

重要事項説明書

記入年月日	2021年9月9日
記入者名	金高 太郎
所属・職名	施設長

※ 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（平成 23 年 10 月 7 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 4 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 4 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	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃえむおーていー 株式会社 MOT	
主たる事務所の所在地	〒342-0061 埼玉県吉川市中央一丁目 12 番地 3	
連絡先	電話番号	048-961-8401
	FAX番号	048-961-8402
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	大谷哲也
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成・令和 23年 6月 22日	
主な実施事業	※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) らふえすたよしかわみなみ ラフェスタ吉川美南	
所在地	〒342-0035 埼玉県吉川市高久 1-31-9	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 武蔵野線 吉川駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・吉川駅南口⑦バス乗り場①番バス停より新三郷西口行き乗車→高久下車徒歩 2 分 ②徒歩 ・吉川駅南口から徒歩 15 分
連絡先	電話番号	048-983-3777
	FAX番号	048-983-3776
	ホームページアドレス	http://lafesta-group.com
管理者	氏名	金高 太郎
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成・令和 27年 8月21日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 27年 9月 1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) 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	1176400727
	指定した自治体名	埼玉県 (市)
	事業所の指定日	平成・令和 27年 10月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成・令和 3年 10月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1777.17 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 (普通賃借)・定期賃借)	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
契約期間	1 あり (2015年9月1日～2040年8月31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	1412.08 m ²
		うち、老人ホーム部分	1412.08 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 (普通賃借)・定期賃借)	
抵当権の設定		1 あり 2 なし	
契約期間	1 あり (2015年9月1日～2040年8月31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	1 全室個室 (縁故者居室を含む)	
	【表示事項】	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	18.15 m ²	37	一般居室個室
タイプ2	有/無	有/無	29.47 m ²	1	一般居室相部屋
タイプ3	有/無	有/無	29.54 m ²	1	一般居室相部屋
タイプ4	有/無	有/無	36.30 m ²	1	一般居室相部屋
タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/無	m ²		
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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1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	2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	ヶ所
			その他（ ）	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			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	本事業は、入居者の意思及び人格を尊重し常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。職員は、利用者が快適に生活できるよう援助すると共に心身の特性を踏まえて能力に応じて自立した生活ができるようサービス計画を立て介護・援助致します。更に、地域との結びつきを重視し総合的なサービスが提供できるよう努め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	入居者様一人ひとりの個別ケアに努め、職員一人ひとりが心身の機能維持の要素を取り入れたレクリエーションの他、散歩や買い物など館外への外出も取り入れ単調になりがちな日常生活を豊かに彩る工夫をいたします。
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場合は省略可能

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	入居継続支援加算	(I)	1 あり ② なし
		(II)	1 あり ② なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり ② なし

	(II)	1 あり (2) なし
個別機能訓練加算	(I)	1 あり (2) なし
	(II)	1 あり (2) なし
ADL維持等加算	(I)	1 あり (2) なし
	(II)	1 あり (2) なし
夜間看護体制加算	(1)	1 あり 2 なし
若年性認知症入居者受入加算		1 あり (2) なし
医療機関連携加算	(1)	1 あり 2 なし
口腔衛生管理体制加算	(1)	1 あり 2 なし
口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり (2) なし
科学的介護推進体制加算		1 あり (2) なし
障害者等支援加算		1 あり (2) なし
L I F E への登録	(1)	1 あり 2 なし
退院・退所時連携加算		1 あり (2) なし
看取り介護加算	(I)	1 あり (2) なし
	(II)	1 あり (2) なし
認知症専門ケア加算	(I)	1 あり (2) なし
	(II)	1 あり (2) なし
サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり (2) なし
	(II)	1 あり (2) なし
	(III)	1 あり (2) なし
介護職員処遇改善加算	(I)	(1) あり 2 なし
	(II)	1 あり (2) なし
	(III)	1 あり (2) なし
	(IV)	1 あり (2) なし
	(V)	1 あり (2) なし
介護職員特定処遇改善加算	(I)	1 あり (2) なし
	(II)	1 あり (2) なし
短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定		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
	2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（入院中の面会、必要物品の準備・お届け等）	
協力医療機関	1	名称	みさと中央クリニック/にしむら内科クリニック
		住所	三郷市中央1-4-13/松戸市上本郷902-5 パークキューブ北松戸1F
		診療科目	内科（胃腸科・循環器科）・外科、肛門科/内科・泌尿器科
		協力科目	内科
		協力内容	訪問診療・往診
	2	名称	吉川中央総合病院
		住所	吉川市平沼111
		診療科目	内科 外科 整形外科 脳神経外科 眼科 皮膚科 耳鼻咽喉科 泌尿器科
		協力科目	同上
		協力内容	外来通院 入院 緊急時などの対応
協力歯科医療機関		名称	西川クリニック歯科室
		住所	東京都足立区東和2-16-3
		協力内容	訪問歯科

(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場合は省略可能

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 介護居室へ移る場合 3 その他（ ）
判断基準の内容	
手続きの内容	

追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり
	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		
契約の解除の内容	サービス付き高齢者向け住宅賃貸借契約書 第10条に相当する場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	サービス付き高齢者向け住宅賃貸借契約書 第10条
	解約予告期間	相当の期間
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	① あり (内容: 1日/8,800円 ※日数相談可) 2 なし	
入居定員	43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) 31			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員	2	2		1
直接処遇職員	22	8	14	16.8
介護職員	18	7	11	13.8
看護職員	4	1	3	3
機能訓練指導員	1		1	0.6
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士				
調理員				
事務員	2	1	1	1.6
その他職員	5		5	2.4
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※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。 ※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	9	3	6
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	8	4	4
介護支援専門員			

(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	1	1
はり師		
きゅう師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (22 時～ 7 時)		
	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	2 人	1 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)	38 : 15.7
※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、	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	

本欄は省略可能)	通所介護事業所の名称	
----------	------------	--

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		<input type="radio"/> 1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="radio"/> 1 あり							
	資格等の名称		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			2	4						
前年度1年間の退職者数			1	3	1					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				2					
	1年以上 3年未満			2						
	3年以上 5年未満			3	3					
	5年以上 10年未満	1			5				1	1
	10年以上		3	2	3					
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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	
	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	要介護度	要介護3	要介護1	
	年齢	85歳	80歳	
居室の状況	床面積	18.15㎡	18.15㎡	
	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	円	円	
	敷金	110,000円	110,000円	
月額費用の合計		180,810円	166,610円	
家賃		55,000円	55,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		20,760円	16,560円
	介護保険外※ ²	食費	37,800円	37,800円
		共益費	47,250円	47,250円
		介護費用	円	円
光熱水費		円	円	

	その他（生活支援サービス費）	(概算) 20,000 円	10,000 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	55,000 円 18.15 m ² /個室
敷金	家賃の 2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。
共益費	47,250 円 (事務管理費・光熱水費含む)
食費	420 円/食×3食/日×30日
生活支援サービス費	リネン代4,400円/月 おやつ108円/日 コインランドリー100円/回 入浴備品1000円/月 オムツ1,500円/1P~ 他
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2参照
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	単位/日×30日 1割負担
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（上乘せサービス）	
※ 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	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日

	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	22人
	5年以上10年未満	7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	84.65歳
入居者数の合計	38人
入居率*	88.4%
※ 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	1人
	医療機関	1人
	死亡者	3人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	1人
		(解約事由の例)・施設での医療的ケアが困難
	入居者側の申し出	2人
		(解約事由の例)・料金的に入居継続困難で他施設へ移設 ・強固な帰宅願望で自宅へ戻られる

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	ラフェスタ吉川美南
-------	-----------

電話番号	048-983-3777	
対応している時間	平日	8:45～17:45
	土曜	8:45～17:45
	日曜・祝日	8:45～17:45
定休日	なし	
窓口の名称	①吉川市役所 長寿支援課 / ②埼玉県東部中央福祉事務所	
電話番号	048-982-5119 (直通) / 048-737-2132 (代表)	
対応している時間	平日	9:00～17:00/8:30～17:45
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	①②ともに土・日・祝祭日	

(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	(その内容) 東京海上日動火災保険 超ビジネス保険
	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	① あり	(その内容) 施設・事業活動遂行事故
	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	意見箱設置
		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	実施日	
		評価機関名称	
	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 <input checked="" type="radio"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	(開催頻度) 年 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:) <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	

するサービス付き高齢者向け住宅の登録	
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	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別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・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			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		
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		
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		
<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		

介護型医療院	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				
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		○	1,500円～	例) 1パック/30枚入り
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		○	2,750円/30分	協力医療機関以外への通院費用
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		○	4,400円/月	寝具一式レンタル代
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	100円/1回	コインランドリー代
居室配膳・下膳	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	あり		○	実費	
おやつ			なし	あり		○	108円/1食	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	3,300円/カット	カラー・パーマ別途料金
買い物・役所手続き等代行	なし	あり	なし	あり		○	2,200円/1回	市内近郊

消耗品	なし	あり	なし	あり		○	実費	入浴備品 1,000 円/月 他
金銭・貯金管理			なし	あり		○	無料	30,000 円以内
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年 2 回
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		○	2,750 円 /30 分	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	2,750 円 /30 分	緊急時は無料、付添人なし時のみ有料で対応
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	2,750 円 /30 分	身寄りのいない方のみ対応
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	2,750 円 /30 分	身寄りのいない方のみ対応

※ 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。