

重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	望月利江
所属・職名	おおさとの憩・管理者

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) かぶしきがいしやふろんていあのかいご 株式会社 フロンティアの介護	
主たる事務所の所在地	〒461-0001 愛知県名古屋市東区1丁目19番8号	
連絡先	電話番号	052-953-7768
	FAX番号	052-953-7767
	ホームページアドレス	http://www.frontier-gp.jp
代表者	氏名	塚本 友紀
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成・令和 56 年4 月 13 日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む おおさとのいこい 介護付有料老人ホーム おおさとの憩	
所在地	〒400-0053 山梨県甲府市大里町 3375-10	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 甲府駅
	交通手段と所要時間	車利用 中央自動車道「甲府南インター」より 約10分
連絡先	電話番号	055-242-2073

	FAX番号	055-242-2073
	ホームページアドレス	https://www.frontier-gp.jp
管理者	氏名	望月 利江
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成・令和 15 年 12 月 19 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 22 年 11 月 1 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	介護保険事業者番号	1970103030
	指定した自治体名	甲府市
	事業所の指定日	平成・令和 22 年 11 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成・令和 28 年 9 月 30 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2667.36 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地 なし	
		② 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	① あり 2 なし
		契約期間	① あり (H22 年 11 月 1 日～H47 年 10 月 31 日) 2 なし
契約の自動更新	① あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	497.90 m ²
		うち、老人ホーム部分	497.90 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		② 準耐火建築物	
3 その他 ()			
構造	1 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 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 (H22年11月1日～H47年10月31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 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	13.00 m ²	15	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
タイプ7	有/無	有/無	m ²			
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 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） 2 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 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	① あり 2 なし
	スプリンクラー	① あり 2 なし
	防火管理者	① あり 2 なし
	防災計画	① 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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の人格を尊重し、心身の状態に適したサービスを提供する。 ・常に入居者の立場になって考え、安心、安全な施設運営に努める。 ・要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）にある高齢者に対して、適正な特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護を提供することを目的とする。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の希望、状況に適したサービスの提供 ・入居者の自然な暮らしを支援し、身近にある幸せを考えて頂ける寄り添い型の介護を特色とする。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
食事の提供	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <u>自ら実施</u> 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

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	入居継続支援加算	1 あり 2 <u>なし</u>
	生活機能向上連携加算	1 <u>あり</u> 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 <u>なし</u>

	夜間看護体制加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし	
	医療機関連携加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし	
	退院・退所時連携加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし	
	看取り介護加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	サービス提供 体制強化加算	(I)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
		(III)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	介護職員処遇 改善加算	(I)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	介護職員特定 処遇改善加算	(I)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	ADL維持等 加算	(I)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> なし
	科学的介護 推進体制加算		1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input type="checkbox"/> 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			
	1	なし				

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可 <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()			
協力医療機関	1	名称	市立甲府病院	
		住所	山梨県甲府市増坪町 366	
		診療科目	内科、外科、整形外科、皮膚科等	
		協力内容	救急対応等	
	2	名称	日原内科小児科医院	
		住所	山梨県甲府市天神町 14-45	

		診療科目	内科、小児科等
		協力内容	往診、日常の健康管理、相談、健康診断の実施
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団桜栄会甲府デンタルクリニック
		住所	山梨県甲府市北口 1-2-14 甲府北口プラザビル 102 号
		協力内容	往診、治療、相談、口腔ケアの指導等

(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		
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 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) 2 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 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	当施設の対象者は要介護（支援）者であって、常時医療機関に いて治療する必要のない方。	
契約の解除の内容	次の各号のいずれかに該当する場合に本契約は終了するものと します。 一 入居者が死亡した時。 二 事業者が入居利用契約書第 30 条（事業者からの契約解除） に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき 三 入居者が入居利用契約書第 31 条（入居者からの解除）に基	

	づき解約を行ったとき 四 入居者又は身元引受人が反社会的勢力と判断され、その勢力を事業者又は他の入居者に行使しようとする恐れがあるとき。 五 要介護認定により自立と判定されたとき、入居者及びご家族様の意向を踏まえた上で、退居について協議します。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居利用契約書第 30 条
	解約予告期間	90 日間
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： ） 2 なし	
入居定員	15 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）14 人			常勤換算人数 ※1※2
	合計 14 人			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.5
生活相談員	2	1	1	1.2
直接処遇職員	0	0	0	0
介護職員	8	4	4	7.3
看護職員	1	1	0	1
機能訓練指導員	1	0	1	0.01
計画作成担当者	1	1	0	0.6
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37.5

※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	0	0	0
介護福祉士	4	3	1
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	1	0	1

(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	0	1
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（16：30～翌9：30）		
	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	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	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5：1以上 b 2：1以上
---------------------------	-----------------------	----------------------

員の割合 (一般型特定施設以外の場 合、本欄は省略可能)		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)	1.8 : 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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の 退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
応じた 業務に従事した 職員の人数 の経験年数に	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	0	1	1	0	1	1
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	1	0	1	1	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	2	3	0	0	0	0	0
		0	0	2	3	0	0	0	0	0
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 【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 【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 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 <input type="checkbox"/> 減額なし 2 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	人件費、物価の変動等に基づき、利用料の変更が必要と判断される場合
	手続き	運営懇談会の意見を聴き同意を得て改定します。

(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 況	要介護度	要支援 1	要介護 4	
	年齢	80歳	87歳	
居室の状況	床面積	11.28 m ²	11.28 m ²	
	便所	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input type="checkbox"/> 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		171,056円	187,970円	
家賃		134,000円	134,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	5,536円	22,450円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	20,520円	20,520円
		管理費	11,000円	11,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
		その他	0円	0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	建物の賃貸料等を居室数で接分。修繕積立等。
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	光熱水費等
食費	月額 20,520 円 (30日換算)
光熱水費	管理費に含む
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	

(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	介護保険負担割合証に記載された割合の額とする
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)	
※ 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	
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	1人
	女性	14人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	0人
	85歳以上	14人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	0人
	要介護2	1人
	要介護3	2人
	要介護4	7人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	0人
	1年以上 5年未満	8人
	5年以上 10年未満	5人
	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	92歳
入居者数の合計	15人
入居率*	100%

※ 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	0人
	社会福祉施設	0人

	医療機関	1人
	死亡者	1人
	その他	0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	0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	おおさとの憩 苦情相談窓口	
電話番号	055-242-2073	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 三井住友海上火災保険株式会社
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合、天災その他不可抗力による場合を除き、速やかに損害保険会社に連絡し、保険会社の判断により賠償をします。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
--------------	--	-----	--

見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" 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	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (提携ホーム名：フロンティアの介護グループ内施設)	
	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	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	

する届出	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 2 <input type="checkbox"/> 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 2 <input 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
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	なし
不適合事項がある場合の内容	

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 令和 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

事業者が運営する介護サービス事業一覧表

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		
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		
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		
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	グループホーム おおさとの憩	甲府市大里町3375-1
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		
<居宅介護予防サービス>				
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	グループホーム おおさとの憩	甲府市大里町3375-1
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		
介護医療院	あり	なし		

別添 2

入居者の個別選択によ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
		なし	あり	なし				
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			実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	2.200 円	週 3 回以上 1 回につき 2.200 円
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	2.200 円	週 3 回以上 1 回につき 2.200 円
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
生活サービス								
巡回	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり				
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	2.200 円	1 時間毎に徴収。但し、深夜時間帯（22 時から翌朝 5 時）の場合は、1 時間毎に 3.300 円
緊急時対応	なし	あり	なし	あり				2 4 時間対応
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				週に 2 回
リネン交換	なし	あり	なし	あり				週に 1 回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				週に 2 回
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				体調不良時のみ
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		○	実費	
買い物代行（通常利用区域）	なし	あり	なし	あり				
買い物代行（上記以外区域）	なし	あり	なし	あり				
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	定期的に機会を提供
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				

医師の往診	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	月 2 回
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,200 円	1 時間ごとに徴収。但し、深夜時間帯（22 時から翌朝 5 時）の場合は、1 時間毎に 3,300 円徴収。
入退院時の同行（協力医療機関）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入退院時の同行（協力医療機関以外）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,200 円	1 時間ごとに徴収。但し、深夜時間帯（22 時から翌朝 5 時）の場合は、1 時間毎に 3,300 円徴収。
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,200 円	1 時間ごとに徴収。但し、深夜時間帯（22 時から翌朝 5 時）の場合は、1 時間毎に 3,300 円徴収。
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,200 円	1 時間ごとに徴収。但し、深夜時間帯（22 時から翌朝 5 時）の場合は、1 時間毎に 3,300 円徴収。

※ 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、月額の利用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。