

重要事項説明書

記入年月日	2024.11.01
記入者名	松本 聡美
所属・職名	介護看護事業部 主任

※ 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」の一部改正について(令和4年8月18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3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3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
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃみらいさいふくしかい 株式会社みらいさい福祉会	
主たる事務所の所在地	〒390-0312 長野県松本市岡田松岡401番地3	
連絡先	電話番号	0263-50-7887
	FAX番号	0263-50-6624
	メールアドレス	kaigo@miraisai.co.jp
	ホームページアドレス	http://miraisai.co.jp
代表者	氏名	御小柴 普介
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成22年6月25日	
主な実施事業	※別添1(別を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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむあいこうえんまつもと 住宅型有料老人ホーム 愛光苑まつもと	
所在地	〒390-0303 長野県松本市浅間温泉1丁目28番22号	
主な利用交通手段	最寄駅	松本駅
	交通手段と所要時間	JR 松本駅よりバス約30分。 アルピコバス浅間線「下浅間」バス停下車 徒歩1分。
連絡先	電話番号	0263-87-7123
	FAX番号	0263-87-7760
	メールアドレス	kaigo@miraisai.co.jp
	ホームページアドレス	http://miraisai.co.jp
管理者	氏名	柳沢 久美
	職名	管理者
建物の竣工日		平成25年3月21日
有料老人ホーム事業の開始日		平成25年4月15日

(類型)【表示事項】

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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	県(市)
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日(直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,850.56㎡(実測)				
	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(<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)				
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
建物	延床面積	全体	1,585.92㎡			
		うち、老人ホーム部分	1,585.92㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他()				
居室の状況	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(<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)					
	抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成25年3月22日～平成50年3月21日) 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室(縁故者個室を含む)				
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	15.18㎡	28	一般居室個室
	タイプ2	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.52㎡	21	一般居室個室
	タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			

	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	5か所	うち男女別の対応が可能な便房		0か所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		5か所	
	共用浴室	2か所	個室		1か所	
			大浴場		1か所	
	共用浴室における 介護浴槽	2か所	チェアー浴		1か所	
			リフト浴		0か所	
			ストレッチャー浴		1か所	
			その他(個浴)		0か所	
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				
緊急通報装 置等	居室 ① あり ② 一部あり ③ なし	便所 ① あり ② 一部あり ③ なし	浴室 ① あり ② 一部あり ③ なし	その他() ① あり ② 一部あり ③ なし		
その他	見守りカメラ:共用部設置(正面玄関1台、1階廊下7台、1階食堂2台、事務室1台、2階廊下6台、2階食堂2台)					

4. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	雰囲気の良い施設にします。
サービスの提供内容に関する特色	各々のケアプランに即し、親切で丁寧な心を込めたサービスに徹します。
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ため省略

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他()		
協力医療機関	1	名称	医療法人村のふくろう 小見山医院	
		住所	長野県松本市岡田松岡512-1	
		診療科目	内科、循環器内科、消化器内科	
		協力科目	内科、循環器内科、消化器内科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
			診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	2	名称	社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院	
		住所	長野県松本市本庄2-5-1	
		診療科目	内科、精神神経科、脳神経外科、循環器内科、他	
		協力科目	内科、精神神経科、脳神経外科、循環器内科、他	
協力内容		入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり		
		医療機関の名称	
		医療機関の住所	
	2 なし		
協力歯科医療機関	1	名称	井上歯科医院
		住所	長野県松本市中央3丁目8番2号
		協力内容	入居前歯科診断、口腔内健康維持指導、診察

(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ため省略

(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	施設内において判定会議を実施し、入居の判断を行います。	
契約の解除の内容	入居契約書第27条から第29条で規定。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第28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	1 あり(内容:1日あたり2,000円、1泊可。食費・入浴費用別途) 2 なし	
入居定員	49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	
生活相談員	20	0	20	
直接処遇職員	0	0	0	
介護職員	0	0	0	
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	0	0	0	
事務員	1	0	1	
その他職員	1	0	1	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				
<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	0	0	0
介護福祉士	0	0	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	0	0	0
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
はり師	0	0	0
きゅう師	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30分～翌8時30分)		
	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	0人	0人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)※特定施設ではないため省略

(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						
			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	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	4	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	0	0	4	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況			① あり 2 なし				採用時に	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	
年齢に応じた金額設定	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 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	利用料金に対する租税その他の負担の増減により、物価の上昇もしくは低下その他経済事情の変動により、又は近傍同種の利用料に比較して不相当となったとき。
	手続き	運営懇談会による説明を経て改定。

(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	3	5	
	年齢	75歳	85歳	
居室の状況	床面積	15.1㎡	13.5㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	116,000円	106,000円	
月額費用の合計		153,402円	148,402円	
家賃		58,000円	53,000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	61,260円	61,260円
		管理費	26,000円	26,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	5,000円	5,000円
その他	3,142円	3,142円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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)</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	月額利用料として。
敷金	家賃の2か月分
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 ^{※1}	事務員の人件費、その他入居者サービスをしていくにあたっての運営維持経

	費として、事務用品・消耗品費、共用施設等の維持・管理費、共用部の光熱水費、交通費、通信費。
食費	食材費、調理員人件費、 朝食:544 円、昼食:694 円、おやつ:110 円、夕食:694 円。
光熱水費等※2	冬季(11月～3月)は冬季暖房費が必要。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2(個別選択による介護サービス一覧表)
その他のサービス利用料	1週間に1回、交換用寝具の提供費用。 エンゼルケア(ご逝去後の処置) 10,800 円
※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。 ※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金(入居者が居室に設置する場合の受信料等)等を明記すること。	

(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ため省略

(前払金の受領)※前払金を受領していないため省略

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	9人
	女性	39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	5人
	85 歳以上	39人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	10人
	要介護2	13人
	要介護3	8人
	要介護4	13人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上1年未満	10人
	1年以上5年未満	24人

	5年以上 10年未満	3人
	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.4歳
入居者数の合計	48人
入居率※	98%
※ 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	2人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	7人
	死亡	10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	13人
		(解約事由の例) 自宅、特養等へ転居のため。 退院の目途が経たないため。

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		愛光苑まつもと苦情対応窓口
電話番号		0263-87-7123
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日祝日、年末年始(12月30日~1月3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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)あいおいニッセイ同和損保 施設所有者賠償責任保険
---------------	--	-----------------------------------

	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	2024年9月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	担当者の配置	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと	
	1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録
<input type="checkbox"/> なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり(提携ホーム名:) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	1 あり <input type="checkbox"/> なし	

合致しない事項	
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)

ご入居者(予定)の氏名

氏名 _____

説明を受けた方の署名

氏名 _____

説明年月日 令和 年 月 日

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。

別添1 事業主体が松本市内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類			併設・隣接 の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	愛光苑すぎか	須崎市上町
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接	愛光苑松本サポートセンター	松本市浅間温泉
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	愛光苑ケアマネセンター	松本市蟻ヶ崎
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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

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)		備考			
					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				別途定期巡回随時対応型訪問介護看護の契約により必要な介護サービスを受ける事ができます。介護保険外サービス、別途料金にて販売します。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり				
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり				
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○	3,142円	1週間に1回のリネン提供で月額3,142円。(交換費用は別途となります)
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			
日常生活費	なし	あり	なし	あり		○	110円	月額110円で洗濯洗剤、全身泡シャンプーを提供します。
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			原則食堂での食事となります。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり		○	110円	
理美容師による理美容サービス			なし	あり				外部美容師の訪問により対応します。
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	3,520円	1時間当たり3,520円です
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	3,520円	1時間当たり3,520円です
金銭・貯金管理			なし	あり	○			現金のみ、個別上限額の範囲内で対応します。
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	個人別料金	年1回、協力医療機関を紹介します。
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	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				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	3,520円	1時間当り3,520円、協力医療機関は無料となります。

入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	3,520 円	1 時間当たり 3,520 円で行います。
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3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。