

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和1年7月1日 |
| 記入者 | 中根 勝也 |
| 所属・職名 | 総務部 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---|---|
| 種類 | 個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) | かんとくふくしきーびすかぶしきがいしゃ 関東福祉サービス株式会社 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒349-0212 埼玉県白岡市新白岡六丁目1番10号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0480-31-9528 |
| | FAX番号 | 0480-31-9529 |
| | ホームページアドレス | http://kan-fukushi-service.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 長岡 優次 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 29年 2月 7日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別を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) しるばーこーとなかまる シルバーコート中丸 | |
| 所在地 | 〒364-0013 埼玉県北本市中丸六丁目181番 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR高崎線 北本駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ①バス利用の場合 ・JR北本駅東口からけんちゃんバス東口循環(二ツ家先回り)で乗車、南部公民館入り口で下車、徒歩11分 ②自動車利用の場合 ・圏央道桶川加納ICから約4分。 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-580-6517 |
| | FAX番号 | 048-580-6527 |
| | ホームページアドレス | http://kan-fukushi-service.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 結城 則弘 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | 昭和・平成 30年 7月 31日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成 30年 8月 2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） | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | 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 | | | | | 1,156.79 m ² |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり (2018年7月31日～2043年7月30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 | | | | 836.64 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | | | | 836.64 m ² |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 木造 | | | | |
| | | 4 その他 () | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 (2018年7月31日～2043年7月30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】 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | | | | 人部屋 |
| | 最大 | | | | 人部屋 | |
| | タイプ1 | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 7.96 m ² | 41 部屋 | 一般居室個室 |

※「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。

※居室にベッドの備付けがないため、必要な場合は自らご準備いただくか当施設にご相談ください。

| | | | | |
|--------|------------------|---|-------------------|-----|
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 8ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 4ヶ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4ヶ所 |
| | 共用浴室 | 4ヶ所 | 個室 | 4ヶ所 |
| | | | 大浴場（通所介護の時間外利用） | 0ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 0ヶ所 | チェアー浴（通所介護の時間外利用） | 0ヶ所 |
| | | | リフト浴 | 0ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | 0ヶ所 |
| | | その他（ ） | 0ヶ所 | |
| | 食堂 | 1 あり 2 なし | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理施設 | 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 | 利用者一人一人の個性を尊重した生活環境を提供することを旨とする。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 昼夜間の安否確認、医療機関との連携により、ご本人、ご家族が安心できるサービス提供 |
| 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 |

(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 | 医療法人社団医風会 春野クリニック |
| 住所 | 〒337-0003 さいたま市見沼区深作 3-40-5 |
| 診療科目 | 内科・皮膚科・リハビリテーション科 |
| 協力内容 | 往診 |

| | | |
|----------|------|--|
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人 ひのき歯科 |
| | 住所 | 〒331-0823 さいたま市北区日進町 2-1108-3 ルヴェール日進 21 階 |
| | 協力内容 | 往診 |

(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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | | |
| 契約の解除の内容 | <ol style="list-style-type: none"> 1 利用者が死亡した場合。 2 利用者又は利用者代理人が第 21 条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間が満了した日。 3 事業者が、第 23 条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間（30 日）が満了した日。 4 事業所が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。 5 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合。 6 第 22 条に基づき本契約が解約又は解除された場合。 7 利用者が病気の治療とその他のため長期に当事業所を離れる事が決まり、かつその移転先の受け入れが可能になった場合。ただし、利用者が長期に事業所を離れる場合でも、利用者又は利用者代理人と事業者の協議の上、居室確保等に合意した場合は本契約を継続することができます。 8 利用者が他の介護療養施設等への入所が決まり、その施設の側で受け入れが可能となった場合。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第 23 条による |
| | 解約予告期間 | 30 日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30 日 | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（内容：1泊2日 5,000 円税込み） <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 入居定員 | 41 人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

(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 | 0 | 1 |
| 施設管理人 | 2 | 1 | 1 |

※夜間の管理体制については、当施設住み込みの管理人が非常時に施設管理者へ連絡・報告致します。

(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 | | | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 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 | | | |
| 柔道整復師 | | | |
| 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 (20時 ~ 7時) | | |
|-----------------------|------|-----------------|
| | 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 | 0 人 | 0 人 |

(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 | 社会福祉主事 | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた 職員の人数 | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 | | | | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 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】 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 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 減額あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合。 |
| | 手続き | 事業者が利用者又は利用者代理人に対して事前に説明をした上、予告期間（30日）をもって当該サービス利用料金を変更する。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | | | | |
|------------|-------------------------------|---------------------|---|----------------|-----|--|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 自立、要支援、要介護 | | | | |
| | 年齢 | 不問 | | | | |
| 居室の状況 | 床面積 | 7.96 m ² | | m ² | | |
| | 便所 | 1 有 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 | 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 | 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 | 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 円 | | | | |
| | 敷金 | 円 | | | | |
| 月額費用の合計 | | 95,000 円 | | | | |
| 家賃 | | 37,000 円 | | | | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 円 | | | | |
| | 介護保険 | 食費 | 25,000 円 | | | |
| | | 管理費 | 25,000 円 | | | |
| | | 光熱水費 | 8,000 円 | | | |
| | | その他 | 円 | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費用 | 算定根拠 |
|-----|--|
| 家賃 | 居室の使用権、事務手続き等にかかる費用 |
| 管理費 | 施設共用部分の維持管理費用、廃棄物処理費用 |
| 食費 | 食材費用（1日あたり内訳：朝食 333円、夕食 500円） 1ヵ月あたり 25,000円のパッケージ料金であり、欠食による返金 |

| | |
|-------------|--|
| | は原則としてありません。但し、入院期間が2週間以上になった場合のみ欠食した代金分を返金致します。 |
| 光熱水費 | 電気、水道代としてかかる費用 |
| その他のサービス利用料 | 人件費 |

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 | 26 人 |
| | 女性 | 9 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 11 人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 17 人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 5 人 |
| | 85歳以上 | 2 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 | 0 人 |
| | 要介護 3 | 0 人 |
| | 要介護 4 | 0 人 |
| | 要介護 5 | 0 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 12 人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 23 人 |
| | 1年以上 5年未満 | 0 人 |
| | 5年以上 10年未満 | 0 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 | | 歳 |
| 入居者数の合計 | | 35 人 |
| 入居率* | | % |
| ※ 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 | 0 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 | | シルバーコート中丸 |
| 電話番号 | | 0480-580-6517 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:30 |
| | 土曜 | 8:30～17:30 |
| | 日曜・祝日 | 8:30～17:30 |
| 定休日 | | 年中無休 |

| | | |
|----------|-------|--------------|
| 窓口の名称 | | 関東福祉サービス株式会社 |
| 電話番号 | | 0480-31-9528 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:30 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土、日 |

| | | |
|----------|-------|------------------------|
| 窓口の名称 | | 埼玉県高齢者福祉課施設事業者指導担当 |
| 電話番号 | | 048-830-4781 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:15 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土、日、祝日、年末年始(12/29～1/3) |

(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) サービス提供上で、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は、不可抗力による場合を除き速やかに入居者に対して損害を賠償します。但し、入居者に故意又は重大な過失及び自己の責めに帰することが認められる場合には、その賠償額を減ずることができ、また賠償責任を負わないことがあります。 |
| | 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 |
| 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 |
| 管理規定 | 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 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「5. 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・全居室について、床面積(内法)が13.2㎡未満となっている。 ・片廊下の手すり間の有効幅が最小1.8m未満となっている。 | |
| 「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 | 本施設の居室の床面積（内法）は13.2㎡以上とすべきところ、7.96㎡である。（埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針5（9）－イ関係） |
|-------------------|---|

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 事業主体が県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 | | |
| 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 | シルバーベターライフ菖蒲 | 久喜市菖蒲町菖蒲 112 番 1 |
| 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 | | |
| 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 | 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 | | |
| <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、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 実施するサービス | | | 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※1） | | （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 | | | 介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします。 |
| 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 | 廃棄費用は管理費に含まれる 介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします。 |
| 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 | | | |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | | 介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします。 |
| 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 | | ○ | 管理費に含まれる。 |
| 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 | 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 | | ○ | 原則行いません。但し、事情により依頼があれば管理致します |

なし

あり

| 健康管理サービス | | | | | | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|---|--|--|--|--|--|-------------------------------|
| 定期健康診断 | | | | | | | | | | | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | | 協力医療機関において健康診断を受診する機会を提供致します。 |
| 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 | | | | | | | |
| 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（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含まれる場合と、サービスの都度支払う場合に応じて、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。

