

別紙様式

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成30年7月1日 |
| 記入者名 | 伊藤真論 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|---------------------------------------|---|
| 名称 | (ふりがな) ゆうげんがいしゃねくすとらいふ 有限会社ネクストライフ | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 542-0063 大阪市中央区東平2-1-6ネクストライフビル | |
| 連絡先 | 電話番号／FAX番号 | 06-6763-2113/06-6767-7557 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | http://next-life.jp/ |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役 | / 関 隆彦 |
| 設立年月日 | 平成 17年11月25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) らいふぱーとなほしがおか ライフパートナー星丘 | | |
| 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 | | |
| 有料老人ホームの類型 | 住宅型 | | |
| 所在地 | 〒 573-0013 大阪府枚方市星丘2丁目22-34 | | |
| 主な利用交通手段 | 京阪交野線星ヶ丘駅より徒歩8分 | | |
| 連絡先 | 電話番号／FAX番号 | 072-805-0020／072-805-0021 | |
| | メールアドレス | | |
| | ホームページアドレス | http://next-life.jp/ | |
| 管理者（職名／氏名） | 施設長 | / 伊藤真論 | |
| 事業開始日／届出受理日 又は登録日（登録番 | 平成 28年4月1日 | / 平成 27年12月7日 (福監356号) | |

3 建物概要

| | | | | | | | |
|------------------------|------------------|----------------|------------------------------|------------------|-------------|----------------|------------------|
| 土地 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | あり | 契約の自動更新 | あり | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 28年4月1日 | | ～ | 平成 48年3月30日 | | |
| | 面積 | 895.3 | m ² | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | あり | 契約の自動更新 | あり | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 28年4月1日 | | ～ | 平成 48年3月30日 | | |
| | 延床面積 | 968.2 | m ² (うち有料老人ホーム部分) | | | 958.2 | m ²) |
| | 竣工日 | 平成 28年3月15日 | | 用途区分 | | 老人ホーム | |
| | 耐火構造 | 準耐火建築物 | その他の場合 : | | | | |
| | 構造 | 木造 | その他の場合 : | | | | |
| | 階数 | 2 階 | (地上 | 2 階、地階 | | 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 | 37 戸 | 届出又は登録をした室数 | | | 37 室 | |
| | 部屋タイプ | トイレ | 洗面 | 浴室 | 台所 | 収納 | 面積 |
| | | | | | | | 室数 |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 12.56 |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | × | 17.75 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 1 ケ所 | うち男女別の対応が可能なトイレ | | | | ヶ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ | | | | 1 ケ所 |
| | 共用浴室 | 個室 | 3 ケ所 | | | ヶ所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | | | ヶ所 | | ヶ所 | その他 : |
| | 食堂 | | 1 ケ所 | 面積 | 99.9 | 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 ケ所 | | |
| | 廊下 | 中廊下 | 1.8 m | 片廊下 | 1.8 m | | |
| | 汚物処理室 | | 1 ケ所 | | | | |
| | 緊急通報装置 | 居室 | あり | トイレ | あり | 浴室 | あり |
| | | 通報先 | 事務室 | 通報先から居室までの到着予定時間 | | 1~2分 | |
| 消防用設備等 | その他 | 洗濯室、駐車場、談話室 | | | | | |
| | 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 | | 施設に係る初期費用を抑え、誰もが安価な価格で安心して暮らせる施設を運営していく。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | | 入居者様第一主義にて満足して頂くよう努めています。 |
| 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 | なし | |
| 食事の提供 | 自ら実施 | |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与 | なし | |
| 健康管理の支援（供与） | なし | |
| 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：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 | 医療法人社団日翔会わたなべクリニック |
| | 提供方法 | 年1回の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 | | <ul style="list-style-type: none"> ・従業者に対し、虐待防止研修を実施している。 ・入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。 ・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。 ・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 | | <ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束は原則禁止しており、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。） ・経過観察及び記録をする。 ・2週間に1回以上、ケース検討会議等開催し、入居者の状態、身体拘束等の中止及び改善取組等について検討する。 |

(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、入退院の付き添い | |
| | その他の場合 : | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人社団日翔会わたなべクリニック |
| | 住所 | 大阪府吹田市青葉丘南6-9 |
| | 診療科目 | 内科、皮膚科、精神科 |
| | 協力内容 | 訪問診療、急変時の対応 |
| | | その他の場合 年1回の健康診断 |
| | 名称 | |
| | 住所 | |
| | 診療科目 | |
| | 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】

| | | | |
|----------------|-------------------|--------|-------|
| 入居後に居室を住み替える場合 | その他 | | |
| | その他の場合 一般居室から一般居室 | | |
| 判断基準の内容 | | | |
| 手続の内容 | | | |
| 追加的費用の有無 | なし | 追加費用 | |
| 居室利用権の取扱い | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | なし | 調整後の内容 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | なし | 変更の内容 |
| | 便所の変更 | なし | 変更の内容 |
| | 浴室の変更 | なし | 変更の内容 |
| | 洗面所の変更 | なし | 変更の内容 |
| | 台所の変更 | なし | 変更の内容 |
| | その他の変更 | なし | 変更の内容 |

(入居に関する要件)

| | | | | | |
|----------------|--------------------------------|---|---|--|--|
| 入居対象となる者 | 要支援、要介護 | | | | |
| 留意事項 | | | | | |
| 契約の解除の内容 | ①入居者が死亡した場合 ②入居者、又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 | 解約条項 | 一、入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 二、月払いの利用料その他の支払いをしばしば遅延するとき 三、第13条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき 四、建物、付属設備品又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき 五、入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき 六、共同生活の秩序を乱す行為があったとき 2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きよって行う。 一、前項の通告に先立ち、必ず、入居者および入居者の身元引受人に弁明の機会を設けるものとする | | | |
| 解約予告期間 | 2ヶ月 | | | | |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | | | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 1泊2日6,000円（食費・光熱費込み） 空室がある場合のみ最大7日程度 | | |
| 入居定員 | 37人 | | | | |
| その他 | | | | | |

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 | |
| 管理者 | 1 | 1 | |
| 生活相談員 | | | |
| 直接処遇職員 | | | |
| 介護職員 | | | |
| 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 | 1 | 1 | 管理者 |
| その他職員 | 6 | | 6 |

(資格を有している介護職員の人数)

(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 | | | |
| 柔道整復師 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

| 夜勤帯の設定時間（19時～9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 | 人 |
| 介護職員 | 1 人 | 0 | 人 |
| 生活相談員 | 人 | 人 | 人 |
| | 人 | 人 | 人 |

(職員の状況)

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------------|----------------------------------|---|
| 居住の権利形態 | 利用権方式 | |
| 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 | あり | 管理費：不在期間が10日以上の場合に限り 日割り計算で減額 内 容：食 費：3日前までに告知頂いた欠食分は返金。 やむおえない場合はこの限りでない。 その他：減額なし |
| 利用料金の改定 | 条件 | 消費税改定時及び公共料金の著しく高騰した場合 |
| | 手続き | 運営懇談会の意見を聴いて改定 |

(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 | | | |
| | 年齢 | | | |
| 居室の状況 | 部屋タイプ | 一般居室個室 | 一般居室個室 | |
| | 床面積 | 12.56m ² | 12.56m ² | |
| | トイレ | あり | あり | |
| | 洗面 | あり | あり | |
| | 浴室 | なし | なし | |
| | 台所 | なし | なし | |
| | 収納 | | | |
| 入居時点で必要な費用 | 敷金 | 100,000円 | 100,000円 | |
| | | | | |
| 月額費用の合計 | | 118,200円 | 106,200円 | |
| ※費用 (介護) | 家賃 | 50,000円 | 38,000円 | |
| | 保 し 外 び ※ ス 費 用 (介 護 | 食費 | 43,200円 | 43,200円 |
| | | 管理費 | 20,000円 | 20,000円 |
| | | 状況把握及び生活相談サービス費 | | |
| | | 光熱水費 | 5,000円 | 5,000円 |
| | | | | |
| | | | | |
| 備考 ※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する 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。） 上記表示金額は、消費税（別）の表記です。 プラン2は生活保護受給の方の利用料金です。 | | | | |

(利用料金の算定根拠等)

| | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|
| 家賃 | 近隣施設の相場に基づき算定 | |
| 敷金 | 家賃の | 2ヶ月分 |
| | 解約時の対応 | 未払いの債務等がある場合は相殺とし、残額を返還 |
| 前払金 | | |
| 食費 | 食材費、人件費、設備・備品代（調理具・食器等） | |
| 管理費 | 共用施設等の維持・管理費、人件費及び事務費 | |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | | |
| 光熱水費 | 実績見込み額により算出 | |
| | | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 人件費、消耗品等に基づき算定 料金は別添2参照 | |
| 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） | |
| 初期償却率（%） | |
| 返還金の算定方法 | 入居後3ヶ月以内の契約終了 |
| | 入居後3ヶ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 | 7人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 8人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 8人 |
| | 85歳以上 | 7人 |
| 要介護度別 | 自立 | 7人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 1人 |
| | 要介護1 | 6人 |
| | 要介護2 | 7人 |
| | 要介護3 | 4人 |
| | 要介護4 | 3人 |
| | 要介護5 | 2人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 6人 |
| | 6か月以上1年未満 | 4人 |
| | 1年以上5年未満 | 20人 |
| | 5年以上10年未満 | 0人 |
| | 10年以上 | 人 |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 人／人 |
| 入居者数 | | 30人 |

(入居者の属性)

| | | | | |
|------|-----|------|-----|-------------|
| 性別 | 男性 | 14人 | 女性 | 16人 |
| 男女比率 | 男性 | 46% | 女性 | 53% |
| 入居率 | 81% | 平均年齢 | 74歳 | 平均要介護度 2.36 |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------------------------------|----|
| 退去先別の人數 | 自宅等 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 1人 |
| | 死亡者 | 人 |
| | その他 | 1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 (解約事由の例) 長期入院、転居等 | |
| | 2人 | |

8 苦情・事故・虐待等に関する体制

(利用者からの苦情・事故・虐待等に対する窓口等の状況)

| | | |
|-----------------|-------------------|----------------|
| 窓口の名称（設置者） | 有限会社ネクストライフ | |
| 電話番号 / FAX | 06-6763-2113 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | 土日祝日・年末年始 | |
| 窓口の名称(苦情) | 枚方市長寿社会部介護保険課 | |
| 電話番号 / FAX | 072-841-1460 | / 072-844-0315 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:30 |
| 定休日 | 土日祝日・年末年始 | |
| 窓口の名称（事故・虐待の場合） | 枚方市長寿社会部地域包括ケア推進課 | |
| 電話番号 / FAX | 072-841-1458 | / 072-844-0315 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:30 |
| 定休日 | 土日祝日・年末年始 | |

(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 | 三井住友海上火災保険株式会社 |
| | 加入内容 | 賠償責任保険 |
| | その他 | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 当事業所が運営する施設で事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。 | |
| 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 | あり | ありの場合 | 意見箱にて | |
| | | | 実施日 | 随時 |
| | | 結果の開示 | あり | |
| 第三者による評価の実施状況 | なし | ありの場合 | 開示の方法 | 運営懇談会にて意見交換 |
| | | | 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 | 入居希望者に公開 |
| 重要事項説明書の雛形 | 入居希望者に公開 |
| 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 | 公開していない |

10 その他

| | | ありの場合 | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------|-------------------------------|----------|--|--|
| | あり | 開催頻度 | 年 2回 | | | |
| 運営懇談会 | | 構成員 | 入居者とそのご家族、施設長、施設職員、民生委員、自治会長等 | | | |
| | | なしの場合の代替措置の内容 | | | | |
| 提携ホームへの移行 | | ありの場合の提携ホーム名 | | | | |
| 個人情報の保護 | <ul style="list-style-type: none"> 入居者の名簿及びサービスの帳簿における個人情報に関する取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」並びに、枚方市個人情報保護条例及び市町村の個人情報の保護に関する定めを遵守する。 事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知り得た入居者及び家族等の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らさない。また、サービス提供契約完了後においても、上記の秘密を保持する。 事業者は、職員の退職後も上記の秘密を保持する雇用契約とする。 事業者は、サービス担当者会議等において入居者及び家族の個人情報を利用する場合は、あらかじめ文書にて入居者及び家族等の同意を得る。 | | | | | |
| 緊急時等における対応方法 | <ul style="list-style-type: none"> 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） 例) <ul style="list-style-type: none"> 病気、発熱（38度以上）、事故（骨折・縫合等）が発生した場合、連絡先（入居者が指定した者：家族・後見人）及びどのレベルで連絡するのかを確認する。 連絡が取れない場合の連絡先及び対応についても確認する。 関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告する。 賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応する。 | | | | | |
| 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 | | | | |
| 枚方市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 | あり | | | | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | 居室（トイレ・収納設備等除く）の内法面積が13m ² を満たしていない居室がある | | | | | |
| 「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | <table border="1"> <tr> <td>代替措置等の内容</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | 代替措置等の内容 | | |
| 代替措置等の内容 | | | | | | |
| 合致しない事項がある場合の入居者への説明 | 入居者及び家族等へ契約前、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 | | | | | | |
| 合致しない事項がある場合の入居者への説明 | | | | | | |

添付書類：別添1（事業主体が枚方市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）

上記の重要事項説明書の内容について、「枚方市有料老人ホーム設置運営指導指針」の規定に基づき、
入居者、入居者代理人に説明を行いました。

| | | | | |
|---------|----|---|---|---|
| 説明年月日 : | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 法人名 : | | | | |
| 代表者氏名 : | 印 | | | |
| 事業所名 : | | | | |
| 説明者氏名 : | 印 | | | |

上記の重要事項の内容、並びに介護サービス、医療サービス等、その他のサービス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、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

(入居者)

| | |
|------|---|
| 住所 : | |
| 氏名 : | 印 |

| | |
|------|---|
| 住所 : | |
| 氏名 : | 印 |

(別添1)事業主体が枚方市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 | 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 | |
| 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 | |
| <第1号事業> | | |
| 予防訪問事業 | なし | |
| 予防通所事業 | 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

| | | 個別の利用料で実施するサービス 料金※（税抜） | 備考 | |
|----------|------------------|----------------------------|-----------|-------------|
| | | | | |
| 介護サービス | 食事介助 | なし | | |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | なし | | |
| | おむつ代 | あり | 実費 | |
| | 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | | |
| | 特浴介助 | なし | | |
| | 身辺介助（移動・着替え等） | なし | | |
| | 機能訓練 | なし | | |
| | 通院介助 | あり | 1,000円／時間 | 半径10キロ圏内とする |
| 生活サービス | 居室清掃 | なし | | |
| | リネン交換 | なし | | |
| | 日常の洗濯 | なし | | |
| | 居室配膳・下膳 | なし | | |
| | 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 | あり | 2,000円／回 | |
| | 買い物代行 | あり | 1,000円／回 | 半径1キロ以内とする |
| | 役所手続代行 | あり | 1,000円／回 | 管轄の役所に限る |
| | 金銭・貯金管理 | なし | | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | あり | 実費 | 年2回 |
| | 健康相談 | あり | 実費 | 年2回 |
| | 生活指導・栄養指導 | なし | | |
| | 服薬支援 | なし | | |
| | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | | |
| 入退院のサービス | 移送サービス | なし | | |
| | 入退院時の同行 | あり | 1,000円／時間 | |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | 1,000円／回 | |
| | 入院中の見舞い訪問 | なし | | |

※「あり」を選択したときは、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。