**別添１**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居室の状況 | 居室区分  【表示事項】 | １　全室個室 | | | | | | |
| ２　相部屋あり | | | | | | |
|  | 最少 | | 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 | | ㎡ |  |  |
| タイプ２ | 有／無 | | 有／無 | | ㎡ |  |  |
| タイプ３ | 有／無 | | 有／無 | | ㎡ |  |  |
| タイプ４ | 有／無 | | 有／無 | | ㎡ |  |  |
| タイプ５ | 有／無 | | 有／無 | | ㎡ |  |  |
| タイプ６ | 有／無 | | 有／無 | | ㎡ |  |  |
| タイプ７ | 有／無 | | 有／無 | | ㎡ |  |  |
| タイプ８ | 有／無 | | 有／無 | | ㎡ |  |  |
| タイプ９ | 有／無 | | 有／無 | | ㎡ |  |  |
| タイプ10 | 有／無 | | 有／無 | | ㎡ |  |  |
| ※一般居室個室・一般居室相部屋・介護居室個室・介護居室相部屋・一時介護室の別を記入。 | | | | | | | | |

**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 | | | | | 備　　考 | |
| （利用者が全額負担） | | 包含※2 | 都度※2 |  |
| 料金※3 |
| 介護サービス | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 食事介助 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | おむつ代 |  |  | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | 特浴介助 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | 機能訓練 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | 通院介助 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | ※付添いができる範囲を明確化すること。 | |
| 生活サービス | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 居室清掃 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | リネン交換 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | 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 |  |  |  |  | |
|  | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 |  |  | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | 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 |  |  |  |  | |
|  | 買い物代行 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | ※利用できる範囲を明確化すること。 | |
|  | 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 |  |  |  | ※回数（年○回など）を明記すること。 | |
|  | 健康相談 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | 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 |  |  |  |  | |
|  | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
| 入退院時・入院中のサービス | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 移送サービス | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  | |
|  | 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | ※付添いができる範囲を明確化すること。 | |
|  | 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（介護保険被保険者証に記載の利用者負担割合）。

※２：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※３：都度払いの場合、１回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。