

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30年8月1日 |
| 記入者名 | 柴崎 政美 |
| 所属・職名 | 施設長 |

※ サービス付き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/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきかいしゃにほんひゅーまんさぽーと 株式会社 日本ヒューマンサポート | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒344-0033 春日部市備後西五丁目1-44 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-731-0500 |
| | FAX番号 | 048-731-0501 |
| | ホームページアドレス | http://n-h-s.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 久野 義博 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 59年2月15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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ ひゅーまんさぽーとさって 介護付有料老人ホーム ヒューマンサポート幸手 | |
| 所在地 | 〒340-0111 埼玉県幸手市北1丁目 13-20 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 東武日光線 幸手駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ①お車の場合： ・首都圏中央連絡自動車道 幸手インターチェンジより約4km（車で約6分） ・東北自動車道 久喜インターチェンジより約9km（車で約15分～20分） ②電車の場合： ・東武日光線「幸手駅」下車 徒歩で約14分 （上野駅から現地まで約50分。浅草駅から現地まで約46分） |
| 連絡先 | 電話番号 | 0480-40-4800 |
| | FAX番号 | 0480-40-4801 |
| | ホームページアドレス | http://n-h-s.jp/satte |
| 管理者 | 氏名 | 柴 崎 政 美 |
| | 職名 | 施 設 長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 19年 3月 10日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 19年 4月 1日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|--|------------|--------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 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 | 埼玉県指定 第1176100459号 |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県（幸手市） |
| | 事業所の指定日 | 平成19年4月1日 |
| | 指定の更新日（直近） | 平成25年4月1日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|--------------|----------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 1,919.52 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 | (2007年4月1日～2042年3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 | 3,444.01 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2,936.16 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 | (2007年4月1日～2042年3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 | 16.72 m ² | 42室 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 16.72 m ² | 36室 | 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 | 6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 | 3ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 3ヶ所 | 個室 | 3ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | 0ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 6ヶ所 | チェアー浴 | 2ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | 3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 | 「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。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 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 |

| | |
|----------------|---|
| | 一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実現を図る |
| 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 | 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 | |
| | 医療機関連携加算 | 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) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 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 | 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 | 医療法人幸仁会 堀中病院 |
| | | 住所 | 埼玉県幸手市東 3-1-5 |
| | | 診療科目 | 内科・小児科・外科・整形外科・形成外科・泌尿器科・婦人科・リハビリテーション科・麻酔科 |

| | | | |
|----------|---|------|---|
| | | 協力内容 | 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。 |
| | 2 | 名称 | 医療法人社団彩優会 秋谷病院 |
| | | 住所 | 埼玉県幸手市中 4-14-41 |
| | | 診療科目 | 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 |
| | | 協力内容 | 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。 |
| | 3 | 名称 | 医療法人社団白桜会 新しらおか病院 |
| | | 住所 | 埼玉県南埼玉郡白岡町大字上野田 1267-1 |
| | | 診療科目 | 内科・精神科・外科 |
| | | 協力内容 | 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 | | 名称 | 幸手ひがし歯科クリニック |
| | | 住所 | 埼玉県幸手市東 4-8-2 |
| | | 協力内容 | 訪問歯科による口腔ケア・歯科検診・歯科治療 |

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 () |
| 判断基準の内容 | ※入居契約書より抜粋※ ・介護場所の変更の判断に際しては、次に掲げる手続きをとるものとします。 一 入居者の意思を確認する 二 入居者の身元引受人等の意見を聴く ・事業者は介護場所の変更が長期にわたる場合、居室の権利に変更が生ずる場合若しくは利用料金の負担額に変更が伴う場合には、 |

| | | |
|--------------|--|---------------------|
| | 次に掲げる手続きをとるものとします。 一 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける 二 変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人等に説明を行う 三 入居者本人の同意を得る ・入居者の希望により部屋を北側居室から南側居室へ、または南側居室から北側居室へ変更を希望する場合 ①北側居室から南側居室への移動は・家賃の差額分を増額 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 | |
| 手続きの内容 | 上記参照 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | 移動時の居室の利用権は消滅し、新に移動後の居室の利用権を取得する | |
| 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 | 概ね60歳以上の健常者 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 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 | (事業者からの契約解除) ※入居契約書より抜粋※ 第31条 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。 | |

- 一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき
 - 二 月額利用料金その他の費用の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき
 - 三 第21条、第22条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき
 - 四 入居者の行動が、他の入居者生活に危害を及ぼす行為または共同生活が難しいと施設側が判断し、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき
 - 五 認知症及び身体状況の症状により介護が困難であると判断された場合、また安全面の確保ができないと施設側が判断した場合
- 2 前項の規定に基づき契約の解除は、事業者は次の各号の手続きによって行います。
- 一 契約解除の通告について30日の予告期間をおく
 - 二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける
 - 三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する
- 3 本条第1項第四号によって契約を解除する場合には、必要に応じて事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。
- 一 医師の意見を聴く
 - 二 一定の観察期間をおく
- 4 介護サービスを提供する上で身体上の支障を来し、入院を必要とした場合にあつて、医師が2ヶ月以上の入院を要すると判断した場合、または退所届け日より1ヶ月経過後かつ入院日より2ヶ月以内とします。
- 一 医師の診断書による、またはご家族との相談
 - 二 再入居の際、空室がある場合は入居できるものとする。

（入居者からの解約）

第32条 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。

- 2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合に

| | | |
|----------------|---|-----------------|
| | <p>は、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p> <p>尚、その間(約1か月分)の利用料金は入居者の負担となりますのでご注意ください。</p> <p>3 利用者は解約届提出日の翌日から起算して30日目をもって、解約となりますがその期間に再入居を希望する場合は、施設側に通知をすると共に、施設側の了解を得た場合に限り許可するものとする。</p> <p>4 第30条第1項三号による入居者からの解除については上記記載の通りとする。</p> <p>(明渡し及び原状回復)</p> <p>第34条 入居者又は身元引受人等は、第30条により本契約が終了した場合には、直ちに居室を明け渡すこととします。</p> <p>2 入居者は、前項の居室の明け渡しの場合に、通常の使用に伴い生じた居室の損耗を除き、入居者の希望により居室内造作模様替え等を行った場合及び入居者の故意又は過失による破損・損耗が生じた場合、居室を原状回復することとします。また、入居者は居室の明け渡しに際し居室のクリーニング並びに寝具類(掛け布団・肌掛け布団・枕・ベットマット・マットレス)のクリーニングに係る費用として管理規程に定める料金を負担することとします。</p> <p>3 入居者並びに事業者は、前項の規定に基づき入居者とその費用の負担で行う原状回復の内容及び方法について協議するものとする。</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31条、第33条 |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 11,500円(税別)/日、1週間以内、食事代含む) <input type="checkbox"/> なし | |
| 入居定員 | 78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 | 1 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 1 | 2 | | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 35 | 14 | 21 | 30.7 |
| 介護職員 | 32 | 13 | 19 | 26.2 |
| 看護職員 | 6 | 4 | 2 | 4.5 |
| 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 | 3 | 3 | | 3.0 |
| その他職員 | 14 | | 14 | 4.5 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40.0 |
| ※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 | 8 | 6 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 3 | 3 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 22 | 7 | 15 |
| 介護支援専門員 | 1 | | 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 | 1 |
| 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 | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (16時～10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 | 3人 | 3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 <input type="checkbox"/> 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) | 2.2 : 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 | | 社会福祉士 | | | | | | | |
| | 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 | 3 | | 2 | 12 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 2 | | 7 | 7 | | | | | | |
| 応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数 | 1年未満 | | 1 | 3 | | | | | | |
| | 1年以上 | | 1 | 2 | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | 3 | 4 | | | | | |
| | 5年未満 | | | 7 | 10 | 1 | | | 1 | |
| | 5年以上 | | | | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | |
| 10年以上 | 3 | 2 | 2 | | 1 | | | 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 | |
| 年齢に応じた金額設定 | 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 |
| | 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(食事) 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 | 費用の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案 |
| | 手続き | 入居契約書第8条に定める運営懇談会の意見を聴いたうえで行うものとします。改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。 |

(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 | 要介護1 | 要介護1 | |
| | 年齢 | 88歳 | 94歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 16.72 m ² | 16.72 m ² | |
| | 便所 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0円 | 0円 | |
| | 敷金 | 152,800円 | 155,800円 | |
| 月額費用の合計 | | 192,729円 | 192,266円 | |
| 家賃 | | 64,000円 | 67,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 17,620円 | 17,620円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 51,840円 | 51,840円 |
| | | 管理費 | 44,064円 | 44,064円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 1,296円 | 1,296円 |
| | その他 | 13,909円 | 10,446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 | 近傍同種の家賃相当額を勘案し、妥当な額として設定 |
| 敷金 | 家賃の2.3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 | 月額40,800円（税抜） 共用施設等の維持・管理（電気・水道・ガス代等を含む）、一般事務、生活サービス等に係わる人件費、備品・消耗品等から算定 |
| 食費 | 月額 48,000円（税抜）※1日3食で30日の場合 |

| | |
|--------------------------|--|
| | 食材費、食事部門の人件費、設備・備品代（調理具・食器等）。 3日前までの食事不要の申出があった場合は朝食540円 昼食594円、 夕食594円の割合で減額します。 |
| 光熱水費 | 管理費に含まれる。居室で使用する電気の使用料(コンセント3箇所)、 電話料及びこれに類する公共料金については、これを供給する事業体の 料金規定及び支払方法によります。又、これらの料金の変更は、それぞ れの公共料金の変更に従うものとします。 |
| 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 | <p>※要介護度に応じて介護費用の1割又は2割を徴収する。</p> <p>○特定施設入居者生活介護 (1ヶ月30日1割負担の例)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月額</th> <th>自己負担額(1割)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>160,200円</td> <td>16,020円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>179,700円</td> <td>17,970円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>200,400円</td> <td>20,040円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>219,600円</td> <td>21,960円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>240,000円</td> <td>24,000円</td> </tr> </tbody> </table> <p>○介護予防特定施設入居者生活介護 (1ヶ月30日1割負担の例)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月額</th> <th>自己負担額(1割)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>54,000円</td> <td>5,400円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>92,700円</td> <td>9,270円</td> </tr> </tbody> </table> <p>・地域区分単価(幸手市は1単位=10.27円)が別途加算されます。</p> <p>・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。</p> <p>・別途 介護職員処遇改善加算I(8.2%)が加算されます。</p> <p>・別途 サービス提供体制強化加算(6単位/日)が加算されます。</p> | | 月額 | 自己負担額(1割) | 要介護1 | 160,200円 | 16,020円 | 要介護2 | 179,700円 | 17,970円 | 要介護3 | 200,400円 | 20,040円 | 要介護4 | 219,600円 | 21,960円 | 要介護5 | 240,000円 | 24,000円 | | 月額 | 自己負担額(1割) | 要支援1 | 54,000円 | 5,400円 | 要支援2 | 92,700円 | 9,270円 |
| | 月額 | 自己負担額(1割) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護1 | 160,200円 | 16,020円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護2 | 179,700円 | 17,970円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護3 | 200,400円 | 20,040円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護4 | 219,600円 | 21,960円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護5 | 240,000円 | 24,000円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 月額 | 自己負担額(1割) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援1 | 54,000円 | 5,400円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援2 | 92,700円 | 9,270円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○特定施設入居者生活介護

(1ヶ月30日2割負担の例)

| | 月額 | 自己負担額(2割) |
|------|----------|-----------|
| 要介護1 | 160,200円 | 32,040円 |
| 要介護2 | 179,700円 | 35,940円 |
| 要介護3 | 200,400円 | 40,080円 |
| 要介護4 | 219,600円 | 43,920円 |
| 要介護5 | 240,000円 | 48,000円 |

○介護予防特定施設入居者生活介護

(1ヶ月30日2割負担の例)

| | 月額 | 自己負担額(2割) |
|------|---------|-----------|
| 要支援1 | 54,000円 | 10,800円 |
| 要支援2 | 92,700円 | 18,540円 |

- ・地域区分単価(幸手市は1単位=10.27円)が別途加算されます。
- ・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。
- ・別途 介護職員処遇改善加算I(8.2%)が加算されます。
- ・別途 サービス提供体制強化加算(6単位/日)が加算されます。

○特定施設入居者生活介護

(1ヶ月30日3割負担の例)

| | 月額 | 自己負担額(3割) |
|------|----------|-----------|
| 要介護1 | 160,200円 | 48,060円 |
| 要介護2 | 179,700円 | 53,910円 |
| 要介護3 | 200,400円 | 60,120円 |
| 要介護4 | 219,600円 | 65,880円 |
| 要介護5 | 240,000円 | 72,000円 |

○介護予防特定施設入居者生活介護

(1ヶ月30日2割負担の例)

| | 月額 | 自己負担額(3割) |
|------|---------|-----------|
| 要支援1 | 54,000円 | 16,200円 |
| 要支援2 | 92,700円 | 27,810円 |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・地域区分単価(幸手市は 1 単位=10.27 円)が別途加算されます。 ・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。 ・別途 介護職員処遇改善加算 I (8.2%)が加算されます。 ・別途 サービス提供体制強化加算(6 単位/日)が加算されます。 |
| 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) | なし |
| ※ 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 | 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 | 23 人 |
| | 女性 | 49 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 2 人 |
| | 65 歳以上 75 歳未満 | 0 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 19 人 |
| | 85 歳以上 | 51 人 |

| | | |
|-------|------------|-----|
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 3人 |
| | 要支援2 | 3人 |
| | 要介護1 | 26人 |
| | 要介護2 | 11人 |
| | 要介護3 | 11人 |
| | 要介護4 | 14人 |
| | 要介護5 | 5人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 8人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 9人 |
| | 1年以上5年未満 | 39人 |
| | 5年以上10年未満 | 12人 |
| | 10年以上15年未満 | 7人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|-------|
| 平均年齢 | 86.9歳 |
| 入居者数の合計 | 73人 |
| 入居率* | 93.5% |
| ※ 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 | 8人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 9人 |
| | 死亡者 | 6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 | 8人 |
| | (解約事由の例) | 自宅生活へ戻られる |

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 | | 苦情相談窓口 |
| 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 | | 事業所の指定日による |
| 窓口の名称 | | 埼玉県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | | 048-824-2568 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝祭日 |
| 窓口の名称 | | 幸手市役所介護福祉課 |
| 電話番号 | | 0480-43-1111 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝祭日 |
| 窓口の名称 | | 幸手市民生委員 安達彰彦氏 |
| 電話番号 | | 0480-42-2717 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝祭日 |

(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) 損害賠償責任保険加入 A I G損害保険株式会社 |
| | 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 あり | (その内容) 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。 |
| | 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 | 随時 |
| | | 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 | 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: 他ヒューマンサポートグループ施設、関連施設) 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 | 1 あり 2 なし | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| 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 | |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 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 | |
| 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 平成 年 月 日

本重要事項説明書について説明をして、その内容に同意をしていただき、書面を交付致しました。

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。

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本重要事項説明書の受理及び説明を受けました。

身元引受人署名 _____ ㊞

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 | ヒューマンサポート幸手 | 幸手市北1丁目13-20 |
| 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 | ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部 ヒューマンサポート深谷 ヒューマンサポート上里 ヒューマンサポート草加 ヒューマンサポート白岡東 ヒューマンサポート岩槻 ヒューマンサポート川口赤井 ヒューマンサポート宮原 | 幸手市北1丁目13-20 春日部市備後西5丁目1-44 深谷市稲荷町1-10-28 児玉郡上里七本木3518-1 草加市原町2-4-3 白岡市白岡東12-4 さいたま市岩槻区上野6-3-10 川口市赤井590-1 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 | あり | なし | ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部 ヒューマンサポート春日部中央 ヒューマンサポート白岡東 ヒューマンサポート岩槻 ヒューマンサポート東松山 | 幸手市北1丁目13-20 春日部市備後西5丁目1-44 春日部市豊町1丁目4-5 白岡市白岡1066-1 さいたま市岩槻区上野6-3-10 東松山市下野本1466-1 |
| 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 | ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部 | 幸手市北1丁目13-20 春日部市備後西5丁目1-44 |
| < 居宅介護予防サービス > | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | ヒューマンサポート幸手 | 幸手市北1丁目13-20 |
| 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 | ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部 ヒューマンサポート深谷 ヒューマンサポート上里 ヒューマンサポート草加 ヒューマンサポート白岡東 ヒューマンサポート岩槻 ヒューマンサポート川口赤井 ヒューマンサポート宮原 | 幸手市北1丁目13-20 春日部市備後西5丁目1-44 深谷市稲荷町1-10-28 児玉郡上里七本木3518-1 草加市原町2-4-3 白岡市白岡東12-4 さいたま市岩槻区上野6-3-10 川口市赤井590-1 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 ヒューマンサポート春日部 ヒューマンサポート春日部中央 ヒューマンサポート白岡東 ヒューマンサポート岩槻 ヒューマンサポート東松山 | 幸手市北1丁目13-20 春日部市備後西5丁目1-44 春日部市豊町1丁目4-5 白岡市白岡1066-1 さいたま市岩槻区上野6-3-10 東松山市下野本1466-1 |
| 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 | | |

別添 2 有料老人ホーム・サービスタク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 （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 |
|---|------|------|------------|-----------------------------|
| | | | | |
| 介護サービス | | | | |
| 食事介助 | あり | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | あり | | 170円/枚 | 自己負担 |
| おむつ代 | あり | | 1,500円/30分 | 原則週2回とし、それを超えるものは実費とする |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | あり | | 同上 | 同上 |
| 特浴介助 | あり | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | あり | | | |
| 機能訓練 | あり | | | |
| 通院介助 | あり | | 500円/10分 | 協力医療機関以外（交通費は実費負担・消費税別途） |
| 生活サービス | | | | |
| 居室清掃 | あり | | 1,500円/回 | 個別要望の実施 |
| リネン交換 | あり | | 500円/回 | 週2回以上の実施 |
| 日常の洗濯 | あり | | 500円/回 | 週2回を超える洗濯サービス |
| 居室配膳・下膳 | あり | | | 食費 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | あり | | | 希望者のみ提供 |
| おやつ | あり | | 100円/日 | |
| 理美容師による理美容サービス | あり | | 1,800円/回 | 外部からの訪問理美容、カットのみ |
| 買い物代行 | あり | | 500円/10分 | 実施日以外 |
| 役所手続き代行 | あり | | 500円/10分 | |
| 金銭・貯金管理 | あり | | 1,500円/月 | （消費税別途） |
| 健康管理サービス | | | | |
| 定期健康診断 | あり | | | 年1回以上実施の機会を設ける |
| 健康相談 | あり | | | 適宜実施 |
| 生活指導・栄養指導 | あり | | | 適宜実施 |
| 服薬支援 | あり | | | 適宜実施 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり | | | 適宜実施 |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | |
| 移送サービス | あり | | | （※交通費等を受領する有償運送は道路交通法違反となる） |
| 入退院時の同行 | あり | | 500円/10分 | 協力医療機関以外 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | | 500円/10分 | 協力医療機関以外 |
| 入院中の見舞い訪問 | あり | | 500円/10分 | 協力医療機関以外 |

※1：利用者の所得等に依り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、月額サービスの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依りて、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。

＜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 介護を行う場所 | 要支援1～2/要介護1～5 居室等 | その都度徴収するサービス |
|---|--|--|
| 介護サービス ○巡回(必要に応じ身辺介助実施) ①昼間 9:00～17:00 ②夜間 17:00～9:00 ○食事介助 ○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代 ○入浴等 ・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助 ○身辺介助 ①体位変換 ②居室からの移動 ③衣類の着脱 ④身だしなみ介助 ○通院の介助 ○緊急対応・ナースコール ○機能訓練 生活サービス (家事) ①居室清掃 ②洗濯 ③リネン交換 ○居室配膳 ①配膳・下膳 | 管理費及び保険給付対象に含まれるサービス 24 時間体制 配膳・下膳は毎食時実施、必要に応じ見守り又は、介助実施 必要に応じ見守り又は、排せ介助 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 ①必要時実施 ②食事・散歩等に付添いを実施 ③起床時、就寝前、汚れた時に随時介助実施 ④起床後実施 協力医療機関へ受診時付添無料 24 時間対応 必要時応じて実施 | オムツが必要な場合 おむつ代 170 円/枚、尿とりパッド 60 円/枚 ※1 ハッグでの購入です ※商品により価格変動あり 週 2 回を超えて清拭又は、入浴を希望する場合 清拭: 1,500 円/回 (30 分) 入浴: 1,500 円/回 (30 分) 協力医療機関以外へ受診時の付添を希望する場合 付添い: 500 円/10 分 交通費 実費 ①個別の要望による実施 1,500 円/回 ②週 2 回を超える洗濯及び上着、外出着はクリーニング実費負担 洗濯: 500 円/回 ③週 2 回以上の実施 500 円/回 |

①必要に応じ実施

| | | |
|--|---|--|
| <p>①実施日以外に代行を希望する場合 500 円/10 分 ②500 円/10 分</p> | <p>①月 2 回実施</p> | <p>①代 ①買物 ②役所手続き 健康管理サービス ①健康診断 ②健康相談 ③生活相談 ④医師の往診 入退院時、入院中のサービス ①移送サービス ②入退院時の同行(協力医療機関) ③入院中の洗濯物交換・買物 ④入院中の見舞い訪問 その他サービス ○レクリエーション協力費 ○喫茶費 ○とろみ剤使用料 ○おやつ代 ○金庫利用・金銭管理 ○電気代 ○口座自動引落手数料</p> |
| <p>④保険診療 実費</p> | <p>①年 2 回の機会提供 ②随時実施 ③随時実施</p> | <p>①協力医療機関への移送サービス</p> |
| <p>②協力医療機関以外への同行を希望する場合 500 円/10 分 交通費 別途 ③④入居者の希望する病院へ入院し、訪問を希望した場合 500 円/10 分 交通費 別途</p> | <p>徴収 徴収 徴収 利用者希望者 徴収 利用者負担 利用者負担</p> | <p>1,200 円/月 1,500 円/月 25 円/回 100 円/日 1,500 円/月 1,200 円/月・3 箇所迄 500 円</p> |