

平成30年3月6日 改正

サービス付高齢者向け住宅
管理規定及び重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成30年3月6日 |
| 記入者名 | 竹島 千都 |
| 所属・職名 | 管理者 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---------------------------------|-------------------|
| 種類 | 個人/法人 | 営利法人 |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ あぶと 株式会社 あぶと | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒910-0017 福井市文京4丁目18番8号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | (0776) 82-7240 |
| | FAX番号 | (0776) 82-7242 |
| | ホームページアドレス | http://aptcare.jp |
| 代表者 | 氏名 | 宇野 秀俊 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成63年 6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. サービス付高齢者向け住宅 事業の概要

(住まいの概要)

| | | |
|----------|-------------------------------|------------------------|
| 名称 | (ふりがな) あぶとけあ・みくに アプトケア・三国 | |
| 所在地 | 〒910-0016 福井県坂井市三国町三国東2丁目9-23 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 三国神社駅 |
| | 交通手段と所要時間 | えちぜん鉄道で三国神社駅下車 徒歩5分 |

| | | |
|---------------------|------------|---|
| 連絡先 | 電話番号 | (0776) 60-0105 |
| | FAX番号 | (0776) 82-0006 |
| | ホームページアドレス | http://aptcare.jp |
| 管理者 | 氏名 | 竹島 千都 |
| | 職名 | 管理職 |
| 建物の竣工日 | | 平成20年 4月11日 |
| サービス付き高齢者向け住宅事業の開始日 | | 平成25年 9月18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 | 登録事業者番号 | 建築 号 |
| | 登録した自治体名 | |
| | 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 | 1,938 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 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (平成19年4月1日～平成29年3月31日) 2 なし |
| 契約の自動更新 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 3,052.04 m ² |
| | | うち、サ高住部分 | 1352.10 m ² |
| | 耐火構造 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 | |
| | | 2 準耐火建築物 | |
| 3 その他 () | | | |
| 構造 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|-------------------------------|-------|--------|
| | | 4 その他 () | | | | |
| | 所有関係 | 1 <input type="checkbox"/> 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 | 1 あり 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり (平成 年 月 日～ 平成 年 月 日) 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 【表示事項】 | 1 <input type="checkbox"/> 全室個室 (夫婦・親子での同居あり) | | | | |
| | | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 21.06～22.82 m ² | 29室 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 37.17～38.06 m ² | 4室 | 一般居室個室 |
| | タイプ3 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ4 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ5 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ6 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ7 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ8 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| タイプ9 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| タイプ10 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| ※「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 | 0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 | 0ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 3ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 2ヶ所 | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 2ヶ所 | チェアー浴 | 1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 <input type="checkbox"/> あり | 2 なし | | | | |

| | | | | | |
|--------|------------------|---|--|---|--|
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| | エレベーター | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応) | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) |
| | | 3 | あり (上記1・2に該当しない) | 4 | なし |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| | 自動火災報知設備 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| | 火災通報設備 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| | スプリンクラー | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| | 防火管理者 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| | 防災計画 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 2 | なし |
| その他 | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 安心・安全・信頼をモットーとし、可能な限り居宅において、自立した日常生活が営めるよう、利用者の意思、自己決定を最大限に尊重し、尊厳の確立、生活の継続性を保持するために、高齢者住まい法、県設置運営指導指針に沿って支援します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 同一建物に併設している在宅サービスの利用とともに、専門スタッフによる昼夜を問わない安否確認及び身体状況に応じた介護サービスを受けることが出来る。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし |

(医療連携の内容)

| | |
|--------|---|
| 医療支援 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 |
| ※複数選択可 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い |
| | 3 <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 |
| | 4 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (協力医療機関の往診) |

| | | | |
|----------|---|------|----------------------------|
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 坂井内科クリニック |
| | | 住所 | あわら市中番17-18 |
| | | 診療科目 | 内科・循環器科・消化器科 |
| | | 協力内容 | 月2回の往診・緊急時での往診又は他の医療機関との連携 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 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 3 その他 () | |
| 判断基準の内容 | 介護度が上がった場合で、より見守りが必要な場合 | |
| 手続きの内容 | 家族の了解のもと | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 浴室の変更 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 台所の変更 | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | その他の変更 | 1 あり (変更内容) 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| | 要介護の者 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 留意事項 | | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書第14条 | |

| | | |
|----------------|---|-----|
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | |
| | 解約予告期間 | |
| 入居者からの解約予告期間 | | 1ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容：費用は標準料金での日割り計算) 2 なし | |
| 入居定員 | | 36人 |
| その他 | | |

5. 職員体制

※サービス付き高齢者向け住宅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) 15 | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--|--------------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | | 1 | |
| 生活相談員 | 1 | | 1 | |
| 直接処遇職員 | 8 | | 8 | |
| 介護職員 | 7 | | 7 | |
| 看護職員 | 1 | | 1 | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | 1 | | 1 | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 1 | | 1 | |
| その他職員 (宿直) | 3 | | 3 | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | |
| ※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 | 5 | | 5 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | | 2 |
| 初任者研修の修了者 | | | |
| 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 |
| 看護師又は准看護師 | 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 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (22 時～ 翌 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 | 2人 | 1人 |

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 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 【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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり 2 <input type="checkbox"/> 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 減額なし 2 <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 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 の改定 | 条件 手続き | 経済情勢等の変動により入居費が不相当となった場合 運営懇談会の同意を得て実施する |

(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 | 介護度1 | 要支援2・要介護 | |
| | 年齢 | 94歳 | 92歳 87歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 22.82㎡ | 38.06㎡ | |
| | 便所 | 1 <input type="checkbox"/> 有 2 無 | 1 <input type="checkbox"/> 有 2 無 | |
| | 浴室 | 1 <input type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無 | 1 <input type="checkbox"/> 有 2 無 | |
| | 台所 | 1 <input type="checkbox"/> 有 2 無 | 1 <input type="checkbox"/> 有 2 無 | |
| 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 | | 125,500円 | 240,000円 | |
| 家賃 | | 48,000円 | 85,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 0円 | 0円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 52,500円 | 105,000円 |
| | | サービス費 | 15,000円 | 20,000円 |
| | | 共益費 | 5,000円 | 10,000円 |
| | | 光熱水費 | 5,000円 | 10,000円 |
| | | その他 | | |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 サービス付き高齢者向け住宅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)</p> | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----|--|
| 家賃 | Bタイプ 48,000円 (年金受給額により軽減措置があります) Cタイプ 85,000円 |

| | |
|----------------------|---|
| 敷金 | 家賃の 0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。 |
| サービス費 | Bタイプ 15,000 円 (2人入居の場合、20,000 円) Cタイプ 20,000 円 |
| 共益費 | Bタイプ 5,000 円 (2人入居の場合、10,000 円) Cタイプ 10,000 円 |
| 食費 | 52,500 円 (年金受給額により軽減措置があります) 一人 |
| 光熱水費 | Bタイプ 5,000 円 (2人入居の場合、10,000 円) Cタイプ 10,000 円 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | ※別添2 (サービスの一覧) の他、NHK受信料、衛星放送受信料等 |
| その他のサービス利用料 | 病院等の送迎、付き添い (送迎500円~2,000円/片道・付き添い800円/30分) 薬管理費 (1人 1,000円) |

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 | 19人 |
| | 女性 | 19人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 4人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 10人 |
| | 85歳以上 | 24人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 1人 |
| | 要支援2 | 3人 |
| | 要介護1 | 18人 |
| | 要介護2 | 8人 |
| | 要介護3 | 5人 |
| | 要介護4 | 3人 |
| | 要介護5 | 0人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 6人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 6人 |
| | 1年以上5年未満 | 20人 |
| | 5年以上10年未満 | 6人 |
| | 10年以上15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|--------|
| 平均年齢 | 85.6 歳 |
| 入居者数の合計 | 38 人 |
| 入居率* | 99% |
| ※ 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 | 1 人 |
| | 社会福祉施設 | 0 人 |
| | 医療機関 | 2 人 |
| | 死亡者 | 0 人 |
| | その他 | 3 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 | 5 人 |
| | | (解約事由の例) 状態悪化し、病院へ長期入院となる。 |

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 | アプトケア・三国 相談窓口 | |
| 電話番号 | (0776) 60-0105 | |
| 対応している時間 | 平日 | 08:00~17:00 |
| | 土曜 | 08:00~17:00 |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | 日曜日・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 <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 日本興亜損害保険 |
| | 2 <input type="checkbox"/> なし | |
| 介護サービスの提供により賠償す | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) <input checked="" type="checkbox"/> 傷害保険、その他 |

| | |
|------------------|-----------|
| べき事故が発生したときの対応 | 2 なし |
| 事故対応及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 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程・重要事項説明書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 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 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 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 入居希望者に交付 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) |
| | 2 代替措置なし | |

| | |
|--|---|
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名：) 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 届出 | 1 あり 2 なし 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| サービス付き高齢者向け住宅設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 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 |
| 設置運営指導指針の不適合事項 | 1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 不適合事項がある場合の内容 | |

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)

氏名 _____ ㊟

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 | なし | アプトケア・三国 | 坂井市三国町三国東2-9-23 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | アプトケア・三国 | 坂井市三国町三国東2-9-23 |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | 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 | あり | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | アプトケア・三国 | 坂井市三国町三国東2-9-23 |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | アプトケア・三国 | 坂井市三国町三国東2-9-23 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | アプトケア・三国 | 坂井市三国町三国東2-9-23 |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | アプトケア・三国 | 坂井市三国町三国東2-9-23 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | 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 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | 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 | 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 |
|----------------------------------|---------------------------------|----|------|------|------|-------------------------------|
| | 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） | なし | | | | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | あり | なし | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | あり | なし | | | | |
| おむつ代 | | | | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | あり | なし | | | | 原則として家族が調達する |
| 特浴介助 | あり | なし | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | あり | なし | | | | |
| 機能訓練 | あり | なし | | | | |
| 通院介助 | あり | なし | | ○ | | 施設から車で往復送迎、及び診察室まで対応する |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | あり | なし | | | | |
| リネン交換 | あり | なし | | | | |
| 日常の洗濯 | あり | なし | | | | |
| 居室配膳・下膳 | あり | なし | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | あり | なし | | ○ | | |
| おやつ | あり | なし | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | あり | なし | | ○ | | 1カ月毎に施設まで美容師が出張する |
| 買い物代行 | あり | なし | | ○ | | 施設から車で往復送迎し、店內付き添いし、レジで支払確認する |
| 役所手続き代行 | あり | なし | | ○ | | |
| 金銭・貯金管理 | あり | なし | | ○ | | |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | あり | なし | | | | ※回数（年〇回など）を明記すること |
| 健康相談 | あり | なし | | ○ | | |
| 生活指導・栄養指導 | あり | なし | | ○ | | |
| 服薬支援 | あり | なし | | ○ | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり | なし | | ○ | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
| 移送サービス | あり | なし | | ○ | | |
| 入退院時の同行 | あり | なし | | ○ | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | なし | | ○ | | 本人の状態把握及びナースからの聞き取りも兼ねる |
| 入院中の見舞い訪問 | 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、月額のサービスの費用に包含される場合と、サービス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。