

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	奥村真琴
所属・職名	代表取締役

※ サービス付高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について(平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡)」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1 事業主体概要

種類	個人 / <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	営利法人(株式会社)
名称	(ふりがな) けあほーむかぶしきがいしゃ ケアホーム株式会社	
主たる事務所の所在地	〒802-0974 北九州市小倉南区徳力4丁目21番14号	
連絡先	電話番号	093-965-3022
	FAX番号	093-965-3066
	ホームページアドレス	http://www.hanamizuki-kaigo.com
代表者	氏名	奥村真琴
	職名	代表取締役
設立年月日	2004年 3月 31日	
主な実施事業	別添1	

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) せいかつしえんほーむはなみずき 生活支援ホーム花みずき	
所在地	〒802-0981 北九州市小倉南区企救丘3丁目17番4号 201	
主な利用交通手段	最寄駅	北九州モノレール 志井駅
	交通手段と所要時間	北九州モノレール 志井駅徒歩6分 西鉄バス 志徳団地停留所徒歩6分 自動車利用の場合 九州道小倉南インターより7分
連絡先	電話番号	093-962-5055
	FAX番号	093-962-5055
	ホームページアドレス	http://www.hanamizuki-kaigo.com
管理者	氏名	奥村美由紀
	職名	管理者
建物の竣工日	平成16年 9月 1日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成22年 6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	県 (市)
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	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 (2004年3月1日～2016年2月28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	587.25 m ²			
		うち、老人ホーム部分	587.25 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 (2004年3月1日～2015年2月28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						
最小			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		①有/無	有/①無	18.9m ²	4	介護居室個室
タイプ2		①有/無	有/①無	28.1m ²	1	介護居室個室
タイプ3		①有/無	①有/無	21.8m ²	1	介護居室個室
タイプ4		①有/無	有/①無	21.3m ²	1	介護居室個室
タイプ5		①有/無	有/①無	17m ²	1	介護居室個室
タイプ6		①有/無	有/①無	16.7m ²	1	介護居室個室
タイプ7		①有/無	有/①無	18m ²	4	介護居室個室
タイプ8		①有/無	有/①無	30m ²	1	介護居室個室
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」「一次介護室」の別を記入。						

共用施設	共用便所における 便房	1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	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	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 （A）	① あり	2 なし	
	火災通報設備（B）	1 あり	② なし	
	A, Bの連動	1 あり	③ 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	「私たちは“やさしさ”で、この街になくてはならない存在になる」の企業理念のもと、入居者の皆さんはもとより、ご家族様、地域の皆様の福祉に貢献してまいります。 入居者様のご意向を尊重し、生活の質の向上に寄与するよう支援を行います。		
サービスの提供内容に関する特色	安心・安全・感動の提供を目標に、小規模施設だからこそできる、きめ細かい対応に心掛けています。小規模施設ならではのアットホームな雰囲気大切に、ゆったりとした生活を支援していきます。		
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、掃除等の家事に供与	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

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	
	夜間看護体制加算		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	
	看取り介護加算		1 あり	2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)		1 あり	2 なし
		(II)		1 あり	2 なし
	サービス提供体制	(I) イ		1 あり	2 なし
(I) ロ			1 あり	2 なし	

	強化加算	(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	① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 ④ その他 ()			
協力医療機関	1	名称	かたやまクリニック	
		住所	北九州市小倉南区企救丘3-17-3	
		診療科目	脳神経外科・内科・リハビリテーション科	
		協力内容	健康診断、日常の健康相談・健康管理、通院診療、往診診療、緊急時の対応	
	2	名称	眞崎クリニック	
		住所	北九州市小倉南区田原4-9-14	
		診療科目	内科・外科・リハビリテーション科	
		協力内容	日常の健康相談・健康管理、通院診療、往診診療、緊急時の対応	
	3	名称	永井クリニック	
住所		北九州市小倉北区三萩野1-12-28 1階		
診療科目		内科・糖尿病内科		
協力内容		日常の健康相談・健康管理、通院診療、往診診療、緊急時の対応		
協力歯科医療機関	名称	かんだき歯科クリニック		
	住所	北九州市小倉南区企救丘2-2-30		
	協力内容	日常の健康相談・健康管理、通院診療、往診診療、緊急時の対応		

(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 (希望する居室への移動)
--------------------------	---

判断基準の内容	他に空室があり、管理者が妥当であると認めた時には居室の変更をすることができる。 その際の荷物の移動は原則として契約者にて行うこととする。	
手続きの内容	居室料が変更になる場合は、新旧それぞれの居室料について日割りにて計算する。その際の1日あたりの居室料は（居室料×12か月/365日）の計算式で求めることとする。またクリーニング費用については新旧両居室について発生いたします。	
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
	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	概ね65歳以上でご自宅での生活に不安のある方、要支援、要介護認定を受けておられる方で、特別な医療処置の必要がなく、共同生活を営むのに支障のない方。また施設の定めるルールを遵守していただける方。		
契約の解除の内容	入居申込書に虚偽の事項を記載し、又は不正な手段によって入居したとき。施設の定める禁止行為に違反した時等。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間	3	ヶ月
入居者からの解約予告期間	1		ヶ月
体験入居の内容	① あり (内容：) 2 なし		
入居定員	16		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	
管理者	1.00人		1.00人	
生活相談員				
直接処遇職員	11.00人			
介護職員	11.00人		11.00人	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3.00人	2.00人	1.00人	
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				
※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	1.00人		1.00人
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	10.00人		10.00人
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 (時～ 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	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以上

※公告、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		看護師				
				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						
前年度1年間の退職者数					1						
業務に 応じた 従事した 職員の 経験年数 の 人数	1年未満				1						
	1年以上 3年未満				2						
	3年以上 5年未満				3						
	5年以上 10年未満				3						
	10年以上				2						
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	
利用料金の改定	条件	一カ月以上前に文書にて通知し、料金の改定を行うことがある
	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	自立	要介護3	
	年齢	75歳	歳	
居室の状況	床面積	18㎡	㎡	
	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	円	円	
	敷金	200,000円	200,000円	
月額費用の合計		168,000円	133,000円	
家賃		40,000円	40,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用 ※1		円	
	介護保険外※2	食費	50,000円	50,000円
		管理費	39,500円	39,500円
		介護費用	円	円
		光熱水費	3,500円	3,500円
		その他	35,000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)

費用	算定根拠
家賃	占有面積、設備等を勘案した価格設定 なお日割りとなる場合の1日あたりの居室料は(居室料×12か月/365日)の計算式にて求めることとする。
敷金	家賃の2.8～5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。
管理費	共用部の水光熱費及び維持管理費、管理部門人件費、居室の水道料金、預り金管理費用、支払い代行費用(施設生活に最低限必要なもののみ) なお日割りとなる場合の1日あたりの管理費は(39,500円×12か月/365日)の計算式にて求めることとする。
食費	食材料費及び厨房人件費、厨房水光熱費、 ※連続7日以上欠食の場合のみ、8日目以降分を差引して請求 ※1日及び1食当たりの計算方法 50,000円/1.08×12か月/365日/3食 1,522円(税別)/日(<1,920円)、507円(税別)/食(<640円) により軽減税率(8%)の適用となります。 なおご家族分のお食事は軽減税率の対象外となります。
光熱水費	個別メーターの検針により請求 (※電気代は公益財団法人全国家庭電気製品公正取引協議会の定める電力料金の目安単価に従い、1kWhあたり27円(税込)とする)
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	有料サービス一覧表による

(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)	ヵ月
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)

※人数は単位の記入不要

性別	男性	2人
	女性	11人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	1人
	85歳以上	12人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	3人
	要介護2	3人
	要介護3	2人
	要介護4	4人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	4人
	5年以上10年未満	3人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	1人

(入居者の属性)

※単位の記入不要

平均年齢	歳
入居者数の合計	13人
入居率※	81.25%
※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)

※人数は単位の記入不要

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	人
	死亡者	3人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 介護付有料老人ホーム花みずきへの住替え

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。

1	窓口の名称		苦情対応係
	電話番号		093-962-5055
	対応している時間	平日	9:00-17:00
		土曜	
		日曜・祝日	
定休日		土日及び1月1日～3日、8月13日～15日	
2	窓口の名称		ケアホーム株式会社
	電話番号		093-965-3022
	対応している時間	平日	9:00-17:00
		土曜	
		日曜・祝日	
定休日		土日及び1月1日～3日、8月13日～15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) 東京海上日動火災保険株式会社：居宅介護事業者賠償責任保険
	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)
	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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 回
	② なし	
	① 代替措置あり	(内容) 入居者意向調査及びご家族にアンケートを実施
	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: 介護付有料老人ホーム花みずき)	
	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	
	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 ② なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「6 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり ② なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「7 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		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類 別添1(事業主体が北九州市内で実施する他の介護サービス)

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)

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。

説明を受けた者の署名 _____

別添1 事業主体が北九州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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパー花みずき	北九州市小倉南区徳力4-21-14	
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパー花みずき	北九州市小倉南区徳力4-21-14	
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			
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＞					
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパー花みずき	北九州市小倉南区徳力4-21-14	
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパー花みずき	北九州市小倉南区徳力4-21-14	
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					
＜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						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)		含有 ※2	都度 ※2	料金※3	備 考	
	なし	あり	なし	あり					
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○	○	1000円/30分		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○	○	1000円/30分		
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		○	1000円/30分		
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	○	○	1000円/30分		
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	○	1000円/30分	概ね片道30分程度	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1000円/30分		
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1000円/30分		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	500円/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		○			
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1000円/30分	交通費別途 概ね片道30分程度	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1000円/30分	交通費別途 概ね片道30分程度	
金銭・貯金管理			なし	あり	○			施設生活に最低限必要なもののみ	
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○		利用者と主治医の個別の申し合わせによる	
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	○	○	1000円/30分	朝昼夕食前後は除く	
生活のリズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○			食事摂取量、バイタル記録など	
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		○	1000円/30分	交通費別途 概ね片道30分程度	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	1000円/30分	交通費別途 概ね片道30分程度	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	1000円/30分	交通費別途 概ね片道30分程度	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	1000円/30分	交通費別途 概ね片道30分程度	

※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、月額の利用料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。