

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	2022年 10月 1日
記入者名	中山 剛	所属・職名	管理者

1. 設置者概要

設置者の名称，所在地および連絡先			
設置者の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり 株式会社
	名 称	(ふりがな) へいわこうさんかぶしきがいしゃ	
		平和興産株式会社	
設置者の所在地	〒 041-0806 函館市美原2丁目8-23		
設置者の連絡先	電話番号	0138-46-1500	
	FAX番号	0138-46-9222	
	ホームページアドレス	なし	
		<input checked="" type="checkbox"/> : <a href="https://heiwakousan.co.jp/">https://heiwakousan.co.jp/</a>	
設置者の氏名および職名	氏 名	石田 勝義	
	職 名	代表取締役	
設置者の設立年月日	1989年2月1日		

設置者が函館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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし	
通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし	
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> なし	
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/> なし	
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし	
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> なし	
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし	
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>			
国基準訪問型サービス	あり	<input type="checkbox"/> なし	
訪問型サービスA	あり	<input type="checkbox"/> なし	
国基準通所型サービス	あり	<input type="checkbox"/> なし	
通所型サービスC	あり	<input type="checkbox"/> なし	
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>			
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護医療院	あり	<input type="checkbox"/> なし	

## 2. 施設概要

施設の名称, 所在地および連絡先	
施設の名称	(ふりがな) ちいきみっちやくがたとくていしせつ へいわのもりみはら 地域密着型特定施設 平和の森美原
施設の所在地	〒041-0806 函館市美原3丁目53番30号
施設の連絡先	電話番号 0138-47-8899
	FAX番号 0138-47-8844
	ホームページ なし
	アドレス <input checked="" type="checkbox"/> : <a href="https://heiwakousan.co.jp/heivanomori/c-heivanomori_m.html">https://heiwakousan.co.jp/heivanomori/c-heivanomori_m.html</a>
施設の開設年月日	2010年11月1日
施設長の氏名	長原 由紀子
施設までの主な利用交通手段	
函館バス昭和ターミナルバス停より徒歩で約5分	
施設の類型および表示事項	
類型	地域密着型特定施入居者生活介護
表示事項	サービス付き高齢者向け住宅
介護保険事業所番号	0191400167
特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の事業の開始年月日または開始予定年月日，指定または許可を受けた年月日（指定または許可の更新を受けた場合にはその年月日）	
事業の開始（予定）年月日	2010年11月1日
指定の年月日	2010年10月29日
指定の更新年月日	平成28年10月28日

### 3. 従業者に関する事項

#### 職種別の従業者の人数およびその勤務形態

##### 有料老人ホームの従業者の人数およびその勤務形態

実 人 員	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	1
生活相談員		1			1	1
看護職員	1		2		3	1.5
介護職員	11		9		20	13.5
機能訓練指導員			1		1	0.7
計画作成担当者	1				1	1
栄養士						
調理員	2		3		5	3.1
事務員						
その他従事者						

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40

※ 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	1			
介護福祉士	4		2	
実務者研修			2	
介護職員初任者研修	4		5	
介護支援専門員				

##### 従事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				
看護師および准看護師			1	
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				
はり師				
きゅう師				

##### 夜勤を行う看護職員および介護職員の人数

人数	夜勤帯平均時間	最小人数
	(16時30分～9時30分)	(休憩等を除く)
看護職員	0	0
介護職員	2	2

特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数およびその勤務形態

有料老人ホームの従業者の人数およびその勤務形態

実 人 員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
生活相談員		1			1	1
看護職員	1		2		3	1.5
介護職員	11		9		20	13.5
機能訓練指導員			1		1	0.7
計画作成担当者	1				1	1
その他従事者	2		3		5	3.1

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40

※ 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	1			
介護福祉士	4		2	
実務者研修			2	
介護職員初任者研修	4		5	
介護支援専門員				

従事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				
看護師および准看護師			1	
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				
はり師				
きゅう師				

施設長の他の職務との兼務の有無

施設長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 介護支援専門員
---------------------	----	----	-------------------

特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員および介護職員の常勤換算方法による人数の割合

1.7:1

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	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			5	1	1	
前年度1年間の退職者数			5	3		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			2			
1年以上3年未満者の人数						
3年以上5年未満者の人数			1	1		
5年以上10年未満者の人数			4	3		
10年以上の者の人数	1	2	4	5	1	
	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年未満者の人数						
3年以上5年未満者の人数						
5年以上10年未満者の人数						
10年以上の者の人数			1	1		
従業者の健康診断の実施状況					あり	なし

#### 4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
<p>1 域密着型特定施設入居者生活介護の提供に当たって、事業所の管理者等は、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要介護状態となった場合でも、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援助を行う。</p> <p>2 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>			
介護サービスの内容、利用定員等			
利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況		別紙	
特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の加算体制の有無			
入居継続支援加算	あり	<input type="checkbox"/>	なし
生活機能向上連携加算	あり	<input type="checkbox"/>	なし
個別機能訓練加算	あり	<input type="checkbox"/>	なし
夜間看護体制加算	あり	<input type="checkbox"/>	なし
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/>		なし
医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/>		なし
口腔衛生管理体制加算	あり	<input type="checkbox"/>	なし
栄養スクリーニング加算	あり	<input type="checkbox"/>	なし
退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/>		なし
看取り介護加算	あり	<input type="checkbox"/>	なし
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	あり	<input type="checkbox"/>	なし
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	あり	<input type="checkbox"/>	なし
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	あり	<input type="checkbox"/>	なし
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	あり	<input type="checkbox"/>	なし
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	あり	<input type="checkbox"/>	なし
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	<input checked="" type="checkbox"/>		なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	<input type="checkbox"/>	なし
協力医療機関の名称	西堀病院、新都市病院、ケアプラザ新函館・たけだクリニック、 亀田北病院、北美原クリニック、吉田眼科病院		
(協力の内容)	入居者が通院又は入院を必要とする状況が発生した場合に協力する。		
協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	その名称 つるが歯科
(協力の内容)	入居者の要望に応じて可能な限り診療に応じる。		
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	全て個室の為、自室にて対応する。		

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)

全て個室の為自室で対応する。

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)

自室で対応する為、変更等は無い。

前払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

従前の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)

全て個室の為自室で対応する。

介護室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

自室で対応する。

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)

自室で対応する為、変更等は無い。

前払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

従前の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 ( )		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
判断基準・手続について			
(その内容)			
追加的費用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
居室利用権の取扱い			
(その内容)			
前払金償却の調整の有無		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無		なし	あり
従前の居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 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等			
自立している者を対象		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
要支援の者を対象		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
要介護の者を対象		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
留意事項			
契約の解除の内容	賃貸契約書第14条及び第15条に記載		
設置者からの解約	解約条項	賃貸契約書第14条に記載	
	解約予告期間	事業所が相当の期間を定めて義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されない場合は10日以上前までに書面による通知によって本契約を解除する。	
入居者からの解約	解約予告期間	解約日の30日前	
体験入居の内容	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 食事、入浴、レクリエーション等 )	
	2	なし	
入居定員	29人		
その他			

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）

	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						
65歳以上75歳未満		1				1
75歳以上85歳未満	2	1	2	1		6
85歳以上	4	5	5	3	1	18
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						

入居者の平均年齢 89.1歳

入居者の男女別人数 男性 7 女性 18

入居率（一時的に不在となっている者を含む） 96.6%

前年度の有料老人ホームまたは軽費老人ホームを退去した者の人数

	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		1				1
社会福祉施設						
医療機関	1		1			2
死亡者	1			1	1	3
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	5		13	5	2	

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			<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	
	建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物			あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
消防用設備等	消火器			<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	
	カーテン・カーペット等の防災措置			<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	
	自動火災報知設備			<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	
	消防機関へ通報する火災報知装置			<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	
	スプリンクラー			<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	
	防火管理者			<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	
	防災計画			<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	
居室の状況	区 分			室 数	人 数	1の居室の床面積
	居室個室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	29	29	18 m <sup>2</sup>
	居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
	一時介護室	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
共用便所の設置数	0	うち車椅子等の対応が可能な数			0	
個室便所の設置数	29	うち車椅子等の対応が可能な数			29	
浴室の設備状況	浴室の数	個 浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		1	1	0	1	
入居者が調理を行う設備状況				なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
エレベーターの設置状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応)	2 あり (車いす対応)				
	3 あり (上記1・2に該当しない)	4 なし				
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり			
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり			
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり			
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積 1,821.95m <sup>2</sup>						
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり		
抵当権の設定		なし		<input checked="" type="checkbox"/> あり		
貸借 (借地)						
<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新			なし			
施設の建物に関する事項						
建物の面積 1,313.27m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム部分 m <sup>2</sup> )						
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり		
抵当権の設定		なし		<input checked="" type="checkbox"/> あり		
貸借 (借家)						
<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新			なし			

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

設置者や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

窓口の名称	地域密着特定施設 平和の森美原 施設長または管理者		
電話番号	0138-47-8899		
対応している時間	平日	8時30分～17時30分	
	土曜	休	
	日曜・祝祭日	休	
定休日等	土曜日、日曜日		

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	地域密着特定施設 平和の森美原 介護職員		
電話番号	0138-47-8899		
対応している時間	平日	8時30分～17時30分	
	土曜	8時30分～17時30分	
	日曜・祝祭日	8時30分～17時30分	
定休日等	無し		

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"/> あり	(その内容) ・損保ジャパンの賠償責任保険に加入している
----	--	---------------------------------

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

<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	(その内容)
--	----	--------

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容) ・利用者様に合わせたケアを実施します。  
・日常的なレクリエーションや季節に応じた行事を行い、心身のリフレッシュに加え、身体機能の低下を防止するなど多目的な活動を行います。

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、意見箱等利用者等の意見等を把握する取組の状況

<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	実施した年月日		
		当該結果の開示状況	なし	あり

第三者による評価の実施状況

<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	実施した年月日		
		実施した評価機関の名称		
		当該結果の開示状況	なし	あり

5. 利用料金

利用料の支払い方式	(1) 前払い方式	(2) <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	(3) 選択方式
敷金	0円 (家賃の 0ヶ月分)		
(1) 前払い方式			
前払金および月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	なし		
要介護状態に応じた金額設定	なし		
料金プラン			
プラン名 称	前払金	月額	(内訳)
		計	家賃 相当額      介護 費用      食費      光熱 水費      管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠	家賃 相当額		
	介護 費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
	前払金		
	前払金の償却に関する事項		
償却開始の設定	入居日		
初期償却率 (%)			
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			
権利金等 (※) の額			
(※) 平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。			
償却年月数 (想定居住期間)			
契約期間終了時返還金の算定方法および返還金の例			
保全措置の実施状況	なし      あり      (保全先)		
三月以内の契約終了による返還金について			
三月の起算日	入居日		
契約終了日までの利用期間に係る利用料および原状回復のための費用の算定方法			
前払金の支払方法			

(2) 月払い方式

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> なし	あり
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> なし	あり

料金プラン

プラン名称	月額	(内訳)				
		家賃額 相当額	介護 費用	食費	光熱 水費	管理費等
夏季 (5月~9月)	119,386円	30,000円		50,610円	25,576円	13,200円
冬季 (10月~4月) 暖房費15,676円	135,062円	30,000円		50,610円	25,576円	13,200円

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

算定根拠	家賃 相当額	30,000円
	介護 費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
	食費	1ヵ月50,610円
	光熱水費	1ヵ月25,576円。冬季 (10月~4月は暖房費として15,676円)
	管理費	日用品費5,500円+管理費7,700円

(3) 選択方式

介護保険サービスの自己負担額

内容	※要介護度に応じて介護費用における保険負担割合証記載の割合分を徴収する。
----	--------------------------------------

人員が手厚い場合のサービス(再掲)	<input type="checkbox"/> なし	あり
-------------------	-----------------------------	----

内容	
利用料	円 ( 月額 ・ 日額 )
算定根拠	
支払方法	月単位 (日割りの有無 あり ・ なし )

利用者の個別的な選択による生活支援サービス料

個別的な選択による生活支援サービス	なし	<input type="checkbox"/> あり
算定根拠	料金表に記載	

料金改定の手続

物価の状況、人件費等を考慮し、運営推進会議会議で意見を求めた上で変更する。

6. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	公開していない
運営規程	入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	公開していない
事業収支計画書	入居希望者に公開	入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	入居希望者に公開	入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	入居希望者に公開	入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない

7. その他

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	<input type="checkbox"/> あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
<input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> あり	(その内容)	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

入居者 \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

説明者 \_\_\_\_\_

※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。

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

利用者署名 \_\_\_\_\_

(代筆者署名 \_\_\_\_\_)

身元引受人署名 \_\_\_\_\_

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		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
介護サービス							
食事介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
排泄介助・おむつ交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
特浴介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
機能訓練	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	片道 圏内880円 圏外1,320円
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	片道 圏内880円 圏外1,320円
生活サービス							
居室清掃	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	週2回目以降1回につき550円
リネン交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	週2回目以降1回につき550円
日常の洗濯	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	週2回目以降1回につき550円
居室配膳・下膳	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	食費に含む
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実費
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	週3回目以降1回につき550円
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	週3回目以降1回につき550円
役所手続き代行	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	希望により自費で実施
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	なし	あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	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	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	片道 圏内880円 圏外1,320円
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	30分ごとに1,100円
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	30分ごとに1,100円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	1回1,650円
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	