

## 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和7年7月1日 |
| 記入者名  | 松尾 友介    |
| 所属・職名 | ホーム長     |

## 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) かぶしきがいしやちゃーむ・けあ・こーぼれーしょん<br>株式会社チャーム・ケア・コーポレーション |                        |
| 主たる事務所の所在地 | 〒530-0005 大阪市北区中之島三丁目6番32号                              |                        |
| 連絡先        | 電話番号  | 06-6445-3389           |
|            | FAX番号   | 06-6445-3398           |
|            | ホームページアドレス  | http:// www.charmcc.jp |
| 代表者        | 氏名  | 下村 隆彦                  |
|            | 職名  | 代表取締役                  |
| 設立年月日      | 1984 年 8 月 22 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) ちゃーむりっとう<br>チャーム栗東   |  |
| 所在地      | 〒520-3027<br>滋賀県栗東市野尻 443 番 |  |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                         | JR 東海道本線「栗東」駅                            |
|          | 交通手段と所要時間                   | 最寄駅より徒歩約 11 分 (約 820m)                   |
| 連絡先      | 電話番号                        | 077-598-5261                             |
|          | FAX番号                       | 077-598-5262                             |
|          | メールアドレス                     | gyomu-kanri-horei@charmcc.jp             |
|          | ホームページアドレス                  | http:// www.charmcc.jp/home/charm_ritto/ |

|               |    |                 |
|---------------|----|-----------------|
| 管理者           | 氏名 | 松尾 友介           |
|               | 職名 | ホーム長            |
| 建物の竣工日        |    | 2024 年 9 月 10 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |    | 2024 年 10 月 1 日 |

(類型)【表示事項】

|  |            |                 |
|--|------------|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 または 2<br>に該当する<br>場合   | 介護保険事業者番号  | 2571201033      |
|  | 指定した自治体名   | 滋賀県             |
|  | 事業所の指定日    | 2024 年 10 月 1 日 |
|  | 指定の更新日（直近） | 年 月 日           |

3. 建物概要

|                            |   |  |   |
|----------------------------|---|--|---|
| 土地                         | 敷地面積  | 2,020.80 m <sup>2</sup>  |   |
|                            | 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（普通賃借 ・ 定期賃借 ）               |   |
|                            |   | 抵当権の有無   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                               |
|                            |   | 契約期間   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり<br>(2024年2月1日～ 2074年1月31日)<br>2 なし |
| 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   | 3,035.68 m <sup>2</sup>   |
|                            |   | うち、老人ホーム部分   | 3,035.68 m <sup>2</sup>   |
|                            | 耐火構造  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他（ ）          |   |
|                            | 構造  | 1 鉄筋コンクリート造<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造<br>3 木造<br>4 その他（ ） |   |
|                            | 所有関係  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物                           |   |
| 2 事業者が賃借する建物（普通賃借 ・ 定期賃借 ） |   |  |   |
|                            | 抵当権の設定  | 1 あり 2 なし  |   |

|  |  |  |   |                      |       |        |
|--|--|--|---|----------------------|-------|--------|
|  |  | 契約期間   | 1 あり<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日)<br>2 なし          |                      |       |        |
|  |  | 契約の自動更新  | 1 あり 2 なし                                 |                      |       |        |
| 居室の状況  | 居室区分<br>【表示事項】   | 1 全室個室(縁故者居室を含む)   |   |                      |       |        |
|  |  | 2 相部屋あり  |   |                      |       |        |
|  |  | 最少   | 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   | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.30 m <sup>2</sup> | 74    | 介護居室個室 |
|  | タイプ2   | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.91 m <sup>2</sup> | 6     | 介護居室個室 |
|  | タイプ3   | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | 有 / <input type="checkbox"/> 無            | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ4   | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | 有 / <input type="checkbox"/> 無            | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ5   | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | 有 / <input type="checkbox"/> 無            | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ6   | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | 有 / <input type="checkbox"/> 無            | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ7   | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | 有 / <input type="checkbox"/> 無            | m <sup>2</sup>       |       |        |
| タイプ8   | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                 | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | m <sup>2</sup>                            |                      |       |        |
| タイプ9   | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                 | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | m <sup>2</sup>                            |                      |       |        |
| タイプ10  | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                 | 有 / <input type="checkbox"/> 無                                     | m <sup>2</sup>                            |                      |       |        |
| ※「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<br>便房   | 4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                           |                      | 4ヶ所   |        |
|  | 共用浴室   | 6ヶ所  | 個室  |                      | 6ヶ所   |        |
|  |  |  | 大浴場                                       |                      | ヶ所    |        |
|  | 共用浴室における<br>介護浴槽   | 1ヶ所  | チェアー浴                                     |                      | ヶ所    |        |
|  |  |  | リフト浴                                      |                      | ヶ所    |        |
|  |  |  | ストレッチャー浴                                  |                      | 1ヶ所   |        |
|  |  | その他 ( )  |   | ヶ所                   |       |        |
| 食堂   | 1 あり 2 なし  |  |   |                      |       |        |
| 入居者や家族が利用<br>できる調理設備                             | 1 あり 2 なし  |  |   |                      |       |        |
| エレベーター   | 1 あり (車椅子対応)<br>2 あり (ストレッチャー対応)<br>3 あり (上記1・2に該当しない)<br>4 なし |  |   |                      |       |        |
| 消防用設備<br>等                                       | 消火器  | 1 あり 2 なし  |   |                      |       |        |
|  | 自動火災報知設備   | 1 あり 2 なし  |   |                      |       |        |

|         |                            |                            |    |   |    |
|---------|----------------------------|----------------------------|----|---|----|
|         | 火災通報設備                     | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
|         | スプリンクラー                    | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
|         | 防火管理者                      | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
|         | 防災計画                       | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| 緊急通報装置等 | 居室                         |                            |    |   |    |
|         | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         |    |   |    |
|         | 2                          | 一部あり                       |    |   |    |
|         | 3                          | なし                         |    |   |    |
|         | 便所                         |                            |    |   |    |
|         | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         |    |   |    |
|         | 2                          | 一部あり                       |    |   |    |
|         | 3                          | なし                         |    |   |    |
|         | 浴室                         |                            |    |   |    |
|         | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         |    |   |    |
|         | 2                          | 一部あり                       |    |   |    |
|         | 3                          | なし                         |    |   |    |
|         | その他( )                     |                            |    |   |    |
|         | <input type="checkbox"/> 1 | あり                         |    |   |    |
|         | 2                          | 一部あり                       |    |   |    |
|         | 3                          | なし                         |    |   |    |
| その他     |                            |                            |    |   |    |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                        |   |
|------------------------|---|
| <p>運営に関する方針</p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえ、入浴、排泄の自立について必要な援助のほか食事、離床、着替え、整容その他の日常生活上の世話等、日常生活を営むことができるよう必要な援助を妥当適切に行うものです。</li> <li>・介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう適切な技術を持って行うものとし、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行います。</li> <li>・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。</li> <li>・事業の実施にあたっては、事業所の所在する市町村、協力医療機関に加え、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるとともに、常に利用者の家族との連携を図り、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めるものとします。</li> <li>・そのほか、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(1999年3月31日厚生労働省令第37号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。</li> </ul> |
| <p>サービスの提供内容に関する特色</p> | <p>私たちはサービス業の基本であるお客様の満足を第一とし、常に誠意ある介護に努め、お客様の様々なご要望にお応えしています。</p>  |

|                 |   |
|-----------------|---|
|                 | 入居者様のライフスタイルに応じた料金プランの選択が可能であり、周辺エリアのうちでもリーズナブルな価格を設定し、入居者様やご家族様に安心してご入居いただけるように努力して参ります。 |
| 入浴、排せつまたは食事の介護  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし                                      |
| 食事の提供           | 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし                                      |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし                                      |
| 健康管理の供与         | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし                                      |
| 安否確認または状況把握サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし                                      |
| 生活相談サービス        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし                                      |

(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は省略可能

|  |                |   |   |
|--|----------------|---|---|
| <p>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</p> <p>※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」以外に該当する場合を指す。</p> | 入居継続支援加算       | (Ⅰ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  |                | (Ⅱ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  | 生活機能向上連携加算     | (Ⅰ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  |                | (Ⅱ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  | ADL維持等加算       | (Ⅰ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  | ADL維持等加算       | (Ⅱ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  | 個別機能訓練加算       | (Ⅰ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  |                | (Ⅱ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  | 夜間看護体制加算       | (Ⅰ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  |                | (Ⅱ)   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|  | 若年性認知症入居者受入加算  |   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|  | 協力医療機関連携加算(※1) | (Ⅰ)   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|  |                | (Ⅱ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  | 口腔・栄養スクリーニング加算 |   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  | 退院・退所時連携加算     |   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|  | 退居時情報提供加算      |   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|  | 看取り介護加算        | (Ⅰ)   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|  |                | (Ⅱ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  | 認知症専門ケア加算      | (Ⅰ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
|  |                | (Ⅱ)   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 高齢者施設等感染対策向上加算   | (Ⅰ)            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |   |
|  | (Ⅱ)            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |   |
| 新興感染症等施設療養費  |                | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |   |
| 生産性向上推進体制加算  | (Ⅰ)            | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |   |
|  | (Ⅱ)            | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |   |

|                               |                      |       |                                    |
|-------------------------------|----------------------|-------|------------------------------------|
|                               | サービス提供体制強化加算         | (I)   | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                               |                      | (II)  | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                               |                      | (III) | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                               | 介護職員等処遇改善加算          | (I)   | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                               |                      | (II)  | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|                               |                      | (III) | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
|                               |                      | (IV)  | 1 あり <input type="checkbox"/> 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)<br>: 1               |
| <input type="checkbox"/> 2 なし |                      |       |                                    |

(医療連携の内容)

|                |                 |  |   |                                    |
|----------------|-----------------|--|---|------------------------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 |                 | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input type="checkbox"/> 3 通院介助<br>4 その他 ( ) |   |                                    |
| 協力医療機関         | 1               | 名称   | 医療法人徳洲会 近江草津徳洲会病院   |                                    |
|                |                 | 住所   | 滋賀県草津市東矢倉 3 丁目 34-52  |                                    |
|                |                 | 診療科目   | 内科・消化器内科・総合診療課・呼吸器内科・神経内科・循環器内科・腎臓内科・外科・消化器外科・小児科・乳腺外科・産婦人科・脳神経外科・整形外科・心臓血管外科・眼科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・皮膚科・放射線科他 |                                    |
|                |                 | 協力科目   | 内科・消化器内科・総合診療課・呼吸器内科・神経内科・循環器内科・腎臓内科・外科・消化器外科・小児科・乳腺外科・産婦人科・脳神経外科・整形外科・心臓血管外科・眼科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・皮膚科・放射線科他 |                                    |
|                |                 | 協力内容   | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保   | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|                |                 |  | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保   | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
|                | 2               | 名称   | 医療法人社団日翔会 なぎさクリニック  |                                    |
|                |                 | 住所   | 滋賀県守山市今宿 2 丁目 13-24   |                                    |
|                |                 | 診療科目   | 内科・循環器内科  |                                    |
|                |                 | 協力科目   | 内科・循環器内科  |                                    |
| 協力内容           |                 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保  | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし  |                                    |
|                | 診療の求めがあった場合において | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし   |   |                                    |

|                   |   |         |   |  |
|-------------------|---|---------|---|--|
|                   |   |         | 診療を行う体制を常時確保  |  |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 1 | あり      |   |  |
|                   |   | 医療機関の名称 | 医療法人徳洲会 近江草津徳洲会病院   |  |
|                   |   | 医療機関の住所 | 滋賀県草津市東矢倉 3 丁目 34-52  |  |
|                   | 2 | なし      |   |  |
| 協力歯科医療機関          | 1 | 名称      | Sono Dental Clinic おとな&こども歯科  |  |
|                   |   | 住所      | 滋賀県草津市草津 2 丁目 15-24   |  |
|                   |   | 協力内容    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問診療等の歯科治療（口腔ケア）対応</li> <li>・ 緊急時の指示等</li> <li>・ その他、入居者からの相談対応</li> </ul> |  |
|                   | 2 | 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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他 ( ) |                     |
| 判断基準の内容                  |  |                     |
| 手続きの内容                   |  |                     |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり 2 なし                                |                     |
| 居室利用権の取扱い                |  |                     |
| 前払金償却の調整の有無              | 1 あり 2 なし                                |                     |
| 従前の居室との<br>仕様の変更         | 面積の増減                                    | 1 あり 2 なし           |
|                          | 便所の変更                                    | 1 あり 2 なし           |
|                          | 浴室の変更                                    | 1 あり 2 なし           |
|                          | 洗面所の変更                                   | 1 あり 2 なし           |
|                          | 台所の変更                                    | 1 あり 2 なし           |
|                          | その他の変更                                   | 1 あり (変更内容)<br>2 なし |

(入居に関する要件)

|                    |   |             |
|--------------------|---|-------------|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者   | 1 あり 2 なし   |
|                    | 要支援の者   | 1 あり 2 なし   |
|                    | 要介護の者   | 1 あり 2 なし   |
| 留意事項               | 介護保険法に定める要介護認定において要支援・要介護に該当する方（入居後自立の場合継続入居可）<br>常時医療機関で治療をする必要のない方<br>結核や疥癬など伝染する疾患のない方<br>自傷や他害の恐れのない方<br>以上すべてに該当する方  |             |
| 契約の解除の内容           | ①入居者が逝去した場合<br>②入居者からの契約解約が行われた場合<br>③事業者からの契約解除が行われた場合<br>・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<br>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、三ヶ月以上遅滞するとき<br>・契約書「禁止又は制限される行為」の規定に違反したとき<br>・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、かつ有料老人ホームにおけ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 |             |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項  | 入居契約書第 29 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2日から7泊8日までの間で希望日数可能。1泊2日（3食）4,950円（税込））<br>2 なし   |             |
| 入居定員               | 80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<br>※1※2 |
|--|----------|----|-----|----------------|
|  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者  | 1        | 1  |     | 1.0            |
| 生活相談員  | 1        | 1  |     | 1.0            |
| 直接処遇職員   | 23       | 17 | 6   | 20.3           |
| 介護職員   | 19       | 15 | 4   | 17.4           |
| 看護職員   | 4        | 2  | 2   | 2.9            |
| 機能訓練指導員  | 1        | 1  |     | 0.1            |
| 計画作成担当者  | 1        | 1  |     | 1.0            |
| 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   |          |    |     | 37.9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     | 13 | 12  | 1 |
| 実務者研修の修了者 |    |     |   |
| 初任者研修の修了者 | 1  | 1   |   |
| 介護支援専門員   |    |     |   |

### （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 |  |
| 看護師または准看護師 | 1  | 1   |  |

|             |  |  |  |
|-------------|--|--|--|
| 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・介護職員の人数)**

|                                 |      |                 |
|---------------------------------|------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 ( 22 時 00 分～ 9 時 00 分) |      |                 |
|                                 | 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                            | 2 人  | 1 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<br>(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*<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|   | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 3 : 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(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 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 |       | 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                 |          | 2    | 1      | 9    | 4    |       |      |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                 |          |      |        |      |      |       |      |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経歴年数に<br>あつた職員の人数 | 1年未満     | 2    | 1      | 9    | 4    |       |      | 1       |     |         |     |
|                             | 1年以上     |      |        | 2    |      |       |      |         |     |         |     |
|                             | 3年未満     |      |        |      |      |       |      |         |     |         |     |
|                             | 3年以上     |      |        | 2    |      |       |      |         |     |         |     |
|                             | 5年未満     |      |        |      |      |       |      |         |     |         |     |
|                             | 5年以上     |      | 1      | 2    |      | 1     |      |         |     | 1       |     |
|                             | 10年未満    |      |        |      |      |       |      |         |     |         |     |
| 10年以上                       |          |      |        |      |      |       |      |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況               |          |      |        | 1 あり |      | 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<br>【表示事項】    | 1 利用権方式                |   |
|                      | 2 建物賃貸借方式              |   |
|                      | 3 終身建物賃貸借方式            |   |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】 | 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<br>※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定           | 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<br>利用料金（月払い）の取扱い |     | <input type="checkbox"/> 1 減額なし<br><input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br><input type="checkbox"/> 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<br>の改定                    | 条件  | 介護保険サービス利用料金については、介護保険法令等の変更があった場合、介護保険サービス対象外サービスについて事業者は、入居者に対して、変更を行う前までに説明をした上。   |
|                                | 手続き | 介護保険サービス利用料金については、介護保険法令等の変更があった場合、事業者は当該利用料金等を変更することができます。介護保険サービス対象外サービスについて事業者は、入居者に対して、変更を行う前までに説明をした上で、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができるものとします。 |

**（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<br>況     | 要介護度                          | 要介護1  |                                  |   |
|                | 年齢                            | 80歳   | 歳                                |   |
| 居室の状況          | 床面積                           | 18.30 m <sup>2</sup>                                      | m <sup>2</sup>                   |   |
|                | 便所                            | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |   |
|                | 浴室                            | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無                          | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |   |
|                | 台所                            | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無                          | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |   |
| 入居時点で<br>必要な費用 | 前払金                           | 0円  | 円                                |   |
|                | 敷金                            | 0円  | 円                                |   |
| 月額費用の合計        |                               | 224,300円  | 円                                |   |
| 家賃             |                               | 122,000円  | 円                                |   |
| サービス費用         | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 |   | 円                                |   |
|                | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費  | 52,800円                          | 円 |
|                |                               | 管理費   | 49,500円                          | 円 |
|                |                               | 介護費用  | 0円                               | 円 |
|                |                               | 光熱水費  | 0円                               | 円 |
|                |                               | 受信料等  | 0円                               | 円 |
|                |                               | その他   | 66,000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                   | 居室及び共有部の利用にかかる費用。算定根拠は前払金に準じる。   |
| 敷金                   |  |
| 介護費用                 |  |
| 管理費                  | 事務管理部門の人件費・事務費、日常生活支援サービス提供のための人件費、健康管理サービスのための人件費、共用施設等の水光熱費及び維持管理費、居室の水光熱費。  |
| 食費                   | 食材料費、加工費（1日3食で30日の場合の費用）<br>喫食実績に応じて請求いたします。※暦月によって変動します。<br>軽減税率（8%）の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」です。その他の飲食料品の提供は軽減税率の対象外とします（提供される食事とは別に差額を請求する場合の差額を含みます）。 |
| 光熱水費                 | 管理費に含みます   |
| 受信料等                 |  |
| 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          | 【生活支援サービス費（自立の場合）】<br>健康管理および身体状況の変化、能力の低下等により発生する（一時的あるいは一時的な介護を含む）日常生活に必要な自立者に対するサービス費用です。1ヶ月に満たない場合は、日割計算にて清算します（入退去時のみ）。66,000円/月・人                  |

(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                       | 要介護度に応じて介護費用の1割（一定以上所得者は2～3割）を徴収する。 |
| 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） | なし                                  |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |                                     |

**(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能**

|                                      |                   |     |
|--------------------------------------|-------------------|-----|
| 算定根拠                                 |                   |     |
| 想定居住期間 (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                              | 1 連帯保証を行う銀行等の名称   |     |
|                                      | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 |     |
|                                      | 3 保証保険を行う保険会社の名称  |     |
|                                      | 4 全国有料老人ホーム協会     |     |
|                                      | 5 その他 (名称: )      |     |

**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          | 28人 |
|       | 女性          | 49人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 0人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 3人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 13人 |
|       | 85歳以上       | 61人 |
| 要介護度別 | 自立          | 1人  |
|       | 要支援 1       | 8人  |
|       | 要支援 2       | 4人  |
|       | 要介護 1       | 28人 |
|       | 要介護 2       | 16人 |
|       | 要介護 3       | 8人  |
|       | 要介護 4       | 10人 |
|       | 要介護 5       | 2人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 22人 |
|       | 6ヶ月以上 1年未満  | 55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  | 88.5歳 |
| 入居者数の合計   | 77人   |
| 入居率*  | 96%   |
| ※ 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   | 人        |
|         | 医療機関     | 1人       |
|         | 死亡者      | 3人       |
|         | その他      | 3人       |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 人        |
|         |          | (解約事由の例) |
|         | 入居者側の申し出 | 3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 | ①チャーム栗東<br>②株式会社チャーム・ケア・コーポレーション お客様相談窓口<br>③栗東市健康福祉部 長寿福祉課<br>④滋賀県医療福祉推進課<br>⑤滋賀県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号  | ①077-077-598-5261<br>②フリーダイヤル 0120-453-286<br>③077-551-0281<br>④077-528-3523<br>⑤077-522-2651 |

|          |       |  |
|----------|-------|--|
| 対応している時間 | 平日    | ①② 10:00～17:00<br>③④⑤ 8:45～17:15                 |
|          | 土曜    | ①10:00～17:00 ②③④⑤ 休業                             |
|          | 日曜・祝日 | ①10:00～17:00 ②③④⑤ 休業                             |
| 定休日      |       | ①年中無休<br>② 土日・祝日および12月28～1月3日<br>③④⑤ 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                 | 1 あり | (その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 介護サービス事業者賠償責任保険<br>事業者が所有、使用または管理している各種の施設・設備・用具などの不備や業務活動上のミスが原因で、第三者の身体障害や財物損壊等が生じ、被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合の補償 |
|                               | 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 | (その内容)<br>利用者に対する特定施設入居者生活介護サービスの提供により事故が発生した場合、利用者の家族、兵庫県、当該保険者と連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。  |
|                               | 2 なし |   |
| 事故対応およびその予防のための指針             | 1 あり | 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 |
| 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 |
|----------|------------|

|         |  |
|---------|--|
|         | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 公開していない                                      |
| 管理規程    | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 公開していない |

#### 10. その他

|                             |  |  |
|-----------------------------|--|--|
| 運営懇談会                       | <input type="checkbox"/> あり                      | (開催頻度) 年 2 回   |
|                             | 2 なし   |  |
|                             | 1 代替措置あり   | (内容)   |
|                             | 2 代替措置なし   |  |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況            | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催                               | <input type="checkbox"/> あり 2 なし   |
|                             | 指針の整備  | <input type="checkbox"/> あり 2 なし   |
|                             | 定期的な研修の実施  | <input type="checkbox"/> あり 2 なし   |
|                             | 担当者の配置   | <input type="checkbox"/> あり 2 なし   |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況         | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催                                | <input type="checkbox"/> あり 2 なし   |
|                             | 指針の整備  | <input type="checkbox"/> あり 2 なし   |
|                             | 定期的な研修の実施  | <input type="checkbox"/> あり 2 なし   |
|                             | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと |  |
|                             | 1 あり   | 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録<br><input type="checkbox"/> あり 2 なし |
| <input type="checkbox"/> なし |  |  |

|  |  |                                       |    |                            |    |
|--|--|---------------------------------------|----|----------------------------|----|
| 業務継続計画の策定状況等                                     | 感染症に関する業務継続計画  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|  | 災害に関する業務継続計画   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|  | 職員に対する周知の実施  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|  | 定期的な研修の実施  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|  | 定期的な訓練の実施  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
|  | 定期的な業務継続計画の見直し   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | 1 あり（提携ホーム名： ）<br><input checked="" type="checkbox"/> 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<br>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 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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              | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>の場合等の特例」への適合性                    | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br><input checked="" type="checkbox"/> 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                            | 指針において、中廊下の幅は 2.7m と以上とされている。  |                                       |    |                            |    |
| 不適合事項がある場合の内容                                    | 中廊下の幅は、2.1 m（壁芯 1.8m）にて設計されている。<br>⇒中廊下は車椅子がすれ違えるスペースは確保されています。エレベーター前のカフェコーナー（共用スペース）は車椅子の回転スペースを確保しています。ストレッチャー等による居室外への移動に支障はありません。 |                                       |    |                            |    |

介護保険給付サービスに要する費用

特定施設サービスの料金（短期利用特定施設入居者生活介護費も同じ）

厚生労働大臣の定める基準によるものとし、特定施設入居者生活介護が法令代理受領サービスであるときは、その額の1割（一定以上所得者は2割または3割）とする。※加算は要件を満たした場合に算定を行います。

|         |         |         |         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 要支援 1   | 要支援 2   | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
| 183単位/日 | 313単位/日 | 542単位/日 | 609単位/日 | 679単位/日 | 744単位/日 | 813単位/日 |

加算

|             |               |             |
|-------------|---------------|-------------|
| 夜間看護体制加算（Ⅱ） | 協力医療機関連携加算（Ⅰ） | 新興感染症等施設療養費 |
| 9 単位/日      | 100 単位/月      | 240 単位/日    |

| 看取り介護加算（Ⅰ）        |                  |            |            |
|-------------------|------------------|------------|------------|
| 死亡日以前 31 日から 45 日 | 死亡日以前 4 日から 30 日 | 死亡日前日及び前々日 | 死亡日        |
| 72 単位/日           | 144 単位/日         | 680 単位/日   | 1,280 単位/日 |

| 若年性認知症入居者受入加算             | 退院時情報提供加算  |
|---------------------------|------------|
| 1 日につき 120 単位             | 250 単位/1 回 |
| 退院・退所時連携加算                |            |
| 病院等からの入居、退院 30 日間 30 単位/日 |            |

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） | 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） |
| 10 単位/月           | 5 単位/月            |

| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）       |
|----------------------|
| 総単位（基本単位＋加算単位）×12.2% |

（算定式） 介護保険料本人負担額＝利用日数×上記単位×10.45×1割（一定以上所得者は2割または3割）

添付書類：別添 1（別の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

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 事業主体が滋賀県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類                      |    |    | 併設・隣接の<br>状況 | 事業所の名称 | 所在地 |
|--------------------------------|----|----|--------------|--------|-----|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>          |    |    |              |        |     |
| 訪問介護                           | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 訪問入浴介護                         | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 訪問看護                           | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 訪問リハビリテーション                    | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 居宅療養管理指導                       | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 通所介護                           | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 通所リハビリテーション                    | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 短期入所生活介護                       | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 短期入所療養介護                       | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 特定施設入居者生活介護                    | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 福祉用具貸与                         | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 特定福祉用具販売                       | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>       |    |    |              |        |     |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護               | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 夜間対応型訪問介護                      | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 地域密着型通所介護                      | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 認知症対応型通所介護                     | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 小規模多機能型居宅介護                    | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 認知症対応型共同生活介護                   | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護               | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護           | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 看護小規模多機能型居宅介護                  | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 居宅介護支援                         | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>      |    |    |              |        |     |
| 介護予防訪問入浴介護                     | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護予防訪問看護                       | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護予防訪問リハビリテーション                | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護予防居宅療養管理指導                   | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護予防通所リハビリテーション                | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護予防短期入所生活介護                   | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護予防短期入所療養介護                   | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護予防特定施設入居者生活介護                | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護予防福祉用具貸与                     | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 特定介護予防福祉用具販売                   | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>   |    |    |              |        |     |
| 介護予防認知症対応型通所介護                 | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護                | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護               | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護予防支援                         | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>          |    |    |              |        |     |
| 介護老人福祉施設                       | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護老人保健施設                       | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護療養型医療施設                      | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 介護医療院                          | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| <b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b> |    |    |              |        |     |
| 訪問型サービス                        | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| 通所型サービス                        | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |
| その他の生活支援サービス                   | あり | なし | 併設・隣接        |        |     |

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   | あり   |      |                           |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|------|---------------------------|
|                                  | 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 | なし                         | あり |      |      |      | ケアプランに基づき提供               |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | ケアプランに基づき提供               |
| おむつ代                             |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費   |                           |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | ケアプランに基づき提供               |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | ケアプランに基づき提供               |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | ケアプランに基づき提供               |
| 機能訓練                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | ケアプランに基づき提供               |
| 通院介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    |      | 1,650円/30分                |
| 口腔衛生管理                           | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | ケアプランに基づき提供               |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |      |                           |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | 週1回                       |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | 週1回                       |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |                           |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | 体調不良及び希望時                 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費   | 別途材料を用意する場合は差額分           |
| おやつ                              |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    |      |                           |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    |      | 月1回程度（業者指定料金）             |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    |      | ホーム指定日（予約制）<br>1,650円/30分 |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |                           |
| 金銭・貯金管理                          |                                   |    | なし                         | あり |      |      |      |                           |
| 健康管理サービス                         |                                   |    |                            |    |      |      |      |                           |
| 定期健康診断                           |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費   | ※年2回ご案内                   |
| 健康相談                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | 必要に応じて随時（看護師による）          |
| 生活指導・栄養指導                        | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |                           |
| 服薬支援                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | ケアプランに基づき提供               |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | ケアプランに基づき提供               |
| 入退院時・入院中のサービス                    |                                   |    |                            |    |      |      |      |                           |
| 入退院時の同行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | 1,650円/30分                |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |                           |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      |                           |

※ 1 : 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる ( 1 割 ~ 3 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。