**サ高住お多福さん　重要事項説明書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 記入年月日 | 令和7年１月 9 日 |
| 記入者名 | 福永　俊一 | 所属・職名 | 社会福祉法人大多福会理事長福永俊一 |

１．事業主体概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ◎種類 | 個人、法人の別　　　法人 | |
| ※法人の場合、その種類 | 社会福祉法人 |
| ◎名称 | （ふりがな）しゃかいふくしほうじんおたふくかい  社会福祉法人大多福会 | |
| ◎主たる事務所の所在地 | 〒899-8604　鹿児島県曽於市末吉町諏訪方１０２３１番地 | |
| ◎連絡先 | 電話番号 | 0986-76-6883 |
| FAX番号 | 0986-76-6773 |
| メールアドレス | http:nodokaen@kind.ocn.ne.jp |
| ◎代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 福永 俊一 |
| 職名 | 理事長 |
| ◎設立年月日 | 令和２年10月1日 | |
| ◎主な実施事業 | ※別添１ | |

２．有料老人ホーム事業の概要（住まいの概要）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ◎施設の名称 | | (ふりがな)　さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくおたふくさん  　　　　　　サービス付き高齢者向け住宅お多福さん | | |
| ◎施設の所在地 | | 〒899-8604  鹿児島県曽於市末吉町諏訪方３５４６番地１ | | |
| ◎事業所までの主な利用交通手段 | | 曽於市役所より2.5㎞、県道５０１号胡摩窪商店手前より入り１００m。 | | |
| ◎施設の連絡先 | | 電話番号 | | 0986-76-2020 |
| FAX番号 | | 0986-76-2121 |
| メールアドレス | | なし |
| あり：http: |
| ◎施設の管理者の氏名及び職名 | | 氏名 | | 福永俊一 |
| 職名 | | 理事長 |
| ◎建物の竣工日 | | | | 令和２年９月１０日 |
| ◎有料老人ホーム事業の開始日 | | | | 令和２年10月１日 |
| （類型）【表示事項】 | | | | |
| ◎施設の類型 | １ 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供）  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）  ３ 住宅型  ４ 健康型 | | | |
| ○１又は２に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | |  | |
| 指定した自治体名 | | 鹿児島県（市 | |
| 事業所の指定日 | | 令和　　年　月　日 | |
| 指定の更新日（直近） | | 令和　　年　月　日 | |

３．建物概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 敷地面積 | 7,762.53 ㎡ | | | | | | | | | | | | | | |
| ◎土地 | 所有関係 | 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（　年　月　日　～　年　月　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 ㎡ | | | | | うち有料老人ホーム部分　　2,015.78㎡ | | | | | | | | | |
| 耐火構造 | １　耐火建築物（建築基準法第２条第９号の２に規定する耐火建築物） | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　準耐火建築物（建築基準法第２条第９号の３に規定する準耐火建築物） | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 事業者自ら所有する建物 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 居室区分【表示事項】 | | | | | | | １ 全室個室  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※ | |
| 居室タイプ１ | | | | | | | /無 | | | 有/ | 20.64～21.72㎡ | 22/26 |  | |
| 居室タイプ２ | | | | | | | /無 | | | 有/ | 26.53～28.00㎡ | 3/26 |  | |
| 居室タイプ３ | | | | | | | /無 | | | 有/ | 21.60㎡ | 1/26 |  | |
| 居室タイプ４ | | | | | | | 有/無 | | | 有/無 | ㎡ |  |  | |
|  | | | | | | |  | | |  |  |  |  | |
| ◎共用施設 | 共用便所の設置数 | | | | | ２ヶ所 | | | | | うち男女別の対応が可能な数 | | | | | ヶ所 |
| うち車椅子等の対応が可能な数 | | | | | ２ヶ所 |
| 共用浴室 | | | | ２ヶ所 | | | | | 個室 | | | | | | ２ヶ所 |
| 大浴場 | | | | | | ヶ所 |
| 共用浴室に  おける介護浴槽 | | | | ０ヶ所 | | | | | チェアー浴　　　　　　　ヶ所 | | | | | | |
| リフト浴　　 　　 　　 ヶ所 | | | | | | |
| ストレッチャー浴　　　　 ヶ所 | | | | | | |
| その他（　　　　　）　　 ヶ所 | | | | | | |
| 食堂 | | | | あり　　２　なし | | | | | | | | | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | | | | | あり　　２　なし | | | | | | | | | | |
| エレベータ | | | | １　あり（車椅子対応、ストレッチャー対応、その他）　　　なし | | | | | | | | | | | |
| ◎消火設備等 | 消火器 | | | | | あり　　２　なし | | | | | | | | | | |
| 自動火災報知設備 | | | | | あり　　２　なし | | | | | | | | | | |
| 火災通報設備 | | | | あり　　２　なし | | | | | | | | | | | |
| スプリンクラー | | | | | １　あり　　②　なし | | | | | | | | | | |
| 防火管理者 | | | | | あり　　２　なし | | | | | | | | | | |
| 防災計画 | | | | | あり　　２　なし | | | | | | | | | | |

４．サービスの内容

（全体の方針）

|  |  |
| --- | --- |
| ◎運営に関する方針 | 高齢者住まい法等の関係法令ならびに鹿児島県高齢者居住安定確保計画に遵守した整備計画および運営を致します。 |
| ○サービスの提供内容に関する  特色 |  |
| ◎入浴、排せつ又は食事の介護 | 自ら実施　　２　委託　　３　なし |
| ◎食事の提供 | 自ら実施　　２　委託　　３　なし |
| ◎洗濯、掃除等の家事の供与 | 自ら実施　　２　委託　　３　なし |
| ◎健康管理の供与 | 自ら実施　　２　委託　　３　なし |
| ◎安否確認又は状況把握サービス | 自ら実施　　２　委託　　３　なし |
| ◎生活相談サービス | 自ら実施　　２　委託　　３　なし |

（入居に関する条件）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ◎入居対象となる者【表示事項】 | 自立している者　　　あり　　２　なし  要支援の者　　　　　あり　　２　なし  要介護の者　　　　　あり　　２　なし | |
| ○留意事項 |  | |
| ○契約の解除の内容 | 賃貸借契約書第11条に記載 | |
| ◎事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 第11条２項、３項、４項、５項 |
| 解約予告期間 | 解約を求める日の６０日前に通告する。 |
| ◎入居者からの解約予告期間 | 解約の３０日前まで | |
| ◎体験入居の内容 | １　あり（内容：　　　　　　　　　　）　　なし | |
| ◎入居定員 | 29名 | |
| ○その他 |  | |

５．職員体制

（職種別の職員数）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数  ※１※２ |
| 合計 | | |
|  | 常勤 | 非常勤 |  |
| ◎管理者 | | 1 |  | １ |  |
| ◎生活相談員 | | 1 | 1 |  |  |
| ◎直接処遇職員 | |  |  |  |  |
|  | 介護職員 | ２ | ２ |  |  |
| 看護職員 |  |  |  |  |
| ◎機能訓練指導員 | |  |  |  |  |
| ◎計画作成担当者 | |  |  |  |  |
| ◎栄養士 | |  |  |  |  |
| ◎調理員 | |  |  |  |  |
| ◎事務員 | |  |  |  |  |
| ◎その他職員 | |  |  |  |  |
| ◎１週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | 時間 |
| ※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 |  |  |  |
| ◎実務者研修の修了者 | ２ | ２ |  |
| ◎初任者研修の修了者 | １ | １ |  |
| ◎介護支援専門員 | ３ | ３ |  |

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 合計 | | |
|  | 常勤 | 非常勤 |
| ◎看護師又は准看護師 |  |  |  |
| ◎理学療法士 |  |  |  |
| ◎作業療法士 |  |  |  |
| ◎言語聴覚士 |  |  |  |
| ◎柔道整復士 |  |  |  |
| ◎あん摩マッサージ指圧師 |  |  |  |

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ◎夜勤帯の設定時間（　　　19時～　　7時） | | |
| 職種　　　　　　　　　人数 | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| ◎看護職員 | 人 | 人 |
| ◎介護職員 | 1 人 | 1 人 |

（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（　　　　　　　）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 |
| ◎前年度一年間の採用者数 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ◎前年度一年間の退職者数 | |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |
| ◎業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1年以上3年未満 |  |  | １ |  |  |  |  |  |  |  |
| 3年以上5年未満 |  |  | １ |  |  |  |  |  |  |  |
| 5年以上10年未満 |  |  | １ |  | 1 |  |  |  |  |  |
| 10年以上 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ◎従業者の健康診断の実施状況　　　　　　　　　　　１　あり　　２　なし | | | | | | | | | | | |

６．利用料金

（利用料金の支払い方法）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ◎居住の権利形態【表示事項】 | １ 利用権方式　　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 | |
| 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  ３　月払い方式 |
| ○年齢に応じた金額設定 | １　あり　　なし | |
| ○要介護状態に応じた金額設定 | １　あり　　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 | 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： | |
| 手続き： | |

（利用料金のプラン）【代表的なプランを２例】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | プラン１ | プラン２ |
| ◎入居者の状況 | | | | 要介護 | 要支援1 | 要介護1 |
| 年齢 | 70歳 | 70歳 |
| ◎居室の状況 | | | | 床面積 | 20.64～21.72㎡ | 26.53～28.00㎡ |
| 便所 | 有 　２　 無 | 有 ２ 無 |
| 浴室 | 有 　２ 　無 | 有 ２ 無 |
| 台所 | １　 有 　　 無 | 有 ２ 無 |
| ◎入居時点で必要な費用 | | | | 前払金 | 0円 | 0円 |
| 礼金 | 57,000円 | 81,000円 |
| ○月額費用の合計 | | | | | 円 | 円 |
|  | 家賃相当額 | | | | 38,000円 | 54,000円 |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | | | 円 | 円 |
| 介護保険外  ※２ | 食費 | | 20,000円 | 30,000円 |
| 管理費 | | 15,000円 | 20,000円 |
| 介護費用 | | 円 | 円 |
| 光熱水費 | | 円 | 円 |
| その他（生活相談・状況把握サービス料） | | 15,000円 | 20,000円 |
| ○家賃相当額　　　　　最低額：38,000円、最高額：　54,000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保険費用は、  同一の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 | 建物の建築費、設備備品費、借入利息、等を基礎として、１室あたりの家賃を算出した。 |
| ◎敷金 | 家賃の　　1．５　ヶ月分 |
| ◎介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| ◎管理費（共益費） | 共用施設の維持管理・修繕費。事務管理部門・生活支援サービスの人件費・事務費。 |
| ◎食費 | 23,000円／月（朝食・昼食・夕食）厨房維持費、及び１日３食を提供するための費用。 |
| ◎光熱水費 | 徴収なし |
| ○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 |  |

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 | | ２人 | | | | |
| 女性 | | 人 | | | | |
| ◎年齢別 | 65歳未満 　　 　 人 | | | | 65歳以上75歳未満 　 　 人 | | |
| 75歳以上85歳未満 　　　　２人 | | | | 85歳以上　　　　　 人 | | |
| ◎要介護度別 | 自立　　　 人 | 要支援１　　人 | | 要支援 人 | | 総合事業対象 | 人 |
| 要介護1 人 | 要介護2　 人 | | 要介護 人 | | 要介護4 0人 | 要介護 人 |
| ◎入居期間別 | ６ヶ月未満　　　　　　　　 人 | | | | ６ヶ月以上１年未満　　　　　 　 人 | | |
| １年以上５年未満　　　　　　 人 | | | | ５年以上10年未満　　　　　　 　 人 | | |
| 10年以上15年未満　　　　　　 人 | | | | 15年以上　　　　　　　　　　 　 人 | | |

（入居者の属性）

|  |  |
| --- | --- |
| ◎平均年齢 | 歳 |
| ◎入居者の合計 | 人 |
| ◎入居率※ | ％ |
| ※入居者の合計を入居定員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　　　　　　　　　　　 　人 | | 社会福祉施設　　　　　　　人 |
| 医療機関　　　　　　　　　　 　人 | | 死亡者　　　　　　　 　 　人 |
| その他　　　　　　　　　　　 　人 | |  |
| ◎生前解約の状況 | 施設の申し出 | 人 | |
| 解約事由 | |
| 入居者側の申し出 | 人 | |
| 解約事由  ・  ・  。 | |

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）※複数回答の窓口がある場合は欄を増やして記入

|  |  |
| --- | --- |
| ◎窓口の名称 | サ高住お多福さん　　　　大隅地域振興局地域保健福祉課指導監査係 |
| ◎電話番号 | 0986-76-2020　　　　　　　　　0994-52-2125 |
| ◎対応している  時間 | 平日（８時２０分～１７時２０分）　土曜（８時２０分～１７時２０分）  日曜・祝日（８時２０分～１７時２０分） |
| ○定休日 |  |

（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 | あり | 内容：JAサポート鹿児島 |
| 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 | あり | 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　平成　　年　月　日  結果の開示　１　あり　　２　なし |
| なし | | |
| ○第三者による評価の実施状況 | １　あり | 実施日　平成　　年　月　日  評価機関名称  結果の開示　１　あり　　２　なし | |
| 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　 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　 入居希望者に交付　３ 公開していない |
| ○事業収支計画書 | 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 | 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 | 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 | | | 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：　　　　　　）  　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  　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 | | | | | | あり  ２　なし |
| ◎有料老人ホーム設置運営指導指針｢６.規模及び構造設備｣に合致しない事項 | | | | | | １　あり  ２　なし |
|  | 合致しない事項がある場合の内容 | | | | |  |
| ｢７.既存建築物等の活用の場合等の特例｣への適合性 | | | | | １　適合している（代替措置）  ２　適合している（将来の改善計画）  ３　適合してない |
| ◎有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | （その内容）※該当する項目にチェック  居室が個室でない（全室・居室の一部）  一般居室の面積が10.65㎡未満（全室・居室の一部）  その他（具体的に） | | | | |

添付書類：別添１（事業主体が県内で実施する他の介護サービス）

　　　　　別添２（個別選択による介護サービス一覧表）

　　　　　　ご利用者様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

ご家族様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

説明年月日　令和　　　　年　　　　月　　　　日

説明者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ◎事業主体が県内で実施する他の介護サービス  別添１ | | | | | |
| 介護サービスの種類 | | | | 事業所等の名称 | 所在地 |
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
|  | 訪問介護 | あり | なし |  |  |
| 訪問入浴介護 | あり | なし |  |  |
| 訪問看護 | あり | なし |  |  |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし |  |  |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし |  |  |
| 通所介護 | あり | なし |  |  |
| 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＞ | | | | | |
|  | 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 |  |  |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護・看護 | あり | なし |  |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし |  |  |
| 居宅介護支援 | | あり | なし |  |  |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
|  | 介護予防訪問介護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし |  |  |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし |  |  |
| 介護予防通所介護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし |  |  |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし |  |  |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし |  |  |
| ＜地域密着型介護予防サービス＞ | | | | | |
|  | 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし |  |  |
| 介護予防支援 | | あり | なし |  |  |
| ＜介護保険施設＞ | | | | | |
|  | 介護老人福祉施設 | あり | なし |  |  |
| 介護老人保健施設 | あり | なし |  |  |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし |  |  |

介護サービス等の一覧表

別添２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  | | 介護付き有料老人ホームのみ | | 介護付・住宅型・健康型有料老人ホームも記載 | | | | | 備　考 | |
| 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※１） | | 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 | |
| 介護サービス | 食事介助 | なし | あり | なし | あり |  |  | 円 |  | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり |  | 1日 | 1,100円 |  | |
| おむつ代 | なし | あり | なし | あり |  |  | 実費 |  | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり |  | 1回 | 1,500円 | 見守りは1回600円 | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり |  |  | 円 |  | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり |  |  | 円 |  | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり |  |  | 円 |  | |
| 通院介助（協力医療機関） | なし | あり | なし | あり |  | 1時間 | 1,200円 |  | |
| 通院介助（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり |  | 1時間 | 1,200円 |  | |
| 生活サービス | 居室清掃 | なし | あり | なし | あり |  | 1回 | 400円 |  | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり |  | 1月 | 1,600円 | 計5回まで　5回以上は1回につき320円 | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり |  | 1回 | 500円 |  | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり |  |  | 円 |  | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | なし | あり |  |  | 円 |  | |
| おやつ | なし | あり | なし | あり |  |  | 円 |  | |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | なし | あり |  |  | 円 |  | |
| 買い物代行（通常の利用区域） | なし | あり | なし | あり |  | 1時間 | 1,200円 |  | |
| 買い物代行（上記以外の区域） | なし | あり | なし | あり |  | 1時間 | 1,200円 |  | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり |  | 1時間 | 1,200円 | 別途料金が必要な場合は別途頂きます。 | |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり |  |  | 円 |  | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | なし | あり | なし | あり |  |  | 円 |  | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり |  | 1月 | 2,200円 |  | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり |  |  | 円 |  | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり |  | 1月 | 3,300円 |  | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり |  |  | 円 |  | |
| 入退院時・入院中サービス | 移送サービス | なし | あり | なし | あり |  | 1時間 | 1,200円 |  | |
| 入退院時の同行（協力医療機関） | なし | あり | なし | あり |  | 1時間 | 1,200円 |  | |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり |  | 1時間 | 1,200円 |  | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり |  | 1時間 | 1,200円 |  | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり |  | 1時間 | 1,200円 |  | |

※１ 利用者の所得に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用負担者）※２ ｢あり｣を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス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応じて、いずれかの欄に○を記入する。※３ 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。