

サンシティ木津 ロイヤルケア

有料老人ホーム入居契約兼指定特定施設等利用契約

重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 平成29年12月1日 |
| 記入者名 | 森嶋 康仁 |
| 所属・職名 | 支配人 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ はーふ・せんちゅりー・もあ 株式会社 ハーフ・センチュリー・モア | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒107-6030 東京都港区赤坂1丁目12番32号 アーク森ビル30階 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-3505-6688 |
| | FAX番号 | 03-3505-6198 |
| | ホームページアドレス | http://www.hcm-suncity.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 金澤 王生 |
| | 職名 | 代表取締役社長 |
| 設立年月日 | 昭和54年5月25日 | |
| 主な実施事業 | 有料老人ホーム事業 ※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) さんしてい きづ サンシティ木津 | |
| 所在地 | 〒619-0213 京都府木津川市市坂六本木 76 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 近鉄京都線「高の原」駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ①バス利用の場合 ・奈良交通バスで「高の原」駅より乗車7分、「左京4丁目」停留所で下車、徒歩3分(210m) ②自動車利用の場合 ・近鉄京都線「高の原」駅より乗車5分(約1.8km) |
| 連絡先 | 電話番号 | 0774-73-8811 |
| | FAX番号 | 0774-73-8877 |
| | ホームページアドレス | http://www.hcm-suncity.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 森嶋 康仁 |
| | 職名 | 支配人 |
| 建物の竣工日 | | 平成10年8月7日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成10年10月1日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型 | | |
| 1又は2に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 特定施設入居者生活介護事業所 指定第2671400113号 居宅介護支援事業所 〃 通所介護事業所 〃 介護予防特定施設入居者生活介護 〃 介護予防通所介護事業所 〃 |
| | 指定した自治体名 | 京都府 |
| | 事業所の指定日 | 平成12年4月1日 (介護予防特定施設 平成18年4月1日) |
| | 指定の更新日 (直近) | 平成26年4月1日 (介護予防特定施設 平成24年4月1日) |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------|-------------|
| 土地 | 敷地面積 | 16,122.15 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 (平成10年10月1日～平成40年9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 | 7,894.59 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 7,894.59 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 () | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 () | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物 | | | | |
| | | 抵当権の設定 | 1 あり | 2 なし | | |
| | | 契約期間 | 1 あり (年 月 日～ 年 月 日) | | | |
| | | 2 なし | | | | |
| | | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 (全122室中、ご夫婦・縁故者用2人部屋は21室) | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | 1人部屋 | | | |
| | 最大 | 2人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分 |
| | タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 21.8～34.6 m ² | 91 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 34.6～68.4 m ² | 11 | 介護居室個室(夫婦用) |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 34.6～68.4 m ² | 10 | 介護居室個室 |
| タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 34.6～68.4 m ² | 10 | 介護居室個室(夫婦用) | |
| タイプ | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| ※「一般居室個室」「一般室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |

| | | | | | |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 3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 | 5ヶ所 | 個室 | 2ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | 3ヶ所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 5ヶ所 | リフト浴 | 3ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | 2ヶ所 | |
| | 食堂 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| エレベーター | <input type="checkbox"/> 1 | あり (車椅子対応) | <input type="checkbox"/> 2 | あり (ストレッチャー対応) | |
| | <input type="checkbox"/> 3 | あり (上記1・2に該当しない) | <input type="checkbox"/> 4 | なし | |
| 消防用設備等 | 消火器 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 自動火災報知設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 火災通報設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | スプリンクラー | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 防火管理者 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 防災計画 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| その他 | <p>(その内容)</p> <p>受付、応接室、<u>ゲストルーム</u>、<u>ヘアサロン</u>、サロン、談話室、ケアステーション、リビングダイニング、ライブラリー、ティールーム、リハビリルーム、浴室、庭園、水屋、駐車場(来館用)</p> <p>※下線部の施設は使用料が必要。(ヘアサロンは外部サービスの利用料が必要です。)</p> <p>※リハビリには、リハビリルーム(42.2 m²)及びリビングダイニング(484.16 m²)を使用します。</p> | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針 | <ul style="list-style-type: none"> ● 事業の実施に当たっては、サービス利用者であるご入居者の意思及び人格を尊重して、常にご入居者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。 ● 事業所の従業員は、要介護者等が快適に生活できるようにお手伝いすると共に、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、サービス計画に基づき、入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の援助、機能訓練および療養上の |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>援助を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。 ● 事業の運営に当たっては、安定的かつ継続的な事業運営に努めます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ul style="list-style-type: none"> ● 看護師、ケアスタッフを24時間体制で配置し、一人ひとりに合わせた細やかなサービスを提供します。健康診断、服薬管理、緊急時の対応等協力医療機関と連携し対応します。 ● 豪華で風格のある建物はハイレベルな居住環境とアメニティを提供し、コンサートも楽しめるサロン等、共用スペースをゆったりと確保しています。多彩なイベントやサークル活動等を通して笑顔のあふれるアクティビティプログラムをご用意しています。また、ご家族とのコミュニケーションも大切にし、生活のご様子を定期的にお伝えします。 ● 四季折々のバラエティに富んだ献立と、体調の変化に合わせた食事を提供します。 ● 常に清々しい気分できつろいだ毎日をお過ごし頂くため、クリーンネス(清潔)を徹底します。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 夜間看護体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 看取り介護加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 認知症専門 | (I) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

| | | | | |
|----------------------|--------------|--------------------------|------|------|
| | ケア加算 | (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) 1.5 : 1 | | |
| | 2 なし | | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|--------|---|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療支援 | | 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 (訪問診療医の確保) | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人周寿会 はただ診療所 (同一敷地内) |
| | | 住所 | 同一敷地内診療所:別法人 0774-73-8880 |
| | | 診療科目 | 内科・精神科 |
| | | 協力内容 | 入居時の健康診断、日常の健康管理支援と健康相談、随時の診療・治療・入院の受け入れ、他病院への紹介 ※病床の混雑度、疾病内容によって受け入れできない場合があります。 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担となります。以下同じ。 |
| | 2 | 名称 | 医療法人新生会 総合病院高の原中央病院 (ホームからの距離:約 2km) |
| | | 住所 | 奈良市右京 1-1-3 0742-71-1020(代) |
| | | 診療科目 | 内科、外科、整形外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、形成外科 他 |
| | | 協力内容 | 高度医療を必要とする場合の入院・外来、緊急時の対応 |
| | 3 | 名称 | 京都山城総合医療センター (ホームからの距離:約 4.1km) |
| | | 住所 | 木津川市木津駅前一丁目 27 番地 0774-72-0235(代) |
| | | 診療科目 | 内科、神経内科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、腎不全科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科 他 |

| | | | |
|----------|------|----------------------------------|---------------------------|
| | | 協力内容 | 高度医療を必要とする場合の入院・外来、緊急時の対応 |
| | 4 | 名称 | 医療法人飯田医院 飯田皮膚科 |
| | | 住所 | 奈良市北市町 36 0742-23-0701 |
| | | 診療科目 | 皮膚科 |
| | | 協力内容 | 皮膚科治療及び相談 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人基歯会 富田歯科 (ホームからの距離:約 9km) | |
| | 住所 | 京都府木津川市清水 60 | |
| | 協力内容 | 歯科治療及び、口腔ケアを含めた往診の実施 | |

(入居後に居室を住み替える場合)

| | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 入居後に居室を住み替える場合 | 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 | 当施設は主として入居時より要介護状態にある方がご入居いただくことを目的とし、同一ホーム内で重度の介護サービスまでを行う介護型です。従って、全ての居室が介護居室となっており、一般居室・介護居室等の区分はありません。また、入居後に要介護状態が変化した場合でもそのために他のホームへ移動する必要はありません。但し、入居者の心身の状態、生活への適応状況等により必要と認められる場合には、医師の意見を踏まえた上で居室の移動を行う場合があります。 | |
| 手続きの内容 | 居室の移動に当たっては、緊急の場合を除き予め入居者の意思を確認し、身元引受人の意見を聴き、医師の意見を踏まえた上でかつ一定の観察期間を設けます。 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | 追加費用の支払いは必要ありませんが、契約上の居室変更をする取扱いになります。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 便所の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 浴室の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 洗面所の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 台所の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | その他の変更 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 | <ul style="list-style-type: none"> ● 満年齢が 65 歳以上で要支援・要介護の認定を受けている方で、身体機能の低下または認知症などにより、常時介護を必要とされている方。 ● 入院またはそれに近い常時の治療を医療機関で受ける必要がない方。 ● 他の入居者に伝染する疾病（感染症）に罹患していない方。 ● 2 人入居の場合は、ともに満年齢が 65 歳以上の方。 <p>2 人入居の場合は、両者の関係がご夫婦もしくは、三親等以内の血族の方。</p> | | |
| 契約の解除の内容 | <p>①入居者が死亡したとき ②事業者が（事業者からの契約解除）に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき ③契約者が（契約者からの契約の解約）に基づき契約の解約を行ったとき ④入居契約の契約終了日に至り、契約が満了したとき</p> <p><事業者からの契約解除></p> <p>一．事業者は、「入居契約書」に定める所定の要件に該当し、かつ、そのことが入居契約を将来にわたり維持することが、社会通念上著しく困難と認められるものである場合、契約を解除することがあります。</p> <p>1．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。</p> <p>2．月額の利用料その他の支払いを、正当な理由なくしばしば遅滞するとき。</p> <p>3．以下に定める禁止または制限される行為の規定に違反したとき。</p> <p>①入居者、契約者及び身元引受人等は施設の利用にあたり、施設またはその敷地内において次の各号に掲げる行為を行うことはできません。</p> <p>イ) 鉄砲刀剣類、爆発物、発火物、有毒物等の危険な物品を搬入・使用・保管する</p> <p>ロ) 大型の金庫その他、重量の大きな物品等を搬入、または備え付ける</p> | | |

- ハ) 排水管その他を腐食する恐れのある液体等を流す
- ニ) テレビ・ステレオ等の操作、楽器の演奏その他により、大音量等で近隣に著しい迷惑を与える
- ホ) 猛獣、毒蛇等の明らかに近隣に迷惑をかける動植物を飼育する

②入居者、契約者及び身元引受人等は施設の利用にあたり、事業者の承諾を得ることなく次の各号に掲げる行為を行うことはできません。また事業者は他の入居者からの苦情その他の場合に、その承諾を取り消すことができます。

- イ) 観賞用の小鳥、魚等であって明らかに近隣に迷惑をかける恐れのない動植物以外の犬、猫等の動物や植物を施設またはその敷地内で飼育する
- ロ) 居室及び予め定められた場所以外の共用部分、または敷地内に物品を置く
- ハ) 施設内において、営利その他の目的による勧誘・販売・宣伝・広告等の活動を行う
- ニ) 施設の増築・改築・移転・改造・模様替え、居室の造作の改造等を伴う模様替え、敷地内における工作物を設置する。
- ホ) 管理運営規程その他の文書において、事業者がその承諾を必要と定めるその行為

4. 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の身体、生命及び生活に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり（罵詈雑言、暴力行為、他人への迷惑行為等）、かつ、有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき。

5. 高齢者虐待防止法に基づき、ご入居者の人権の尊重、身体拘束に伴う機能低下や心理的な不安などの弊害、身体拘束ゼロ運動の理念を考慮し、ご入居者に対し、身体拘束を行わない方針を採っているが、それに反してご入居者に対する身体拘束を通じた転倒・転落の防止をご希望される場合。

二. 前項の規定に基づく契約の解除は、事業者は次の手続きによって行います。

1. 契約解除の通告については 90 日の予告期間をおく。
2. 前号の通告に先立ち、入居者、契約者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける。
3. 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

| | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| | <p>て確認し、移転先がない場合には入居者、契約者及び身元引受人等、その他の関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する。</p> <p>三. 本条第一項 4 号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加え、次の各号の手続きを行います。</p> <p>1. 医師の意見を聴く。</p> <p>2. 一定の観察期間をおく。</p> <p><契約者からの契約の解約></p> <p>一. 契約者は事業者に対して、別途定める契約解約届を退去日の少なくとも 30 日前に提出することにより、本契約を解約することができます。</p> <p>二. 入居者の居室は、前項の契約解約日までに事業者に対して明け渡すものとします。</p> <p>三. 契約者が前項の契約解約届を提出しないで居室を退去した場合には、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みなします。</p> | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 上記「契約の解除の内容」に記。 |
| | 解約予告期間 | 90 日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30 日 | |
| 体験入居の内容 | <p>1 あり (内容 : 1 泊 2 日 3 食付 21,000 円 (税抜))</p> <p>2 なし ※原則 6 泊 7 日までとします。</p> | |
| 入居定員 | 143 人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

| | 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 | 0.7 |
| 生活相談員 | 4 | 4 | 0 | 2.9（内、自立者対応0.5名） |
| 直接処遇職員 | 73 | 51 | 22 | 60.6 |
| 介護職員 | 64 | 46 | 18 | 54.0（内、自立者対応1名） |
| 看護職員 | 9 | 5 | 4 | 6.6（内、自立者対応0.5名） |
| 機能訓練指導員 | 3 | 2 | 1 | 2.0 |
| 計画作成担当者 | 4 | 4 | 0 | 1.1 |
| 栄養士 | 1 | 1 | 0 | 1.0(委託) |
| 調理員 | 30 | 6 | 24 | 17.5(委託) |
| 事務員 | 3 | 3 | 0 | 3.0 |
| その他職員 | 10 | 2 | 8 | 8.0 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 38.0時間 |
| <p>※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。</p> <p>※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。</p> | | | | |

（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 | 37 | 33 | 4 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 2 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 14 | 8 | 6 |
| 介護支援専門員 | 3 | 2 | 1 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | 3 | 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 | 2 | 1 | 1 |
| 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 (20時～翌7時) | | |
|--------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 1人 | 0人 |
| 介護職員 | 7人 | 4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) | 1.4 : 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 | |

※実際の配置比率は、厚生労働省の定める、「要介護の利用者数に対して3 : 1以上、要支援の利用者数に対して10 : 1以上」の基準により算定しています。

(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 | 介護福祉士・介護支援専門員 |
| | 2 なし | | |

| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
|-----------------------------|---------------|-----|------|-----------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 1 | | 13 | 1 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 1 | 6 | | | | | | | |
| 応じた業務に従事した経験年数に 応じた職員の人数 | 1年未満 | | 2 | 1 | 1 | | | | 1 | |
| | 1年以上 3年未満 | | 6 | 3 | | | | | 1 | |
| | 3年以上 5年未満 | | 1 | 6 | 2 | 2 | | | 2 | |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | 1 | 15 | | 1 | | | | |
| | 10年以上 | 4 | 2 | 17 | 12 | | | 2 | 1 | |
| | 従業者の健康診断の実施状況 | | | 1 あり 2 なし | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|--------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 | |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり 2 なし | |
| 入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取扱い | 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 人件費、物価の変動、提供するサービス形態の変更 |
| | 手続き | コストの見直し等に基づき、運営懇談会の意見も聴いた上で決定いたします。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを3例】)

(税抜)

| | | プラン1 (満80歳～) 全額前払い方式 標準プラン | プラン2 (満80歳～) 全額前払い方式 月額低減プラン | プラン3 (65歳以上) 月払い方式 | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------|-----------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要支援・要介護 | 要支援・要介護 | 要支援・要介護 | |
| | 年齢 | 85～89歳 | 90歳以上 | 65歳以上 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 24.2 m ² | 21.8 m ² | 21.8 m ² | |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 (非課税) | 19,800,000円 | 21,000,000円 | 0円 | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 247,681円 | 199,720円 | 626,919円 | |
| 家賃 (非課税) | | 0円 | 0円 | 375,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ※1の費用 | 17,681円 (要介護1・1割負担) | 19,720円 (要介護2・1割負担) | 21,919円 (要介護3・1割負担) | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 75,000円 | 75,000円 | 75,000円 |
| | | 管理費 | 115,000円 | 65,000円 | 115,000円 |
| | | 介護費用 | 40,000円 | 40,000円 | 40,000円 |
| | | 光熱水費 | 管理費に含む | 管理費に含む | 管理費に含む |
| | | その他 | 都度払いサービス有 | 都度払いサービス有 | 都度払いサービス有 |
| ※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 | 1. 全額前払い方式 (前払金) 内訳: 土地の賃借料、施設の開発費、大規模修繕費、管理事務費等 算定根拠: 前払金の算定に当たっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡 (平成24年3月16日付) で示された算式などにに基づき、想定居住期間などを勘案し算定します。具体的な算定方法は別紙で示します。 2. 月払い方式 (室料) |

| | |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>目的施設(居室及び共用施設)を契約期間中利用するための家賃相当額に充当し、月々お支払いいただきます。老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は対価性の無い金品に該当しません。</p> <p>内訳:土地の賃借料、施設の開発費、大規模修繕費等修繕費、管理事務費等</p> |
| 敷金 | なし |
| 介護費用 | <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> <p>上乗せ介護費:介護保険でカバーされないサービスの費用の一部として合理的な積算根拠に基づいています。介護に係る職員体制が要介護者 1.5 人:直接処遇職員(常勤換算)1人以上</p> |
| 管理費 | 介護居室及び共用部分等の光熱水費、維持管理費、事務費、事務管理部門の人員費、生活サービス部門の人員費、寝具リース費 |
| 食費 | <p>1日3食・30日間喫食された場合の金額です。</p> <p>(内訳:税抜) 朝食 700円 昼食 800円 夕食・おやつ 1,000円</p> <p>原則として、お召し上がりになられた食数の金額をお支払いいただき、お召し上がりになられなかった分はご返金いたします。但し、欠食される場合にはご連絡が必要となります。食事時間の3時間前まで(朝食は前日の 17:00 まで)に、欠食のご連絡を頂いた場合はご請求いたしません。</p> |
| 光熱水費 | 管理費に含まれます。 |
| 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 | 基本報酬、P5 に記載する加算の利用者負担分。 |
| 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(上乗せサービス) | 上掲 |
| ※ 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 | 老人福祉法令等に基づき、又、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及 |
|------|----------------------------------------|

| | | |
|--------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | び事務連絡(平成24年3月16日付)で示された算式などに基づいて想定居住期間などを勘案し算定します。 |
| 想定居住期間 (償却年月数) | | ①80歳～84歳 : 72ヶ月 ②85歳～89歳 : 60ヶ月 ③90歳～ : 48ヶ月 |
| 償却の開始日 | | 入居日の翌日 |
| 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) | | ①80歳～84歳 【全額前払い方式 標準プラン】 21㎡ : 450万円 / 31㎡ : 504万円 【全額前払い方式 月額低減プラン】 21㎡ : 540万円 / 31㎡ : 594万円 ②85歳～89歳 【全額前払い方式 標準プラン】 21㎡ : 396万円 / 31㎡ : 456万円 【全額前払い方式 月額低減プラン】 21㎡ : 471万円 / 31㎡ : 531万円 ③90歳～ 【全額前払い方式 標準プラン】 21㎡ : 360万円 / 31㎡ : 396万円 【全額前払い方式 月額低減プラン】 21㎡ : 420万円 / 31㎡ : 456万円 |
| 初期償却率 | | 20% |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | 老人福祉法施行規則に従って短期解約特例を定め、入居後三月が経過するまでの間に契約が解約又は死亡により終了する場合に対応する。 (前払金の返還金計算式) 前払金返還金 = 前払金 - (1日当たり利用料 × 入居期間) ※1日当たり利用料は、前払金のうち初期償却相当額を除いた部分を、一月三十日として償却月数で割り返した額である(小数点以下切り捨て)。なお初期償却相当額については、全額返金する。 ※返還金の端数千円未満は、切り上げて千円とする。 ※入居者が2人の場合で、そのうち1名が解約した場合又は死亡による契約終了の場合は、追加前 |

| | | |
|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>払金を対象とする。</p> <p>※入居期間は、入居日から契約終了日までの実日数とする。</p> <p>※月払い利用料については日割精算を行なう。</p> <p>※必要な原状回復費用があれば受領する。</p> |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | <p>(入居者が1人の場合であって契約が終了した場合)</p> <p>●前払金償却期間内の場合 前払金×0.80÷前払金償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの実日数</p> <p>●前払金償却期間を超える場合 返還金はなく、前払金の追加徴収は行ないません。</p> <p>(入居者が2人の場合であってその一方が死亡又は退去した場合)</p> <p>●追加前払金償却期間内の場合 追加前払金×0.80÷追加前払金償却期間の日数×二人入居契約終了日から償却期間満了日までの実日数</p> <p>●追加前払金償却期間を超える場合 返還金はなく、前払金の追加徴収は行ないません。</p> |
| 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 (保全先)入居者生活保証制度(公益社団法人全国有料老人ホーム協会) | <p>※当社倒産等により施設全入居者が退去せざるを得なくなり、入居契約が解除された場合、保証の対象となる。倒産等が入居中の場合は「前払金額に応じて予め定められた保証金額」が、倒産等が入居契約終了後から6か月間の場合は「前払金未償却残高(保証金額を限度)」が、入居契約者へ支払われる。保証に登録する際に必要となる拠出金は、当社が全て負担。</p> |
| | 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 | 26人 |
| | 女性 | 73人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 20人 |

| | | |
|-------|---------------|------|
| | 85 歳以上 | 78 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 9 人 |
| | 要支援 1 | 1 人 |
| | 要支援 2 | 7 人 |
| | 要介護 1 | 24 人 |
| | 要介護 2 | 19 人 |
| | 要介護 3 | 16 人 |
| | 要介護 4 | 10 人 |
| | 要介護 5 | 13 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 8 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 15 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 47 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 13 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 8 人 |
| | 15 年以上 | 8 人 |

(入居者の属性)

| | |
|-------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢 | 88.3 歳 |
| 入居者数の合計 | 99 人 |
| 入居率* | 69.2% |
| ※ 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 | 1 人 |
| | 社会福祉施設 | 3 人 |
| | 医療機関 | 0 人 |
| | 死亡者 | 12 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 | 4 人 |
| | | (解約事由の例) ・ 家族の事情 (立地面等) により自宅や社会福祉施設へ転居 |

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 | | ① サンシティ木津 支配人 森嶋 康仁 オフィスサービス課ソーシャルワーカー・お客様相談係 ② (株)ハーフ・センチュリー・モア コールセンター |
| 電話番号 | | ① 0774-73-8811 ② 0120-630-950 |
| 対応している時間 | 平日 | ① 9:00~17:30 ② 9:00~17:00 |
| | 土曜 | ① 9:00~17:30 |
| | 日曜・祝日 | ① 9:00~17:30 |
| 定休日 | | ① なし ② 土日・祝日、年末年始 |
| 上記以外の主な窓口の名称 | | ① 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 ② 京都府国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | | ① 03-3272-3781 ② 075-354-9090 |
| 対応している時間 | 平日 | ① 10:00~16:00 ② 9:00~17:00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | ① ② 土日・祝日、年末年始 |
| 苦情処理の体制及び手順 | | 管理運営規程 P4 8. 苦情処理にその詳細を掲載。 |

(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) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム損害賠償責任保険」に加入。サービスの提供にあたり、万一事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、直ちに必要な措置を講ずるとともに、事業者には過失がある場合は速やかに損害の賠償を行います。但し、入居者に過失がある場合には、賠償額を減ずることがあります。 |
| | 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 | 年1回 運営懇談会総会を開催 意見箱常設(各フロアに設置) |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし 懇談会の議事録を配布 |
| 2 なし | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | 平成 29 年1月 13 日(社団法人京都社会福祉士会) |
| | | 評価機関名称 | 京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構 |
| | | 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 運営懇談会総会を開催 |
| | 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 | |
| 「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 | 1 あり 2 なし |
| 不適合事項がある場合の内容 | |

添付書類：別添 1（別に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

説明者署名_____

私は、貴社の施設「サンシティ木津」に入居を申し込むにあたり、貴社（職員）から、施設の内容、重要事項説明書、契約条件、ならびに施設の管理運営規程についての説明を受け同意し、受領いたしました。後日のため、このことを確認いたします。

なお、入居しました際には施設の運営方針に従い、他の入居者との協調に心掛けると共に、施設の円満な運営に協力いたします。

平成 年 月 日

入居者又は代理人署名_____印

立会人署名_____印

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 | | |
| 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 | サンシティ木津 デイサービスセンター | 木津川市市坂六本木76 |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | サンシティ木津 在宅介護支援センター | 木津川市市坂六本木76 |
| <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 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | サンシティ木津 デイサービスセンター | 木津川市市坂六本木76 |
| 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 | | |

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（税抜）

| 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）※4 | | | 都度※2 | 料金※3 | 備考 |
| | | | | 包含※2 | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 保険給付＋人員過配置 必要に応じて実施 |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 〃 随時実施 |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | | 実費負担 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 週3回まで実施 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 週3回まで実施 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 保険給付＋人員過配置 必要に応じて実施 |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | 保険給付＋加算給付 必要に応じて実施 |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,000円/30分 | 協力医療機関は必要に応じて実施（包含） 協力医療機関以外は左記料金×職員数＋交通費実費※5 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 週5回実施 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,000円/回 | 週1回実施（希望による場合1,000円/1回） |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 必要により実施 分別されたクリーニング代（上着・外出着等）は実費 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 500円/回 | 必要により実施（希望による場合500円/1回） |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | | 実費負担 |
| おやつ | | | なし | あり | ○ | | | 有り（食費に含む） |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | | 外部業者（要予約）実費負担 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,000円/30分 | 週2回（施設の指定日以外又は個別の希望は1,000円/30分） |
| 役所手続き代行 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,000円/30分 | 実施しない |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | | 入居時健康診断 20,000円（はただ診療所） 希望により年2回 実費 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 随時 |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 随時 |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 必要に応じて実施 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 随時 |
| 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 | | ○ | | 外部業者 実費負担 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,000円/30分 | 上記「通院介助」の備考に準ずる |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,000円/30分 | 〃 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,000円/30分 | 〃 |

- ※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わります（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費用に含まれる場合と、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。
- ※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。
- ※4：人数、日取りによっては都合等によりご希望に添えない場合があります。ご依頼により、ご希望に応じた外部業者を紹介いたします。
- ※5：交通費実費：交通費実費：公共交通機関の運賃、タクシー代、有料道路料金、駐車料金、ガソリン代(社用車で移動する場合、合計距離に対して20円/km)など。