室個室 |
| タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 22.3 | 8 | 一般居室個室 |
| タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 39.6 | 1 | 一般居室個室 |
| タイプ5 | 有/無 | 有/無 | 29.7 | 2 | 一般居室個室 |
| タイプ6 | 有/無 | 有/無 | 36.0 | 2 | 一般居室個室 |
| タイプ7 | 有/無 | 有/無 | 45.0 | 2 | 一般居室個室 |
| 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 | 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 | 4ヶ所 | 個室 | 4ヶ所 |
| | | | 大浴場 | ヶ所 |
| | 共用浴室における 介護浴室 | 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 | |
| | 入居者や家族が利用 できる調理施設 | 1 | あり | |
| エレベーター | 1 | あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） | | |
| 消防用設 備等 | 消火器 | 1 | あり | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | |
| | 火災報知設備 | 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 | | | | |

4. サービスの内容

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | ご入居様が自らの意思に基づいて、生き生きとした生活を送って頂けるようお手伝いします |
| サービスの提供内容に関する特色 | 1 安心出来る生活環境を提供します 2 自由度の高い生活環境を提供します |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 一部を自ら実施 |
| 食事の提供 | 委託 |
| 洗濯、掃除等の家事の提供 | なし |
| 健康管理の供与 | 自ら実施 |
| 安否確認又は状況把握サービス | 自ら実施と委託併用 |
| 生活相談サービス | 自ら実施 |

(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省略可能

| | | | |
|--------------------------------|--------------|----------------------|-----------|
| 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) | 1 あり 2 なし |
| | | イ | |
| | | (Ⅰ) | 1 あり 2 なし |
| ロ | | | |
| | (Ⅱ) | 1 あり 2 なし | |
| | (Ⅲ) | 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) : 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 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団 青山会 リコルスクリニック |
| | | 住所 | 姫路市駅前町 27-1 |
| | | 診療科目 | 整形外科、内科、リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | 入居者の健康診断、外来診療、往診等 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 名称 | |

| | | | |
|----------|--|------|--|
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | | 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 ② その他 (入居者の申し出による) | | |
| 判断基準の内容 | 入居者の自由意志 | | |
| 手続きの内容 | 契約の変更 | | |
| 追加的費用の有無 | なし | | |
| 居室利用権の取扱い | なし | | |
| 前払金償却の調整の有無 | なし | | |
| 従前の居室との仕様の 変更 | 面積の増減 | あり | |
| | 便所の変更 | なし | |
| | 浴室の変更 | あり | |
| | 洗面所の変更 | なし | |
| | 台所の変更 | なし | |
| | その他の変更 | 1 あり | (変更内容) |
| | ② なし | | |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|--------------------------------------|------------------|
| 入居対象となる者 | 自立している者 | あり |
| | 要支援の者 | あり |
| | 要介護の者 | あり |
| 留意事項 | 当施設は住宅であり、体制・支援内容等につき十分理解いただくことが前提です | |
| 契約の解除の内容 | 契約者または、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 | 解除要項 | 契約書第 10 条に違反した場合 |
| | 解除予告期間 | 即時～1 ヶ月 |
| 入居者からの解除予告期間 | 1 ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容：1 泊～数週間の利用、費用は日割り計算とする) | |
| 入居定員 | 38 人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要）

（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名 | 1名 | | 1名 |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 9名 | 9名 | | 9名 |
| 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 | | | | |
| <p>※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。</p> <p>※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。</p> | | | | |

（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名 | 6名 | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 1名 | 1名 | |
| 介護支援専門員 | 2名 | 2名 | |

（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 | | | |
| 言語療法士 | | | |
| 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)

| | | |
|-----------------------|------|-----------------|
| 夜間帯の設定時間 (18 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 | 0 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利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ | a 1. 5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2. 5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | : 1 |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|------------------------------------|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | | | | | |
|-------------------|-----------|--------|------|---------|-------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり | | | |
| | 業務にかかる資格等 | ① あり | | | | |
| | | 資格等の名称 | 看護師 | | | |
| | | 2 なし | | | | |
| 区分 | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
| | 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 | | | |
| 前年度 1 年間の退職者数 | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1 年未満の者の人数 | | | | | | |
| 1 年以上 3 年未満の者の人数 | | | | | | |
| 3 年以上 5 年未満の者の人数 | | | | | | |
| 5 年以上 10 年未満の者の人数 | | | | | | |
| 10 年以上の者の人数 | 1 | | 1 | | 1 | |
| | 機能訓練指導員 | | | 計画作成担当者 | | |
| | 常勤 | 非常勤 | | 常勤 | 非常勤 | |
| 前年度 1 年間の採用者数 | | | | | | |

| | | | | |
|-------------------|-----------|--|--|--|
| 前年度 1 年間の退職者数 | | | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | |
| 1 年未満の者の人数 | | | | |
| 1 年以上 3 年未満の者の人数 | | | | |
| 3 年以上 5 年未満の者の人数 | | | | |
| 5 年以上 10 年未満の者の人数 | | | | |
| 10 年以上の者の人数 | | | | |
| 従業者健康診断の実施状況 | ① あり 2 なし | | | |

6. 利用料金

| | | | |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------|
| 居住の権利形態 | 建物賃貸借方式 | | |
| 利用料金の支払い方式 | 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 | | |
| | 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 | なし | | |
| 要介護度に応じた金額設定 | 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 | 減額なし | | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 経済事情の変動により、料金が不相当となった場合 | |
| | 手続き | 改定を行う 1 ヶ月前までに書面により同意を得る | |

(利用料金のプラン (代表的なプラン))

| | | プラン 1 | プラン 2 |
|------------|------|---------------------|---------------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | | |
| | 年齢 | 60 歳 | 60 歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 19.5 m ² | 22.3 m ² |
| | 便所 | 1 あり | 1 あり |
| | 浴室 | 2 なし | 2 なし |
| | 台所 | 1 あり | 1 あり |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0 円 | 0 円 |
| | 敷金 | 0 円 | 0 円 |
| 月額費用の合計 | | 210000 円 | 219000 円 |
| 家賃 | | 70000 円 | 75000 円 |

| | | | | |
|--------|------------------|--------|--------|--------|
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護の費用※1 | | 円 | 円 |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 60000円 | 60000円 |
| | | 管理費 | 18000円 | 20000円 |
| | | 介護費用 | 38000円 | 38000円 |
| | | 光熱水費 | 0円 | 円 |
| | その他 | 24000円 | 26000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 | 土地・建物賃借料(面積按分) |
| 敷金 | なし |
| 介護費用 | 状況把握・生活支援を行う者の人件費等 |
| 管理費 | 各居室の水道光熱費、維持管理費等 |
| 食費 | 委託業者の人件費、食材費、維持管理費等 |
| 光熱水費等 | 共同利用スペースの水道光熱費、維持費 |
| 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 | NHK受信料は入居者が個別で契約する。 |

(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

| 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 | |
| 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) ※前払金を受領しない場合は省略可能

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| 算定根拠 | |
| 想定居住年数(償却年月数) | ヶ月 |
| 償却の開始日 | 入居日 |
| 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) | 円 |
| 初期償却率 | % |
| 返還金の | 入居後3月以内の契約終了 |

| | | |
|---------|----------|----------------------------------|
| | 志望者 | 0人 |
| | その他 | 5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) 認知症の悪化で介護施設入所が必要となる。 |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入。

| | | |
|----------|-------|--------------|
| 窓口の名称 | | オパール姫路別館 事務室 |
| 電話番号 | | 079-222-3575 |
| 対応している時間 | 平日 | 9時～18時 |
| | 土曜日 | 9時～18時 |
| | 日曜・祝日 | 9時～18時 |
| 定休日 | | 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 | 東京海上日動賠償責任保険 |
| | 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 | 保険業者と協議の上速やかに賠償 |
| | 2 なし | |
| 事故対応及び予防のための指針 | 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 |
| | ③ 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 ③ 入居希望者に配布 3 公開していない |
| 管理規程 | ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 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 入居希望者に配布 ② 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 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 入居希望者に配布 ④ 公開していない |

10. その他

| | | |
|---|--|-----------------------|
| 運営懇談会 | 1 あり | (開催頻度) 年 回 |
| | ② なし | |
| | 1 代替措置あり | 入居者家族との連絡体制構築と、住民との交流 |
| | 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 | 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 | |
| 姫路市有料老人ホーム設置運営指導指針第 5 章「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 | | |
| 第 6 章 1 「既存建物等の活用の取り扱い」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 | |
| 姫路市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 | 運営懇談会の未設置 | |

添付書類

別添 1 : 事業主体が姫路市内で実施する他の介護サービス一覧表

別添 2 : 入居者の個別選択によるサービス一覧表

※ _____ 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 事業主体が姫路市内で実施する他の介護サービス一覧表

| 介護サービスの種類 | | 事業所名称 | 所在地 |
|---------------------------|----|---------------|------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | あり | オパール訪問介護事業所 | 姫路市駅前町27-1 |
| 訪問入浴介護 | | なし | |
| 訪問看護 | あり | リコルスクリニク | 姫路市駅前町27-1 |
| 訪問リハビリテーション | あり | リコルスクリニク | 姫路市駅前町27-1 |
| 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 | あり | リコルスクリニク | 姫路市駅前町27-1 |
| 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 | |
| 看護小規模多機能居宅介護 | | なし | |
| 居宅介護支援 | あり | オパール居宅介護支援事業所 | 姫路市駅前町27-1 |
| <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 | あり | リコルスクリニク | 姫路市駅前町27-1 |

| | | | | |
|------------------|----|----|---------------|------------|
| | | | リニック | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | | リコルスク リニック | 姫路市駅前町27-1 |
| 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 | あり | | リコルスク リニック | 姫路市駅前町27-1 |
| 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 | | |

| | | | | |
|-------------------|--|----|--|--|
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | |
| 総合事業訪問介護 | | なし | | |
| 総合事業訪問生活援助 | | なし | | |
| 総合事業通所介護 | | なし | | |

別添 2

入居者の個別選択によるサービス一覧表

| 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 |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|---|----------|----------|----------|-------------------|
| 区分 | 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) | | | 包含 ※2 | 都度 ※2 | 料金 ※3 | 備考 |
| | | | | | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | | あり | ○ | | | | 介護保険で賄われない部分 |
| 排泄介助・おむつ交換 | | | | あり | ○ | | | | 介護保険で賄われない部分 |
| おむつ代 | なし | あり | | あり | ○ | | | | 介護保険で賄われない部分 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | | あり | ○ | | | | 介護保険で賄われない部分 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | | | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | 介護保険で賄われない部分 |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | | | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | | | | | | |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | | | | | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | | | | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | | | | | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | | | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | | あり | | ○ | 900 円 | | 料金は 1 食当たり |
| おやつ | | | なし | | | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | | あり | | ○ | 2000 円 | | 理美容の内容により変動あり |
| 買い物代行 | なし | あり | | あり | ○ | | | | 30 分以内で実施出来るものに限る |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | | ○ | | | | |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|---|---|--------|--------------|
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | | あり | | ○ | 5500 円 | 年 1 回 |
| 健康相談 | なし | あり | | あり | ○ | | | 看護師が行う |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | | あり | ○ | | | 看護師または栄養士が行う |
| 服薬支援 | なし | あり | | あり | ○ | | | 看護師が行う |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | | 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 | | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | | | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | | | | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割または2割または3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときには、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、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。