

住宅型有料老人ホーム はいびすかす 重要事項説明書

| | | | |
|------|------|-------|----------|
| 記入者名 | 佳山 恵 | 記入年月日 | 令和2年7月1日 |
| | | 所属・職名 | 施設長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|-------------|-----------------------------------|--------------|
| ◎種類 | 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 住宅型 |
| ◎名称 | (ふりがな) ごうどうがいしゃ ごんはる 合同会社 ごんはる | |
| ◎主たる事務所の所在地 | 〒889-2402 宮崎県日南市北郷町郷之原甲3645番地1 | |
| ◎連絡先 | 電話番号 | 0987-56-1505 |
| | FAX番号 | 0987-56-1506 |
| | ホームページアドレス | |
| ◎代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 渡邊 隼人 |
| | 職名 | 代表社員 |
| ◎設立年月日 | 平成24年6月20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) ゆうりょうろうじんほ一む はいびすかす 有料老人ホーム はいびすかす | |
| ◎施設の所在地 | 〒889-2403 宮崎県日南市北郷町北河内5754 | |
| ◎事業所までの主な利用交通手段 | 黒荷田バス停 徒歩3分、九州道田野インターより15分 | |
| ◎施設の連絡先 | 電話番号 | 0987-56-1505 |
| | FAX番号 | 0987-56-1506 |
| | ホームページ | なし |
| | アドレス | あり: |
| ◎施設の管理者の氏名及び職名 | 氏名 | 佳山 恵 |
| | 職名 | 施設長 |
| ◎建物の竣工日 | 平成20年2月15日 | |
| ◎有料老人ホーム事業の開始日 | 令和 1年12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 |
|--------|--|

3. 建物概要

| | | | | | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|----------------|-------------|--------|--------|
| ◎土地 | 敷地面積 | 2,490.32㎡ | | | | | |
| | 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 (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 | 712.99 | ㎡ | うち有料老人ホーム部分 | 602.81 | ㎡ |
| | 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 () | | | | | | |
| ◎居室の状況 | 所有関係 | ① 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 | | | | |
| | | | 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※ |
| | | 居室タイプ1 | 無 | 無 | 13.17㎡ | 15 | 一般居室個室 |
| | | 居室タイプ2 | 無 | 無 | 11.59㎡ | 21 | 一般居室個室 |
| 居室タイプ3 | 無 | 無 | 11.59㎡ | 5 | 一般居室個室 | | |
| ※ 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入すること。 | | | | | | | |
| ◎共用施設 | 共用便所の設置数 | 11ヶ所 | うち男女別の対応が可能な数 | | 4ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 10ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | | 1ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | | 1ヶ所 | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | | 1ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | | 1ヶ所 | | |
| ストレッチャー浴 | | | 0ヶ所 | | | | |
| その他 () | | | 0ヶ所 | | | | |
| 食堂 | ① あり 2 なし | | | | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 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) ② なし | | | | | | |
| ◎消火設備等 | 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 | | | | | |

4. サービスの内容
(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| ◎運営に関する方針 | (1) 高齢社会に適応した住環境および健康で文化的な生活の提供 (2) 黒荷田地区の自然や植栽活動、音楽、香り、食事などに重点を置いた癒しの環境提供 (3) 利用者の状態・ニーズに合わせた手厚い介護の提供 (4) 利用者、職員が共に成長しあえる環境 (5) 公益法人としての法令遵守に則った社会的責任に基づき、健全な施設運営と堅実な財務運営 |
| ◎入浴、排せつ又は食事の介護 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| ◎食事の提供 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| ◎洗濯、掃除等の家事の供与 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| ◎健康管理の供与 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| ◎安否確認又は状況把握サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| ◎生活相談サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |

(医療連携の内容)

| | |
|-----------------|--|
| ○医療支援 ※複数選択可 | ① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 4 その他 () |
| ○協力医療機関 | 名称 長友医院 住所 日南市北郷町郷之原乙1403-1 診療科目 内科 協力内容 往診 |
| | 名称 住所 診療科目 協力内容 |
| ○協力歯科医療機関 | 名称 住所 協力内容 |
| | 名称 住所 協力内容 |

(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 ※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ戻る場合 ③ その他 (一般居室の移動) |
| ○判断基準・手続き | 適切な介護を提供する為に必要と判断する場合には、本施設内において居室を変更することあります。居室の変更にあたっては、一定の観察期間を設け、主治医の意見を聞き、入居者ご本人、ご家族に意向を確認し、同意を得て他の居室への移動をお願いします。 |
| ○追加的費用の有無 | ① あり 2 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 | 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 | 入居契約書 第19条の規定に抵触する場合、入居対象外となります。 | | | | |
| ○契約の解除の内容 | 入居契約書 第27条～32条の規定に基づき行います。 | | | | |
| ◎事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書 第27条～32条 | | | |
| | 解約予告期間 | 90日 | | | |
| ◎入居者からの解約予告期間 | 退去日の30日前 | | | | |
| ◎体験入居の内容 | ① | あり | (内容: 1泊3食付 4,000円) | 2 | なし |
| ◎入居定員 | 41名 (本館 15室、新館 12室、コスモ館 14室) | | | | |

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 | 0 | 1 | |
| ◎生活相談員 | 1 | 0 | 1 | |
| ◎直接処遇職員 | 0 | 0 | 0 | |
| 介護職員 | 10 | 0 | 10 | |
| 看護職員 | 0 | 0 | 0 | |
| ◎機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | |
| ◎計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | |
| ◎栄養士 | 0 | 0 | 0 | |
| ◎調理員 | 3 | 3 | 0 | |
| ◎事務員 | 1 | 1 | 0 | |
| ◎その他職員 | 0 | 0 | 0 | |
| ◎1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | 40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 | 0 | 0 | 0 |
| ◎介護福祉士 | 5 | 0 | 5 |
| ◎実務者研修の修了者 | 1 | 0 | 1 |
| ◎初任者研修の修了者 | 4 | 0 | 4 |
| ◎介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

(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 | 0 | 0 | 0 |
| ◎理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| ◎作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| ◎言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| ◎柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| ◎あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| ◎夜勤帯の設定時間 (16時～翌10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 | | 0人 | 0人 |
| ◎介護職員 | | 2人 | 2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 | | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ◎前年度一年間の退職者数 | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ◎業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | ◎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 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 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 | |

(利用料金のプラン)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|---|------------------|---------|---------|---------|
| ◎入居者の状況 | 要介護 | 要介護5 | 要介護1 | |
| | 年齢 | 91歳 | 77歳 | |
| ◎居室の状況 | 床面積 | 13.17㎡ | 11.59㎡ | |
| | 便所 | 1 有 ② 無 | 1 有 ② 無 | |
| | 浴室 | 1 有 ② 無 | 1 有 ② 無 | |
| | 台所 | 1 有 ② 無 | 1 有 ② 無 | |
| ◎入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0円 | 0円 | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| ○月額費用の合計 | | 75,000円 | 57,000円 | |
| 家賃相当額 | | 30,000円 | 12,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 0円 | 0円 | |
| | ※2 介護保険外 | 食費 | 36,000円 | 36,000円 |
| | | 管理費 | 0円 | 0円 |
| | | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | | 光熱水費 | 9,000円 | 9,000円 |
| | | その他 () | 0円 | 0円 |
| ○家賃相当額 最低額：12,000円、最高額：30,000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 | 本館 1,000円(1日)×30日=30,000円 新館・コスモ館(東側) 800円(1日)×30日=24,000円 コスモ(西側) 400円(1日)×30日=12,000円 |
| ◎敷金 | なし |
| ◎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 | なし |
| ◎食費 | 1,200円(1日)×30日=36,000円 |
| ◎光熱水費 | 300円(1日)×30日=9,000円 |
| ○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【令和2年7月1日】

(入居者の人数)

| | | | | | |
|--------|------------|---------|------------|---------|---------|
| ◎性別 | 男性 | 10人 | | | |
| | 女性 | 24人 | | | |
| ◎年齢別 | 65歳未満 | 0人 | 65歳以上75歳未満 | 4人 | |
| | 75歳以上85歳未満 | 9人 | 85歳以上 | 21人 | |
| ◎要介護度別 | 自立 0人 | 要支援1 0人 | 要支援2 1人 | | |
| | 要介護1 6人 | 要介護2 9人 | 要介護3 7人 | 要介護4 6人 | 要介護5 5人 |
| ◎入居期間別 | 6ヶ月未満 | 6人 | 6ヶ月以上1年未満 | 28人 | |
| | 1年以上5年未満 | 0人 | 5年以上10年未満 | 0人 | |
| | 10年以上15年未満 | 0人 | 15年以上 | 0人 | |

(入居者の属性)

| | |
|--|-------|
| ◎平均年齢 | 85.9歳 |
| ◎入居者の合計 | 34人 |
| ◎入居率※ | 82.9% |
| ※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 | 0人 | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 2人 | 死亡者 | 0人 |
| | その他 | 0人 | | |
| ◎生前解約の状況 | 施設の申し出 | 0人 | | |
| | | 解約事由 | | |
| ◎生前解約の状況 | 入居者側の申し出 | 3人 | | |
| | | 解約事由 ・入居を予約していた施設の順番が回ってきたため。 ・病状悪化により、施設での生活が難しくなったため。 | | |

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 | 施設長 佳山 恵 |
| ◎電話番号 | 0987-56-1505 |
| ◎対応している時間 | 平日 (9時00分~17時00分) |
| ◎定休日 | 土、日、祝日 |

(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 | |
| | 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 | 速やかに行政及びご家族報告の上、必要時は損害賠償など対応を行う。 |
| | 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28年4月 結果の開示 ① あり 2 なし |
| | 2 なし | |
| ◎第三者による評価の実施状況 | ① あり | 評価機関名称 国民健康保険連合会 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 |

10. その他

| | | |
|--------------------------------------|---|----------|
| ◎運営懇談会 | ① あり | 開催頻度 年1回 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり | 内容： |
| | 2 代替措置なし | |
| ○提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり（提携ホーム名： ） | |
| | ② なし | |
| ◎有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出 | ① あり 2 なし | |
| | 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により届出不要 | |
| ◎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 | |
| | <input type="checkbox"/> 居室が個室でない（ <input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） | |
| | <input type="checkbox"/> 一般居室の面積が10.65㎡未満（ <input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） | |
| | <input type="checkbox"/> 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）

※ _____ 様

※ 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。

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

◎事業主体が県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | | | 事業所等の名称 | 所在地 |
|------------------------------|----|----|------------------|---------------|
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | ヘルパーステーションはいびすかす | 日南市北郷町北河内5754 |
| 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 | デイサービスはいびすかす | 日南市北郷町北河内5754 |
| 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 | ヘルパーステーションはいびすかす | 日南市北郷町北河内5754 |
| 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 | デイサービスはいびすかす | 日南市北郷町北河内5754 |
| 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

| 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 |
|----------------------------------|----|----|----|----|-----------|-------------------|
| 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | | | | | 備 考 |
| 介護サービス | | | 包含 | 都度 | （料金） | |
| 食事介助 | なし | あり | ○ | | | 個別の対応の場合、訪問介護利用 |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | ○ | | | 個別の対応の場合、訪問介護利用 |
| おむつ代 | なし | あり | | ○ | 実費 | 別途 料金表参照 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | | | | |
| 特浴介助 | なし | あり | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | ○ | | | 個別対応の場合、訪問介護利用 |
| 機能訓練 | なし | あり | | | | |
| 通院介助（協力医療機関） | なし | あり | | ○ | 1回 1,000円 | ご家族が対応困難な場合、施設対応 |
| 通院介助（協力医療機関以外） | なし | あり | | ○ | 1回 1,000円 | ご家族が対応困難な場合、施設対応 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | ○ | | | 無料対応（週1回、15分程度） |
| リネン交換 | なし | あり | ○ | | | リネン費委託 月 1,960円 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | | ○ | 4,000円 | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | ○ | | | 体調不良時のみ |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | あり | ○ | | | 糖尿病食、刻み食等特別食には対応可 |
| おやつ | なし | あり | ○ | | | |
| 理美容師による理美容サービス | なし | あり | | ○ | 1回 1,500円 | 委託 隔週月曜訪問 |
| 買い物代行（通常の利用区域） | なし | あり | ○ | | | |
| 買い物代行（上記以外の区域） | なし | あり | ○ | | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | ○ | | | ご家族対応困難な場合、施設対応 |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | ○ | | | 原則、御家族・本人管理 |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | ○ | | | 年1回実施 |
| 健康相談 | なし | あり | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | ○ | | | 個別対応の場合、訪問介護利用 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | ○ | | | ご家族対応困難な場合、施設対応 |
| 入退院時の同行（協力医療機関） | なし | あり | | ○ | 1回 1,000円 | |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外） | なし | あり | | ○ | 1回 1,000円 | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | ○ | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | ○ | | | |

※上記のサービスに関しては、制度の変更等により、変更させて頂く場合がありますのでご了承ください。