

特定施設入居者生活介護  
介護予防特定施設入居者生活介護

重要事項説明書



ヒューマンサポート幸手  
株式会社 日本ヒューマンサポート

# 重 要 事 項 説 明 書

|      |       |              |
|------|-------|--------------|
|      | 記入年月日 | 平成27年7月1日    |
| 記入者名 | 太田 智史 | 所属・職名<br>施設長 |

## 1. 事業主体概要

|                                 |                   |   |
|---------------------------------|-------------------|---|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 |                   |   |
| 事業主体の名称                         | 法人等の種類            | なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 営利法人              |
|                                 | 名称                | (ふりがな)<br>株式会社日本ヒューマンサポート かぶしきがいしゃにほんひゅーまんさぽーと                                    |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒344-0033         | 埼玉県春日部市備後西5丁目1-44   |
|                                 | 電話番号              | 048-731-0500  |
| 事業主体の連絡先                        | FAX番号             | 048-731-0501  |
|                                 | ホームページ<br>アドレス    | なし  |
|                                 |                   | <input checked="" type="checkbox"/> <a href="http://n-h-s.jp">http://n-h-s.jp</a> |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名                 | 氏名                | 久野 義博   |
|                                 | 職名                | 代表取締役   |
| 事業主体の設立年月日                      | 1984年(昭和59年)2月15日 |   |

事業主体が当該都道府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  |
|---------------------------|-------------------------------------|----|---|--|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>     |                                     |    |   |  |
| 訪問介護                      | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | ヒューマンサポート幸手<br>ヒューマンサポート春日部   | 幸手市北1丁目13-20<br>春日部市備後西5丁目1-44   |
| 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                      | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | ヒューマンサポート幸手<br>ヒューマンサポート春日部<br>ヒューマンサポート深谷<br>ヒューマンサポート上里<br>ヒューマンサポート草加<br>ヒューマンサポート白岡東<br>ヒューマンサポート岩槻<br>ヒューマンサポート川口赤井<br>ヒューマンサポート宮原 | 幸手市北1丁目13-20<br>春日部市備後西5丁目1-44<br>深谷市稲荷町1-10-28<br>児玉郡上里七本木3518-1<br>草加市原町2-4-3<br>白岡市白岡東12-4<br>さいたま市岩槻区上野6-3-10<br>川口市赤井590-1<br>さいたま市北区吉野町1-353-4 |
| 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 | ヒューマンサポート幸手<br>ヒューマンサポート春日部<br>ヒューマンサポート春日部中央<br>ヒューマンサポート白岡<br>ヒューマンサポート岩槻   | 幸手市北1丁目13-20<br>春日部市備後西5丁目1-44<br>春日部市豊町1丁目4-5<br>白岡市白岡1066-1<br>さいたま市岩槻区上野6-3-10  |
| 福祉用具貸与                    | あり                                  | なし |   |  |
| 特定福祉用具販売                  | あり                                  | なし |   |  |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>  |                                     |    |   |  |
| 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居者生活介護      | あり                                  | なし |   |  |
| 居宅介護支援                    | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | ヒューマンサポート幸手<br>ヒューマンサポート春日部   | 幸手市北1丁目13-20<br>春日部市備後西5丁目1-44   |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b> |                                     |    |   |  |
| 介護予防訪問介護                  | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | ヒューマンサポート幸手<br>ヒューマンサポート春日部   | 幸手市北1丁目13-20<br>春日部市備後西5丁目1-44   |
| 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                  | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | ヒューマンサポート幸手<br>ヒューマンサポート春日部<br>ヒューマンサポート深谷<br>ヒューマンサポート上里   | 幸手市北1丁目13-20<br>春日部市備後西5丁目1-44<br>深谷市稲荷町1-10-28<br>児玉郡上里七本木3518-1  |

|                  |    |    |   |   |
|------------------|----|----|---|---|
|                  |    |    | ヒューマンサポート草加<br>ヒューマンサポート白岡東<br>ヒューマンサポート岩槻<br>ヒューマンサポート川口赤井<br>ヒューマンサポート宮原  | 草加市原町2-4-3<br>白岡市白岡東12-4<br>さいたま市岩槻区上野6-3-10<br>川口市赤井590-1<br>さいたま市北区吉野町1-353-4   |
| 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 | ヒューマンサポート幸手<br>ヒューマンサポート春日部<br>ヒューマンサポート春日部中央<br>ヒューマンサポート白岡<br>ヒューマンサポート岩槻 | 幸手市北1丁目13-20<br>春日部市備後西5丁目1-44<br>春日部市豊町1丁目4-5<br>白岡市白岡1066-1<br>さいたま市岩槻区上野6-3-10 |
| 介護予防福祉用具貸与       | あり | なし |   |   |
| 介護予防特定福祉用具販売     | 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 |   |   |

2. 施設概要

|   |   |
|---|---|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先  |   |
| 事業所等の名称   | (ふりがな) かいごつきゆうりようろうじんほーむ ひゅーまんさぽーと さって<br>介護付有料老人ホーム ヒューマンサポート幸手  |
| 事業所等の所在地  | 〒340-0111   |
|   | 埼玉県幸手市北1丁目13-20   |
| 事業所等の連絡先  | 電話番号 0480-40-4800   |
|   | FAX番号 0480-40-4801  |
|   | ホームページ<br>アドレス  |
| 施設の開設年月日  | 平成19年4月1日   |
| 施設の管理者の氏名及び職名   | 氏名 太田 智史  |
|   | 職名 施設長  |
| 施設までの主な利用交通手段   |   |
| 東武日光線「幸手駅」より 1.5km 徒歩14分  |   |
| 施設の類型及び表示事項   | 施設の類型 : 介護付き有料老人ホーム<br>一般型特定施設入居者生活介護<br>居住の権利形態 : 利用権方式<br>入居時の要件 : 入居時要支援～要介護5<br>40歳以上の2号被保険者<br>概ね60歳以上の健常者<br>介護居室区分 : 全室個室<br>介護にかかわる職員体制 : 3:1以上 |
| 介護保険事業者番号   | 埼玉県指定 第1176100459号  |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日<br>(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日) |   |
| 事業の開始年月日  | 平成19年4月1日   |
| 指定の年月日  | 平成19年4月1日   |
| 指定の更新年月日  | 平成25年4月1日   |

3. 従業員に関する事項

平成27年7月1日時点

| 職種別の従業員の人数及びその勤務形態   |                      |     |     |     |    |        |
|--|----------------------|-----|-----|-----|----|--------|
| 有料老人ホームの人数及びその勤務形態   |                      |     |     |     |    |        |
| 実人数  | 常勤                   |     | 非常勤 |     | 合計 | 常勤換算人数 |
|  | 専従                   | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |        |
| 施設長  |                      | 1   |     |     | 1  | 0.5    |
| 生活相談員  |                      | 2   |     |     | 2  | 1.0    |
| 看護職員   | 2                    | 1   |     |     | 3  | 2.9    |
| 介護職員   | 16                   |     | 17  |     | 33 | 27.2   |
| 機能訓練指導員  |                      | 1   |     |     | 1  | 0.1    |
| 計画作成担当者  |                      | 1   |     |     | 1  | 0.5    |
| 栄養士  |                      |     |     |     |    | 外部委託   |
| 調理員  |                      |     |     |     |    | 外部委託   |
| 事務員  | 2                    |     |     |     | 2  | 2.0    |
| その他従業員   |                      |     | 8   | 9   | 17 | 5.2    |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数   |                      |     |     |     |    | 40時間   |
| ※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の数に換算した人数をいう。 |                      |     |     |     |    |        |
| 従業員である介護職員が有している資格   |                      |     |     |     |    |        |
| 延べ人数   | 常勤                   |     | 非常勤 |     |    |        |
|  | 専従                   | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |        |
| 社会福祉士  |                      |     |     |     |    |        |
| 介護福祉士  | 5                    |     | 2   |     |    |        |
| 介護職員基礎研修   | 1                    |     |     |     |    |        |
| 訪問介護員1級  | 2                    |     |     |     |    |        |
| 2級   | 12                   |     | 21  |     |    |        |
| 3級   |                      |     |     |     |    |        |
| 介護支援専門員  |                      |     |     |     |    |        |
| 従業員である機能訓練指導員が有している資格  |                      |     |     |     |    |        |
| 延べ人数   | 常勤                   |     | 非常勤 |     |    |        |
|  | 専従                   | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |        |
| 理学療法士  |                      |     |     |     |    |        |
| 作業療法士  |                      |     |     |     |    |        |
| 言語聴覚士  |                      |     |     |     |    |        |
| 看護師及び准看護師  |                      | 1   |     |     |    |        |
| 柔道整復士  |                      |     |     |     |    |        |
| あん摩マッサージ指圧師  |                      |     |     |     |    |        |
| 夜勤を行う看護職員及び介護職員の数  | 最少時の人数(宿直の従事者を除いた人数) |     |     |     |    | 3      |
|  | 平均時の人数               |     |     |     |    | 3      |

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

| 実人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計 | 常勤換算<br>人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|------------|
|         | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |            |
| 生活相談員   |    | 2   |     |     | 2  | 1.0        |
| 看護職員    | 2  | 1   |     |     | 3  | 2.9        |
| 介護職員    | 16 |     | 17  |     | 33 | 27.2       |
| 機能訓練指導員 |    | 1   |     |     | 1  | 0.1        |
| 計画作成担当者 |    | 1   |     |     | 1  | 0.5        |
| その他従業者  | 2  | 0   | 8   | 9   | 19 | 7.2        |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40時間

※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。

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|----------|----|-----|-----|-----|
|          | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 社会福祉士    |    |     |     |     |
| 介護福祉士    | 5  |     | 2   |     |
| 介護職員基礎研修 | 1  |     |     |     |
| 訪問介護員1級  | 2  |     |     |     |
| 2級       | 12 |     | 21  |     |
| 3級       |    |     |     |     |
| 介護支援専門員  |    |     |     |     |

従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数        | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|-------------|----|-----|-----|-----|
|             | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 理学療法士       |    |     |     |     |
| 作業療法士       |    |     |     |     |
| 言語聴覚士       |    |     |     |     |
| 看護師及び准看護師   |    | 1   |     |     |
| 柔道整復士       |    |     |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |     |     |

管理者の他の職務との兼務の有無

なし

あり

管理者が有している当該  
業務に係る資格等

なし

あり

資格等の名称

介護福祉士

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算  
方法による人数の割合

2.3:1以上

従業員の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

| 区分             | 看護職員    |     | 介護職員    |     | 生活相談員 |     |
|----------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
|                | 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       | 0   | 1       | 5   |       |     |
| 前年度1年間の退職者数    | 1       | 1   | 3       | 7   |       |     |
| 業務に従事した経験年数    |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数      |         |     |         |     |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  |         |     | 4       | 8   |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |         |     | 2       | 1   | 1     |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |         | 1   | 8       | 8   |       |     |
| 10年以上の者の人数     | 2       |     |         |     |       |     |
| 区分             | 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 |
| 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    |         |     |         |     |       |     |
| 1年未満の者の人数      |         |     |         |     |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  |         |     |         |     |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |         |     |         |     |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |         |     |         | 1   |       |     |
| 10年以上の者の人数     |         | 1   |         |     |       |     |
| 従業員の健康診断の実施状況  |         |     |         | なし  | あり    |     |



4. サービスの内容

|   |  |  |
|---|--|--|
| 施設の運営に関する方針   |  |  |
| 「老後安心」をモットーにし、高齢者の方々のため関係法令・規則を遵守し、快適な居住環境の提供と、介護サービスをはじめとする各種サービスの提供により、「ゆとり」と「安らぎ」のある暮らしの実現に努め、健全な経営のもとに地域社会への貢献を目指すこととします。 |  |  |
| 介護サービスの内容、利用定員等   |  |  |
| 個別機能訓練の実施(介護報酬の加算)の有無   | なし   | あり   |
| 夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無  | なし   | あり   |
| 医療機関連携加算(介護報酬の加算)の有無  | なし   | あり   |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無  | なし   | あり   |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況  | 別紙   |  |
| 協力医療機関の名称   | 医療法人 幸仁会 堀中病院<br>〒340-0114 埼玉県幸手市東3-1-5 TEL0480-42-2081<br>内科・小児科・外科・整形外科・形成外科・泌尿器科・婦人科・<br>リハビリテーション科・麻酔科<br>医療法人社団 彩優会 秋谷病院<br>〒340-0115 埼玉県幸手市中4-14-41 TEL0480-42-2125<br>内科・胃腸科・小児科・外科・整形外科・脳神経外科・眼科・リハビリテーション科<br>医療法人社団 白桜会 新しらおか病院<br>〒349-0221 埼玉県南埼玉郡白岡町大字上野田1267-1 TEL 0480-90-5550<br>内科・精神科・外科 |  |
| (協力の内容)   | 嘱託医として入居者の健康管理・相談・治療に協力と共に、診断の結果、入院加療が必要とされる場合、入居者の同意のもとに、連携病院として入院を支援しますまた、入居者に係わる医療情報の提供、並びに本人の同意の下に受診に協力します。  |  |
| 協力歯科医療機関  | なし   | あり<br>その名称<br>幸手ひがし歯科クリニック<br>〒340-0114 埼玉県幸手市東4-8-2 TEL0480-43-5311 |
| (協力の内容)   | 訪問歯科による口腔ケア・歯科検診・歯科治療  |  |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項   |  |  |
| 要介護時に介護を行う場所  |  |  |
| 全室個室のため、該当なし  |  |  |
| 入居後に居室を住み替える場合  |  |  |
| 一時介護室へ移る場合  |  |  |
| 判断基準・手続について   |  |  |
| (その内容) 全室個室のため、該当なし   |  |  |
| 追加的費用の有無  | なし   | あり   |
| 居室利用権の取扱い   |  |  |
| (その内容) 全室個室のため、該当なし   |  |  |
| 入居一時金償却の調整の有無   | なし   | あり   |
| 従前の居室からの面積の増減の有無  | なし   | あり   |
| 従前居室との仕様の変更   |  |  |
| 便所の変更の有無  | なし   | あり   |
| 浴室の変更の有無  | なし   | あり   |
| 洗面所の変更の有無   | なし   | あり   |
| 台所の有無   | なし   | あり   |
| その他の変更の有無   | なし   | あり   |
| (その内容)  |  |  |

|   |   |    |
|---|---|----|
| 介護居室へ移る場合   |   |    |
| 判断基準・手続について   |   |    |
| (その内容) 全室個室のため、該当なし   |   |    |
| 追加的費用の有無  | なし  | あり |
| 居室利用権の取扱い   |   |    |
| (その内容) 全室個室のため、該当なし   |   |    |
| 入居一時金償却の調整の有無   | なし  | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無  | なし  | あり |
| 従前居室との仕様の変更   |   |    |
| 便所の変更の有無  | なし  | あり |
| 浴室の変更の有無  | なし  | あり |
| 洗面所の変更の有無   | なし  | あり |
| 台所の有無   | なし  | あり |
| その他の変更の有無   | なし  | あり |
| (その内容)  |   |    |
| その他   | なし  | あり |
| 判断基準・手続について   |   |    |
| (その内容) 入居者の希望により部屋をAタイプからBタイプへ、またはBタイプからAタイプへ変更を希望する場合<br>①北側居室から南側居室への移動は入居一時金・家賃の差額分を増額<br>②南側居室から北側居室への移動は家賃の差額分のみ減額する |   |    |
| 追加的費用の有無  | なし  | あり |
| 居室利用権の取扱い   |   |    |
| (その内容) 移動時の居室の利用権は消滅し、新たに移動後の居室の利用権を取得する  |   |    |
| 入居一時金償却の調整の有無   | なし  | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無  | なし  | あり |
| 従前居室との仕様の変更   |   |    |
| 便所の変更の有無  | なし  | あり |
| 浴室の変更の有無  | なし  | あり |
| 洗面所の変更の有無   | なし  | あり |
| 台所の有無   | なし  | あり |
| その他の変更の有無   | なし  | あり |
| (その内容)  |   |    |
| 施設の入居に関する要件   |   |    |
| 自立している者を対象  | なし  | あり |
| 要支援の者を対象  | なし  | あり |
| 要介護の者を対象  | なし  | あり |
| 留意事項  | 概ね60歳以上の健常者<br>概ね65歳以上の要介護1から要介護5の介護認定、要支援1・2を受けている方<br>または、2号被保険者で特定疾病に認定を受けている方 |    |
| 契約の解除の内容  | 入居契約書第31条(事業者からの契約解除)・第32条(入居者からの解除)に記載する   |    |
| 体験入居の内容   | ※11,500円/日(1週間以内)(税抜、食事代含む)   |    |
| 入居定員  | 定員78名   |    |
| その他   |   |    |

平成27年7月1日時点

## 有料老人ホームの入居者の状況

| 入居者の人数(報告に関する計画の基準日の前月末日)     |       |               |              |               |                |       |
|-------------------------------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| 区分                            | 要介護1  | 要介護2          | 要介護3         | 要介護4          | 要介護5           | 合計    |
| 65歳未満                         | 1     | 0             | 0            | 0             | 0              | 1人    |
| 65歳以上75歳未満                    | 0     | 0             | 1            | 0             | 0              | 1人    |
| 75歳以上85歳未満                    | 2     | 4             | 5            | 2             | 5              | 18人   |
| 85歳以上                         | 20    | 14            | 7            | 5             | 2              | 48人   |
|                               | 自立    | 要支援1          | 要支援2         | 合計            |                |       |
| 65歳未満                         | 0     | 0             | 0            | 0人            |                |       |
| 65歳以上75歳未満                    | 0     | 0             | 0            | 0人            |                |       |
| 75歳以上85歳未満                    | 0     | 0             | 2            | 2人            |                |       |
| 85歳以上                         | 0     | 2             | 4            | 6人            |                |       |
| 入居者の平均年齢                      |       |               |              |               |                | 86.8歳 |
| 入居者の男女別人数                     | 男性    | 23人           | 女性           | 53人           | 合計             | 76    |
| 入居率(一時的に不在となっている者を含む。)        |       |               |              |               |                | 97.4% |
| 前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退居した者の人数 |       |               |              |               |                |       |
| 退居先                           | 要介護1  | 要介護2          | 要介護3         | 要介護4          | 要介護5           | 合計    |
| 自宅等                           | 0     | 1             | 0            | 2             | 0              | 1     |
| 社会福祉施設                        | 0     | 0             | 1            | 3             | 1              | 5     |
| 医療機関                          | 0     | 1             | 5            | 3             | 1              | 10    |
| 死亡者                           | 0     | 1             | 1            | 4             | 2              | 13    |
| その他                           | 0     | 0             | 0            | 0             | 0              | 0     |
|                               | 自立    | 要支援1          | 要支援2         | 合計            |                |       |
| 自宅等                           | 0     | 0             | 0            | 0             |                |       |
| 社会福祉施設                        | 0     | 1             | 0            | 1             |                |       |
| 医療機関                          | 0     | 0             | 0            | 0             |                |       |
| 死亡者                           | 0     | 0             | 0            | 0             |                |       |
| その他                           | 0     | 0             | 0            | 0             |                |       |
| 入居者の入居期間                      |       |               |              |               |                |       |
| 入居期間                          | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満 | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上 |
| 入居者数                          | 20人   | 11人           | 23人          | 22人           | 0人             | 0人    |

| 施設、設備等の状況  |                          |            |                                   |                                   |                |                      |
|--|--------------------------|------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------|----------------------|
| 建物の構造  | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物  |            |                                   | なし                                | あり             |                      |
|  | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 |            |                                   | なし                                | あり             |                      |
| 居室の状況  | 区分                       |            | 室数                                |                                   | 人数             | 1の居室の床面積             |
|  | 一般居室個室                   | あり         | なし                                |                                   |                | m <sup>2</sup>       |
|  | 一般居室相部屋                  | あり         | なし                                |                                   |                | m <sup>2</sup>       |
|  |                          |            |                                   |                                   |                | m <sup>2</sup>       |
|  | 介護居室個室                   | あり         | なし                                | 78                                | 78             | 16.72 m <sup>2</sup> |
|  | 介護居室相部屋                  | あり         | なし                                |                                   |                | m <sup>2</sup>       |
|  |                          |            |                                   |                                   |                | m <sup>2</sup>       |
| 一時介護室  | あり                       | なし         |                                   |                                   | m <sup>2</sup> |                      |
| 共用便所の設置数   | 6か所                      |            | うち男女別の対応が可能な数                     |                                   |                | 0か所                  |
|  |                          |            | うち車椅子等の対応が可能な数                    |                                   |                | 3か所                  |
| 個室の便所の設置数  | 78か所                     |            | 個室における便所の設置割合                     |                                   |                | 100%                 |
|  |                          |            | うち車椅子等の対応が可能な数                    |                                   |                | 78か所                 |
| 浴室の設備状況  | 浴室の数<br>3か所              |            | 個浴                                | 大浴槽                               | 特殊浴槽           | リフト浴                 |
|  |                          |            | 3か所                               | 0か所                               | 3か所            | 3か所                  |
| その他、浴室の設備に関する事項<br>各階には個浴・リフト付き個浴及び寝たまま入浴可能なクルーズまたはシャトルを設置 |                          |            |                                   |                                   |                |                      |
| 食堂の設備状況  | 各階にテーブル・椅子・洗面台を設置        |            |                                   |                                   |                |                      |
| 入居者等が調理を行う設備状況   |                          |            | なし                                |                                   | あり             |                      |
| その他、共用施設の設備状況  |                          |            |                                   |                                   |                |                      |
| なし   |                          | あり         |                                   | (その内容) 相談室・相談コーナー・食堂・機能訓練室・エレベーター |                |                      |
| バリアフリーの対応状況  |                          |            |                                   |                                   |                |                      |
| (その内容)   |                          | 施設全域バリアフリー |                                   |                                   |                |                      |
| 緊急通報装置の設置状況  | なし                       |            | 一部あり                              |                                   | 各居室内にあり        |                      |
| 外線電話回線の設置状況  | なし                       |            | 一部あり                              |                                   | 各居室内にあり        |                      |
| テレビ回線の設置状況   | なし                       |            | 一部あり                              |                                   | 各居室内にあり        |                      |
| 施設の敷地に関する事項  |                          |            |                                   |                                   |                |                      |
| 敷地の面積  |                          |            | 1,919.52 m <sup>2</sup> (580.65坪) |                                   |                |                      |
| 事業所を運営する法人が所有  |                          | なし         |                                   | 一部あり                              |                | あり                   |
| 抵当権の設定   |                          |            | なし                                |                                   | あり             |                      |
| 貸借(借地)   |                          |            |                                   |                                   |                |                      |
| なし   |                          | あり         |                                   | 契約期間                              | 始              | 2007年4月1日            |
|  |                          |            |                                   | 終                                 | 2042年3月31日     |                      |
|  |                          |            | 契約の自動更新                           |                                   | なし             |                      |
|  |                          |            |                                   |                                   | あり             |                      |
| 施設の建物に関する事項  |                          |            |                                   |                                   |                |                      |
| 建物の延床面積  |                          |            | 3,444.01 m <sup>2</sup> 1,041.18坪 |                                   |                |                      |
| 事業所を運営する法人が所有  |                          | なし         |                                   | 一部あり                              |                | あり                   |
| 抵当権の設定   |                          |            | なし                                |                                   | あり             |                      |
| 貸借(借家)   |                          |            |                                   |                                   |                |                      |
| なし   |                          | あり         |                                   | 契約期間                              | 始              | 2007年4月1日            |
|  |                          |            |                                   | 終                                 | 2042年3月31日     |                      |
|  |                          |            | 契約の自動更新                           |                                   | なし             |                      |
|  |                          |            |                                   |                                   | あり             |                      |

| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対する窓口   |  |  |  |
| 窓口の名称  | ヒューマンサポート幸手 事務局 苦情担当係<br>施設長・生活相談員 太田智史 施設ケアマネジャー 鈴木淳史   |  |  |
| 電話番号   | 0480-40-4800   |  |  |
| 対応している時間   | 平日   | 9:00～17:00   |  |
|  | 土曜   | 9:00～17:00   |  |
|  | 日曜・祝日  | 9:00～17:00   |  |
| 定休日等   | 事業所の指定日による   |  |  |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等  |  |  |  |
| 窓口の名称  | 埼玉県国民健康保険団体連合会<br>〒338-0002 さいたま市中央区大字下落合1704番 国保会館<br>幸手市介護福祉課<br>〒340-0192 埼玉県幸手市東4-6-8<br>幸手市民生委員 安達彰彦氏 |  |  |
| 電話番号   | 埼玉県国民健康保険団体連合会 TEL048-824-2568<br>幸手市役所介護福祉課 TEL0480-43-1111<br>幸手市民生委員 安達彰彦氏 TEL0480-42-2717              |  |  |
| 対応している時間   | 平日   | 9:00～17:00   |  |
|  | 土曜   | -  |  |
|  | 日曜・祝日  | -  |  |
| 定休日等   | 土曜日・日曜日・祝祭日  |  |  |
| 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  |  |  |  |
| 損害賠償責任保険の加入状況  |  |  |  |
| なし   | <input checked="" type="checkbox"/>  | (その内容)<br>損害賠償責任保険加入   |  |
| その他、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に関すること  |  |  |  |
| なし   | <input checked="" type="checkbox"/>  | (その内容)<br>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、損害保険などの手配を行い誠実に対応いたします。但し、天災等の不可抗力は除きます。 |  |
| 介護サービスの提供内容に関する特色等   |  |  |  |
| (その内容)<br>複合型介護施設(有料老人ホーム・デイサービス・訪問介護・居宅介護支援)の特色と医療連携の強化により胃ろう・ストマ・バルーン・インスリン投与・ペースメーカー装着者でも安心して入居が出来る看護師体制で利用者をサポートすることで複合ヘルスケアの実現を図る |  |  |  |
| 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   |  |  |  |
| なし   | <input checked="" type="checkbox"/><br>(予定)  | 実施した年月日  | 年 月 日                                  |
|  |  | 当該結果の開示状況  | なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| 第三者による評価の実施状況  |  |  |  |
| なし   | <input checked="" type="checkbox"/><br>(予定)  | 実施した年月日  | 年 月 日                                  |
|  |  | 実施した評価機関の名称  |  |
|  |  | 当該結果の開示状況  | なし <input checked="" type="checkbox"/> |

5. 利用料金

|   |              |                   |
|---|--------------|-------------------|
| 年齢により一時金の料金が異なる場合                                       | なし           | あり                |
| 一時金に関する費用   |              |                   |
| ①居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)          | なし           | あり                |
| 名称  | 入居一時金        |                   |
|   | 最低の額         | 最高の額              |
| 1人の入居の場合  | 円            | 円                 |
|   | 最低の額         | 最高の額              |
| 人の入居の場合   | 円            | 円                 |
|   | 最低の額         | 最高の額              |
| 人の入居の場合   | 円            | 円                 |
|   | 円            | 円                 |
| 一時金の償却に関する事項  |              |                   |
| 償却開始  | 入居をした月       | なし                |
|   | 上記以外         | (その内容)            |
| 初期償却率(%)  |              |                   |
| 償却年月数   |              |                   |
| 解約時返還金の算定方法   |              |                   |
| 保全措置の実施状況   | なし           | あり (その内容)         |
| ②利用者の選定による介護サービス利用料<br>(人員配置が手厚い場合の介護サービス)              | なし           | あり                |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                     |              |                   |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 |              |                   |
|   | なし           | あり                |
| 名称  |              |                   |
| 一時金の償却に関する事項  |              |                   |
| 償却開始  | 入居をした月       | なし                |
|   | サービス提供を開始した月 | なし                |
|   | 上記以外         | (その内容)            |
| 初期償却率(%)  |              |                   |
| 償却年月数   |              |                   |
| 解約時返還金の算定方法   |              |                   |
| 保全措置の実施状況   | なし           | あり (その内容)         |
| ③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料                                 | なし           | あり                |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                     |              |                   |
| 名称  |              |                   |
| 一時金の償却に関する事項  |              |                   |
| 償却開始  | 入居をした月       | なし                |
|   | サービス提供を開始した月 | なし                |
|   | 上記以外         | (その内容)            |
| 初期償却(%)   |              |                   |
| 償却年月数   |              |                   |
| 解約時返還金の算定方法   |              |                   |
| 保全措置の実施状況   | なし           | あり (「あり」の場合、その内容) |

|                     |    |    |                |
|---------------------|----|----|----------------|
| ④その他に要する一時金         |    | なし | あり             |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) |    |    |                |
| 名称                  |    |    |                |
| 解約時返還金の算定方法         |    |    |                |
| 保全措置の実施状況           |    |    |                |
|                     | なし | あり | (「あり」の場合、その内容) |
| 一時金に対する留意事項等        |    |    |                |
|                     | なし | あり | (「あり」の場合、その内容) |

介護保険給付以外のサービスに要する費用

|  |          |                                 |                               |
|--|----------|---------------------------------|-------------------------------|
| 月額の場合の利用料の額  |          | Aタイプ・152,800円/月 Bタイプ・155,800円/月 |                               |
| 管理費  | なし       | あり                              | 40,800円/月(税抜)                 |
| (「あり」の場合、その用途)<br>居室と共有部分の電気・ガス・水道及び維持管理費用、人件費の一部(1ヶ月分)  |          |                                 |                               |
| 食費   | なし       | あり                              | 48,000円/月(税抜)                 |
| (「あり」の場合、その用途)<br>1日3食提供、入居者の状況により刻み食、ミキサー食での対応<br>食事代内訳……朝食500円 昼食550円 夕食550円(税抜)   |          |                                 |                               |
| 電気代  | なし       | あり                              | 1,200円/月(税抜)                  |
| 基本的な電気代は管理費に含む 但し居室内において利用者の希望により利用する電化製品3台までの電気料金として徴収  |          |                                 |                               |
| 利用者の個別的な選択による介護サービス利用料   |          |                                 |                               |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス  |          | なし                              | あり                            |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)<br>「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠   |          |                                 |                               |
| 個別的な選択による介護サービス  |          | なし                              | あり                            |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)<br>別添介護サービス等の一覧表をご参照下さい。   |          |                                 |                               |
| 家賃相当額  | なし       | あり                              | Aタイプ・64,000円/月 Bタイプ・67,000円/月 |
| その他に必要な月額利用料   |          | なし                              | あり                            |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)・要介護者等の介護保険給付における自己負担額  |          |                                 |                               |
| ・区分  | 介護給付費の単位 | 1ヵ月(30日分)の目安                    | 自己負担分                         |
| 要支援1   | 179単位/日  | 55,149円/月                       | 5,515円/月                      |
| 要支援2   | 308単位/日  | 94,894円/月                       | 9,490円/月                      |
| 要介護1   | 533単位/日  | 164,217円/月                      | 16,422円/月                     |
| 要介護2   | 597単位/日  | 183,935円/月                      | 18,394円/月                     |
| 要介護3   | 666単位/日  | 205,194円/月                      | 20,520円/月                     |
| 要介護4   | 730単位/日  | 224,913円/月                      | 22,492円/月                     |
| 要介護5   | 798単位/日  | 245,863円/月                      | 24,587円/月                     |
| 医療機関連携加算   | 80単位/月   | 822円/月                          | 83円/月                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域区分単価(1単位=10.27円(6級地))が含まれております。</li> <li>・別途、医療機関連携加算(80単位/月)が発生する場合があります。</li> <li>・別途、サービス提供体制強化加算Ⅲ(6単位/日)が発生する場合があります。</li> </ul> |          |                                 |                               |

|   |   |    |
|---|---|----|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・別途、介護職員処遇改善加算 I (6.1%) が加算されます。</li> <li>・介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額 ・レクリエーション協力費1,200円</li> <li>・喫茶費1,500円 ・金銭管理費1,500円 ※税抜表示</li> </ul> ※詳細は別添介護サービス等の一覧表をご参照下さい。 |    |
| その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料   | なし  | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) ※税抜表示<br>入居時、利用料金(居室料・食費・管理費)の1か月分を保証金としてお預かりします。<br>但し退居時に利用料金の遅延、居室の原状復帰等において不払いがない場合は、無利息で返還いたします。尚、これら不払いがある場合には保証金より相殺いたします。<br>介護認定のされていない方及び再認定時に介護認定がされなかった方については、自己負担分として60,000円申し受けます。<br>協力医療機関以外への通院介助費用(交通費実費)、とろみ剤使用料25円/回、おやつ代50円/日、利用料金自動引落手数料(埼玉りそな銀行200円、他金融機関500円)税込、おむつ代、理美容費、洗濯代、医療費等。 ※詳細は別添介護サービス等の一覧表をご参照下さい。 |   |    |

6. その他

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| 埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 |        |
| なし                       |        |
| あり                       | (その内容) |

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

\_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 年 月 日

|     |    |    |   |
|-----|----|----|---|
| 説明者 | 部署 | 氏名 | ㊟ |
|-----|----|----|---|

私は、特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護における「重要事項」の書類の受理及び説明を受けました。

|      |    |   |
|------|----|---|
| 入居者名 | 住所 |   |
|      | 氏名 | ㊟ |
| 代理   | 住所 |   |
|      | 氏名 | ㊟ |



介護サービス等の一覧表

|                      | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス | 特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | 備考 |
|----------------------|------------------------|--------------------------------------|-----------------------|----|
| <b>介護サービス</b>        |                        |                                      |                       |    |
| 食事介助                 | あり                     | あり                                   | あり                    |    |
| 排泄介助・おむつ交換           | あり                     | あり                                   | あり                    |    |
| おむつ代                 | なし                     | なし                                   | あり                    |    |
| 入浴(一般浴)介助・清拭         | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 特浴介助                 | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 身辺介助(移動・着替え等)        | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 機能訓練                 | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 通院介助(協力医療機関)         | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 通院介助(協力医療機関以外)       | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| <b>生活サービス</b>        |                        |                                      |                       |    |
| 居室清掃                 | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| リネン交換                | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 日常の洗濯                | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 居室配膳・下善              | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事      | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 買い物代行(通常の利用区域)       | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 買い物代行(上記以外の区域)       | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 役所手続き代行              | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 金銭・貯金管理              | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| <b>健康管理サービス</b>      |                        |                                      |                       |    |
| 定期健康診断               | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 健康相談                 | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 生活指導・栄養指導            | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 服薬支援                 | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)     | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| <b>入退院時・入院中のサービス</b> |                        |                                      |                       |    |
| 移送サービス               | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 入退院時の同行              | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 入院中の洗濯物交換・買い物        | なし                     | あり                                   | あり                    |    |
| 入院中の見舞い訪問            | なし                     | あり                                   | あり                    |    |



## ＜介護サービスの一覧表＞

下記サービスを基準とし、入居者の介護状況を判定し、個人別にケアプランを策定し、援助を実施します。

(別途消費税 ※おむつ代のみ非課税)

| 介護度  | 要支援  |   | 要介護1・2   |   | 要介護3・4・5   |   |
|--|--|---|--|---|--|---|
| 介護を行う場所  | 居室   |   | 居室   |   | 居室   |   |
|  | 管理費及び保険給付対象に含まれるサービス                                       | その都度徴収するサービス  | 管理費及び保険給付対象に含まれるサービス                                       | その都度徴収するサービス  | 管理費及び保険給付対象に含まれるサービス                                       | その都度徴収するサービス  |
| 介護サービス<br>○巡回<br>(必要に応じ身辺介助実施)<br>①昼間 9:00～17:00<br>②夜 17:00～9:00                        | 24 時間体制  |   | 24 時間体制  |   | 24 時間体制  |   |
| ○食事介助  | 配膳・下膳は毎食時実施<br>必要に応じ介助実施                                   |   | 配膳・下膳は毎食時実施<br>必要に応じ介助実施                                   |   | 配膳・下膳は毎食時実施<br>必要に応じ介助実施                                   |   |
| ○排泄<br>・排泄介助<br>・おむつ交換<br>・おむつ代  | 随時排泄介助   | オムツが必要な場合<br>おむつ代 170 円/枚<br>尿とりパッド 60 円/枚<br>※1 パックでの購入です<br>※商品により価格変動あり                                  | 随時排泄介助   | オムツが必要な場合<br>おむつ代 170 円/枚<br>尿とりパッド 60 円/枚<br>※1 パックでの購入です<br>※商品により価格変動あり                                  | 随時排泄介助   | オムツが必要な場合<br>おむつ代 170 円/枚<br>尿とりパッド 60 円/枚<br>※1 パックでの購入です<br>※商品により価格変動あり                                    |
| ○入浴等<br>・清拭<br>・一般浴介助<br>・特浴介助   | 入浴可能な場合は入浴介助、その他は清拭を週に 2 回まで実施                             | 週 2 回を超えて入浴または、清拭を希望する場合は、入浴:1,000 円/回(30分)<br>清拭:800 円/回(20分)  | 入浴可能な場合は入浴介助、その他は清拭を週に 2 回まで実施                             | 週 2 回を超えて入浴または、清拭を希望する場合は、入浴:1,000 円/回(30分)<br>清拭:800 円/回(20分)  | 入浴可能な場合は入浴介助、その他は清拭を週に 2 回まで実施                             | 週 2 回を超えて入浴または、清拭を希望する場合は、入浴:1,200 円/回(30分)<br>清拭:800 円/回(20分)  |
| ○身辺介助<br>①体位変換<br>②居室からの移動<br>③衣類の着脱<br>④身だしなみ介助   | ①必要時実施<br>②食事・散歩等に付添いを実施<br>③起床時、就寝前、汚れた時に随時介助実施<br>④起床後実施 |   | ①必要時実施<br>②食事・散歩等に付添いを実施<br>③起床時、就寝前、汚れた時に随時介助実施<br>④起床後実施 |   | ①必要時実施<br>②食事・散歩等に付添いを実施<br>③起床時、就寝前、汚れた時に随時介助実施<br>④起床後実施 |   |
| ○通院の介助   | 協力医療機関へ受診時付添い  | 協力医療機関以外へ受診時の交通費及び付添いは有料<br>付添い:800 円/30分<br>(介護者一人)<br>1,200 円/30分<br>(看護師一人)<br>交通費 実費                    | 協力医療機関へ受診時付添い  | 協力医療機関以外へ受診時の交通費及び付添いは有料<br>付添い:800 円/30分<br>(介護者一人)<br>1,200 円/30分<br>(看護師一人)<br>交通費 実費                    | 協力医療機関へ受診時付添い  | 協力医療機関以外へ受診時の交通費及び付添いは有料<br>付添い:1,000 円/30分<br>(介護者一人)<br>1,500 円/30分<br>(看護師一人)<br>交通費 実費                    |
| ○緊急対応・ナースコール   | その都度   |   | その都度   |   | その都度   |   |
| ○機能訓練  | 必要時応じて実施   |   | 必要時応じて実施   |   | 必要時応じて実施   |   |
| 生活サービス (家事)  |  |   |  |   |  |   |
| ①居室清掃<br>②洗濯<br>③ベットメイキング  | ①毎日<br>②週 2 回まで<br>③週 2 回以上                                | ②週 2 回を超える洗濯サービス及び上着、外出着はクリーニング実費負担<br>洗濯:500 円/回   | ①毎日<br>②週 2 回まで<br>③週 2 回以上                                | ②週 2 回を超える洗濯サービス及び上着、外出着はクリーニング実費負担<br>洗濯:500 円/回   | ①毎日<br>②週 2 回まで<br>③週 2 回以上                                | ②週 2 回を超える洗濯サービス及び上着、外出着はクリーニング実費負担<br>洗濯:500 円/回   |
| ○居室配膳  | ①必要に応じ実施<br>②必要に応じ介助実施                                     |   | ①必要に応じ実施<br>②必要に応じ介助実施                                     |   | ①必要に応じ実施<br>②必要に応じ介助実施                                     |   |
| ○理美容   |  | 1,800 円/カットのみ   |  | 1,800 円/カットのみ   |  | 1,800 円/カットのみ   |
| 代行<br>①買物<br>②役所手続き  | ①月 2 回実施   | ①実施日以外に代行業を希望する場合<br>700 円/30分<br>②実費   | ①月 2 回実施   | ①実施日以外に代行業を希望する場合<br>700 円/30分<br>②実費   | ①月 2 回実施   | ①実施日以外に代行業を希望する場合<br>700 円/30分<br>②実費   |
| 健康管理サービス<br>①健康診断<br>②健康相談<br>③生活相談<br>④医師の往診  | ①年 1 回以上<br>②随時実施<br>③随時実施                                 | ④保険診療   | ①年 1 回以上<br>②随時実施<br>③随時実施                                 | ④保険診療   | ①年 1 回以上<br>②随時実施<br>③随時実施                                 | ④保険診療   |
| 入退院時、入院中のサービス<br>①医療費<br>②移送サービス<br>③訪問  | ②協力医療機関への移送サービス  | ①自己負担<br>②協力医療機関以外への移送サービスは有料<br>800 円/30分<br>交通費 別途<br>③入居者の希望する病院へ入院し、訪問を希望した場合は有料<br>700 円/30分<br>交通費 実費 | ②協力医療機関への移送サービス  | ①自己負担<br>②協力医療機関以外への移送サービスは有料<br>800 円/30分<br>交通費 別途<br>③入居者の希望する病院へ入院し、訪問を希望した場合は有料<br>700 円/30分<br>交通費 実費 | ②協力医療機関への移送サービス  | ①自己負担<br>②協力医療機関以外への移送サービスは有料<br>1,000 円/30分<br>交通費 別途<br>③入居者の希望する病院へ入院し、訪問を希望した場合は有料<br>700 円/30分<br>交通費 実費 |
| その他サービス<br>○レクリエーション協力費<br>○喫茶費<br>○とろみ剤使用料<br>○おやつ代<br>○金庫利用・金銭管理<br>○電気代<br>○口塵自動引落手数料 | 徴収<br>徴収<br>徴収<br>利用者希望者<br>徴収<br>利用者負担<br>利用者負担           | 1,200 円/月<br>1,500 円/月<br>25 円/回<br>50 円/日<br>1,500 円/月<br>1,200 円/月・3 箇所迄<br>増玉りそな銀行 200 円<br>他金融機関 500 円  | 徴収<br>徴収<br>徴収<br>利用者希望者<br>徴収<br>利用者負担<br>利用者負担           | 1,200 円/月<br>1,500 円/月<br>25 円/回<br>50 円/日<br>1,500 円/月<br>1,200 円/月・3 箇所迄<br>増玉りそな銀行 200 円<br>他金融機関 500 円  | 徴収<br>徴収<br>徴収<br>利用者希望者<br>徴収<br>利用者負担<br>利用者負担           | 1,200 円/月<br>1,500 円/月<br>25 円/回<br>50 円/日<br>1,500 円/月<br>1,200 円/月・3 箇所迄<br>増玉りそな銀行 200 円<br>他金融機関 500 円    |

