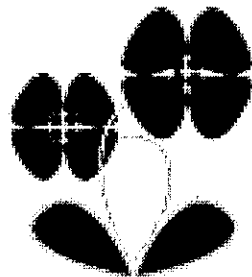


有料老人ホーム 御徳 重要事項説明書

令和2年3月1日改正



有料老人ホーム 御徳



香川県さぬき市鴨部7343番地1

TEL: 087-895-0739



新 重要事項説明書

記入年月日	令和2年9月1日
記入者名	松本 千里
所属・職名	代表取締役

1. 事業主体概要

種類	個人 <input type="radio"/> 法人 <input checked="" type="radio"/>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ かいごしえんさーびすせんたーおとく 有限会社 介護支援サービスセンター御徳	
主たる事務所の所在地	〒769-2104 香川県さぬき市鴨部4469番地3	
連絡先	電話番号	087-895-0739
	FAX 番号	087-895-0752
	ホームページアドレス	http://care-net.biz/37/otoku/
代表者	氏名	松本 千里
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 <input checked="" type="radio"/> 15年4月10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) ゆうりょうろうじんほーむ じゅうたくがた おとく 有料老人ホーム (住宅型) 御徳
----	---

所在地	〒769-2104 香川県さぬき市鴨部7343番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 神前駅
	交通手段と所要時間	JR 神前駅より車で5分 津田、寒川インターより車で3分 二番バス停より徒歩10分
連絡先	電話番号	087-895-0739
	FAX 番号	087-895-0752
	ホームページアドレス	http://care-net.biz/37/otoku/
管理者	氏名	■■■■■
	職名	■■■■■■■■■■
建物の竣工日		昭和・平成 18年7月31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 18年8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	
	指定した自治体名	(市)
	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	1.078 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 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 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	474.09 m ²

		うち、老人ホーム部分	357.6 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 (年 月 日 ~ 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 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	13.1 m ²	12	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	5.29 m ²	1	介護居室個室
	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	3か所	うち男女別の対応が可能な便房	3か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3か所		
	共用浴室	1か所	個室	1か所		
			大浴場	-		
	共用浴室における	-	チェア浴	-		

	介護浴槽		リフト浴	—
			ストレッチャー浴	1か所
			その他（特浴設備）	1か所
	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	1. 入居者の福祉を重視するとともに、安定的かつ継続的な事業運営を確保する。 2. 入居者の個人としての尊厳を確保しつつ福祉の向上を図る。 3. 入居者またはその家族に対し、サービス提供方法等について理解しやすいように説明を行う。 4. 常に入居者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、その他必要なサービスを入居者の希望に添って適切に提供する。 5. 介護が必要な入居者に対しては、適切な介護が受けられるよう協力する。		
サービスの提供内容に関する特色			
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	③ なし
食事の提供	① 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	2 委託	③ なし
健康管理の供与	① 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 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	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

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 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし

	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ) (Ⅱ)	1 あり 2 なし 1 あり 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1 あり 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
(Ⅲ)		1 あり 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) : 1	
	2 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	中川内科医院
		住所	さぬき市志度797番地
		診療科目	内科
		協力内容	健康診断・健康相談・診察・症状急変事態に対する休日・夜間の対応等
	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		
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	入居時60歳以上の自立している者、2号被保険者	
契約の解除の内容	<p>【催告の上、契約を解除することができる場合】</p> <p>(1)施設の事前の承認なくして、部屋の模様替えや自動車の保有をしたとき (2)施設に対し通知をせずに、1週間以上居室を利用しないとき (3)防災上、危険と認められる行為の禁止を要請されたにもかかわらず従わなかったとき (4)共有部分を私物で占拠したり、騒音を発生したりして他の入居者に迷惑をかけたとき (5)転貸譲渡の禁止規定に違反したとき (6)居室内で動物を飼育したとき (7)身元引受人変更の要請を受けたのち、1ヶ月を経過しても、新たな身元引受人を立てることができないとき (8)その他この契約に違反したとき</p> <p>【この契約を即時解除することができる場合】</p> <p>(1)入居申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居しようとし、又は入居したとき (2)契約した入居可能日までに、敷金の全額を支払わなかったとき (3)管理費その他の費用を、1ヶ月分以上滞納したとき (4)管理費その他の費用等の支払いをしばしば遅延する等の事情により、信頼関係が著しく害されたとき (5)建物、付帯設備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 (6)共同生活の秩序を乱す行為があったとき</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第27条
	解約予告期間	入居契約書 第27条参照
入居者からの解約予告期間	1か月以上	

体験入居の内容	① あり（内容： 1泊2日 3,000円） 2 なし
入居定員	13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 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
施設長	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	8	3	5	
看護職員	3	1	2	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1		1	
調理員	2	2		
事務員	1		1	
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				
※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	1		1
実務者研修の修了者	2		2

訪問介護員 2 級	4	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		
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 (18 時 ~ 8 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1 人	1 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 員の割合 (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※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 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

※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		ヘルパー2級							
	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		1	1							
前年度1年間の退職者数			1							
応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満	1								
	1年以上			1						
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上	1	1	3						
	10年未満									
10年以上	1		2	1						
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 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 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 利用料金(月払い)の取扱い	① 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	
条件		

利用料金	手続き	
------	-----	--

(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	3		
	年齢	85歳	歳	
居室の状況	床面積	13.1 m ²	m ²	
	便所	1 有 (2) 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 (2) 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 (2) 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		67,000円	円	
家賃		32,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0円	円	
	介護保険 ^{※2} 外	食費	27,000円	円
		管理費	2,000円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	5,000円	円
		その他(テレビ、冷蔵庫のリース料) (別途)	1,000円	円
		利用者が個人的に使用する電気製品の電気代(別途)	電気製品1つにつき1,000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	当該有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費に相当する額等を基礎として合理的に算定した。
敷金	家賃の か月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	施設の共用部分の維持管理費、事務費、生活サービス等に係る人件費等に相当する額等を基礎として合理的に算定した。
食費	朝食 200円、昼食 200円、夕食 400円、おやつ 50円×2回として算出した。
光熱水費	年間の光熱水費を定員、月数で除した額を基礎として合理的に算定した。
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	
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)		か月
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	3人
	女性	8人
年齢別	65歳未満	1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	9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	2人
	要介護3	1人
	要介護4	4人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	3人
	5年以上10年未満	5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歳
入居者数の合計	11人
入居率※	84%
※ 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	3人
	死亡者	0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	有料老人ホーム (住宅型) 御徳	さぬき市介護保険課	香川県国民健康団体連合会	香川県健康福祉部長寿社会 対策課
電話番号	087-895-0739	0879-52-2519	087-822-7453	087-832-3266
対応して いる時間	平日	午前8時～午後6時	午前8時30分～午後5時	午前8時30分～午後5時
	土曜	午前8時～午後6時		
	日曜・祝日	午前8時～午後6時		
定休日				

(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) 損保ジャパン日本興和(株)賠償責任保険 CSL・第三者賠償 保険金額 1億円 初期対応費用 保険金額 500万円
	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) 入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行う。また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じる。当ホームは、サービスの提供に伴って、ホームの責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。
	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	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	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (開催頻度) 年 3回			
	<input type="radio"/> 2 なし			
	<table border="1"> <tr> <td><input type="radio"/> 1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="radio"/> 2 代替措置なし</td> </tr> </table>	<input type="radio"/> 1 代替措置あり	(内容)	<input type="radio"/> 2 代替措置なし
<input type="radio"/> 1 代替措置あり	(内容)			
<input type="radio"/> 2 代替措置なし				
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし			
住宅の登録				
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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし			
合致しない事項がある場合の内容	<input type="radio"/> 1 3室ある居室のうち1室が、指導指針に定める基準に適合していません。			
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input checked="" type="radio"/> 1 適合している (代替措置) <input type="radio"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="radio"/> 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				
不適合事項がある場合の内容				

添付書類：別添 1（別を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	南介護支援サービスセンター御徳	さぬき市鴨部 4469 番地 3
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>				
地域密着型通所介護	あり	なし	デイサービスなかよし	さぬき市鴨部 7342 番地 1
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		
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	居宅介護支援事業所御徳	さぬき市鴨部 7343 番地 1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
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		
<介護予防・日常生活支援総合事業サービス>				
介護予防訪問介護相当サービス	あり	なし		
介護予防通所介護相当サービス	あり	なし	デイサービスなかよし	さぬき市鴨部 7342 番地 1
<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		

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－ビス		包含※2		料 金 ※3		備 考	
特定施設入居者生活介護（利用者一部負担※1） 費で、実施するサ－ビス		（利用者一部負担） （利用者が全額負担）		都度※2		料 金 ※3		備 考	
介護サ－ビス									
食事介助	あり	なし	あり	なし	あり				訪問介護サ－ビスをご利用下さい
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	なし	あり				おむつ、リハビリパンツ、尿パット代
おむつ代	あり	なし	あり	なし	あり				はホームで準備した場合は実費徴収
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	なし	あり				訪問介護サ－ビスをご利用下さい
特浴介助	あり	なし	あり	なし	あり				訪問介護サ－ビスをご利用下さい
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	なし	あり				訪問介護サ－ビスをご利用下さい
機能訓練	あり	なし	あり	なし	あり				訪問介護サ－ビスをご利用下さい
通院介助（協力医療機関）	あり	なし	あり	なし	あり		1時間 1,500円		訪問介護サ－ビスをご利用下さい
通院介助（協力医療機関以外）	あり	なし	あり	なし	あり		1時間 1,500円		訪問介護サ－ビスをご利用下さい
生活サ－ビス									
居室清掃	あり	なし	あり	なし	あり				訪問介護サ－ビスをご利用下さい
リネン交換	あり	なし	あり	なし	あり				訪問介護サ－ビスをご利用下さい
日常の洗濯	あり	なし	あり	なし	あり				訪問介護サ－ビスをご利用下さい
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	なし	あり				訪問介護サ－ビスをご利用下さい
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり	なし	あり				訪問介護サ－ビスをご利用下さい
おやつ	あり	なし	あり	なし	あり		おやつ 50円×2回（1日2回）		
理美容師による理美容サ－ビス	あり	なし	あり	なし	あり				実費
買い物代行	あり	なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行	あり	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理	あり	なし	あり	なし	あり		月額 1,000円		
健康管理サ－ビス									
定期健康診断	あり	なし	あり	なし	あり				人間ドッグ年1回、健康診断年2回
健康相談	あり	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	あり	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサ－ビス									
移送サ－ビス	あり	なし	あり	なし	あり		運賃 30円/km		
入退院時の同行（協力医療機関）	あり	なし	あり	なし	あり		1時間 1,500円		
入退院時の同行（協力医療機関以外）	あり	なし	あり	なし	あり		1時間 1,500円		
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	なし	あり				必要に応じて適宜実施します
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	なし	あり				必要に応じて適宜実施します

※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－ビスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サ－ビス利用の都度払いによる場合に於いて、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