

重要事項説明書

記入者名	桜井 政広	記入年月日	平成 27 年 7 月 1 日
		所属・職名	気まま館川口 施設長

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人の種類	株式会社	
	名称 アビリティーズ ・ケアネット株式会社	(ふりがな) あびりていーず ・けあねっとかぶしきがいしゃ	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒151-0053		
	東京都渋谷区代々木四丁目 30 番 3 号 新宿ミッドウエストビル		
事業主体の連絡先	電話番号	03-5388-7200	
	F A X 番号	03-5388-7502	
	ホームページ アドレス	なし あり : http://www.abilities.jp/	
事業主体の代表者の 職名及び氏名	職名	代表取締役	
	氏名	伊東 弘泰	
事業主体の設立年月日	昭和 41 年 6 月 11 日		

事業主体が埼玉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	アビリティーズ ・デイサービス川口 埼玉県川口市 飯塚 3-8-17
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	アビリティーズ ・ケアネット株式会社 さいたま営業所 埼玉県川口市 飯塚 3-8-17
特定福祉用具販売	あり	なし	アビリティーズ ・ケアネット株式会社 さいたま営業所 埼玉県川口市 飯塚 3-8-17
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし	
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	
複合型サービス	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	アビリティーズ ・デイサービス川口 埼玉県川口市 飯塚 3-8-17
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	アビリティーズ ・ケアネット株式会社 さいたま営業所	埼玉県川口市 飯塚 3-8-17
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	アビリティーズ ・ケアネット株式会社 さいたま営業所	埼玉県川口市 飯塚 3-8-17
<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		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先	
施設の名称	(ふりがな) あびりていーず・きままかんかわぐち アビリティーズ・気まま館川口
施設の所在地	〒332-0023 埼玉県川口市飯塚3丁目8番17号
施設の連絡先	電話番号 048-240-0300
	FAX番号 048-240-0301
	ホームページ なし
	アドレス <u>あり</u> : http://www.abilities.jp/
施設の開設年月日	平成19年10月1日
施設の管理者の職名及び氏名	職名 施設長
	氏名 桜井 政広
施設までの主な利用交通手段	
JR 京浜東北線 川口駅西口から約640m	
施設の類型及び表示事項	介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護） 居住の権利形態⇒利用権方式 利用料支払方式⇒月払い方式 入居時要件⇒入居時自立・要支援・要介護 介護保険⇒埼玉県指定介護保険特定施設（一般型特定施設） 介護居室区分⇒全室個室 職員体制⇒2.5:1以上
介護保険事業所番号	1170203739
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日（指定又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	平成19年11月1日
指定の年月日	平成19年11月1日
指定の更新年月日	平成25年11月1日

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

実人数	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	
生活相談員	1				1	1.0
看護職員	1				1	1.0
介護職員	10	2	4		16	14.3
機能訓練指導員				1	1	
計画作成担当者		1			1	
栄養士				1	1	
調理員						
事務員		1			1	
その他従業者						

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40時間

※ 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				
介護福祉士	5	2	3	
介護職員基礎研修	2			
訪問介護員1級	1		1	
訪問介護員2級	8	1	3	
訪問介護員3級				
介護支援専門員		1	1	

従業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				
看護師及び准看護師				1
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

人数	夜勤帯平均人数 (時～ 時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員 2	21:00～7:00	1

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	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	1.0
看護職員	1				1	1.0
介護職員	10	2	4		16	14.3
機能訓練指導員				1	1	
計画作成担当者		1			1	
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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						
介護福祉士	5	2	3			
介護職員基礎研修	2					
訪問介護員1級	1		1			
訪問介護員2級	8	1	3			
訪問介護員3級						
介護支援専門員		1	1			
従業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						
看護師及び准看護師					1	
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無					あり	なし
管理者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		介護福祉士	
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合					2.5 : 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			1			
前年度1年間の退職者数			1			
業務に従事した経験年数	/		/		/	
1年未満の者の人数			2	1		
1年以上3年未満の者の人数			2			
3年以上5年未満の者の人数			5	1		
5年以上10年未満の者の人数	1		3	2	1	
10年以上の者の人数						
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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年未満の者の人数		1				
3年以上5年未満の者の人数				1		
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
高齢者の自立と尊厳の保持を最優先とし、利用者の立場にたったサービスの提供をおこなう。			
介護サービスの内容、利用定員等			
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり	
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙		
協力医療機関の名称(1)	医療法人寿康会 寿康会病院		
(協力の内容)	①救急搬送の受け入れ及び診療・治療 ②入院治療の受け入れ ③訪問診療		
協力医療機関の名称(2)	金山町たたら内科		
(協力の内容)	①訪問診療 ②緊急時の相談		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 ラビット歯科
(協力の内容)	①訪問歯科診療		
要介護時における居室の住替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			

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)		
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)		
入居一時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
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
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)		
入居一時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
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

その他 ()		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		なし	あり
居室利用権の取扱い			
(その内容)			
入居一時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
台所の変更の有無		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			
自立している者を対象		なし	あり
要支援の者を対象		なし	あり
要介護の者を対象		なし	あり
留意事項	共同生活を営むことが可能であること 伝染性疾患に罹っていないこと		
契約の解除の内容	① 当社からの解除・・・虚偽申告等不正手段による入居。管理費等の支払を正当な理由なく2ヶ月間遅滞した場合。入居契約書に掲げる館内での禁止事項に違反した場合。他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、他に対処方法がない場合。 ② 入居者からの解除・・・30日前の解約申し出による場合。 ③ 入居者の死亡による解除。		
体験入居の内容	最長6泊7日。1泊3食(おやつ含む) 介護付10,800円(税込)		
入居定員	30名		
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						
75歳以上85歳未満		1			1	2
85歳以上	1	2	2	5	2	12
	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	88.7					
入居者の男女別人数	男性	2		女性		12
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						46.6%

前年度に退去した者の人数

	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						
社会福祉施設						
医療機関					1	1
死亡者	1		2	2	1	6
その他			1	1		2
	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	1		1	8	4	

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			なし	あり	
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物			なし	あり	
居室の状況	区分			室数	人数	1の居室の床面積
	一般居室個室	あり	なし			m ²
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²
	介護居室個室	あり	なし	1		23.59 m ²
				1		22.40 m ²
				4		17.92 m ²
				18		15.00 m ²
				1		15.06 m ²
				5		13.87 m ²
介護居室相部屋	あり	なし			m ²	
一時介護室	あり	なし			m ²	
共用便所の設置数	4	うち男女別の対応が可能な数			0	
		うち車いす等の対応が可能な数			4	
個室の便所の設置数	15	個室における便所の設置割合			50%	
		うち車いす等の対応が可能な数			15	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		2	0	1	1	
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況						
入居者等が調理を行う設備状況		なし		あり		
その他、共用施設の設備状況						
なし		あり		(その内容)		
バリアフリーの対応状況						
(その内容)						
手すりの設置、段差解消						
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり			
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり			
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり			
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積	998.82 m ²					
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり			
抵当権の設定			なし	あり		
貸借 (借地)						
なし	あり	契約期間	始	終		
			契約の自動更新	なし	あり	
施設の建物に関する事項						
建物の構造						
建物の延床面積		1,509.33 m ²				
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり			
抵当権の設定			なし	あり		
貸借 (借家)						
なし	あり	契約期間	始	平成13年3月29日	終	
			契約の自動更新	なし	あり	
				平成33年3月28日		

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

事業主体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	① アビリティーズ・気まま館川口 施設長 ② アビリティーズ・ケアネット本社 お客様相談室	
電話番号	①048-240-0300 ②0120-87-5910	
対応している時間	平日	①② 9時～17時
	土曜	①9時～17時 ②休
	日曜・祝日	①② 休
定休日等	上記の他、年末・年始	

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	① 川口市 介護保険課 ② 埼玉県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情対応係	
電話番号	①048-259-7293 ②048-824-2568	
対応している時間	平日	8時30分～正午、13時～17時
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日等	上記の他、年末・年始	

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	あり	(その内容) 三井住友海上火災保険株式会社 専門事業者賠償責任保険 (身体・財物への損害を補償する。)
----	----	--

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事

なし	あり	(その内容) ・介護保険保険者への報告を行う。 ・本社と連携をとり、被害者への対応を行う。
----	----	--

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容) 自立と尊厳の保持を最優先とし、利用者の立場にたったサービスの提供をおこなう。
--

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

なし	あり	実施した年月日	平成27年5月24日の運営懇談会において意見聴取。	
		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

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

利用料の支払い方法	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	360,000円～642,000円(家賃の6ヶ月分)		
一時金方式			
一時金及び月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	なし	あり	
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり	
料金プラン			
プラン名称	一時金	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		
	一時金		
一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定	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)			
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
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及び現状回復のための費用の算定方法			
一時金の支払方法			

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	なし				
要介護状態に応じた金額設定	あり		介護費用 (生活サポート費)		
料金プラン					
プラン名称	月額	(内訳)			
	計	家賃相当額	介護費用 (生活サポート費)	食費	管理費
Aタイプ (居室面積) 13.87㎡ トイレなし	232,690～ 270,490	60,000	5,400～43,200	68,040	99,250
Bタイプ (居室面積) 15.00㎡ ・15.06㎡トイレなし	234,690～ 272,490	62,000	5,400～43,200	68,040	99,250
Cタイプ (居室面積) 15.00㎡	254,690～ 292,490	82,000	5,400～43,200	68,040	99,250
Dタイプ (居室面積) 17.92㎡	269,850～ 307,650	95,000	5,400～43,200	68,040	101,410
Eタイプ (居室面積) 22.40㎡	280,010～ 317,810	103,000	5,400～43,200	68,040	103,570
Fタイプ (居室面積) 23.59㎡	285,090～ 322,890	107,000	5,400～43,200	68,040	104,650
※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	近隣の家賃等および居室の広さ、条件を勘案して設定 (非課税)
	介護費用	「入居者：介護職員及び看護職員」の比率が「2.5：1」を満たす手厚い介護費 (生活サポート費) ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
	食費	食材費、人件費、厨房重機、清掃、衛生等の費用から算出
	光熱水費	居室水道代・居室電気代は管理費に含む。
	管理費	建物、設備管理に係わる費用、建物共有部分に係る光熱費、職員人件費等から算出。

一時金方式・月払い方式共通

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の1割を徴収する。	
人員配置が手厚い場合の介護サービス (再掲)		なし あり
内容	「入居者：介護職員及び看護職員」の比率が「2.5：1」を満たす手厚い介護費 (生活サポート費)	
利用料	要介護度に応じて5,400円～43,200円 (月額)・日額)	
算定根拠	必要人件費等より算出	
支払い方法	月単位 (日割り計算の有無) 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利用料		
個別的な選択による生活支援サービス		なし あり
算定根拠	必要経費によって金額の算出を行っている。	
料金改定の手続		

6. 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 checked="" type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 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="radio"/> なし		
<input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) ・土地建物に根抵当権が設定されている。 ・一部の居室において有効面積 13.2 m ² に未達である。	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ 様

説明年月日 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。

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	特定施設入居者生活介護費、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	あり	あり	あり	自立、要支援または要介護度別のサービス内容および別途利用料を徴収する場合は、別途作成する「介護サービス等の一覧表（気ままま館川口）」による。
排泄介助・おむつ交換	あり	あり	あり	
おむつ代	なし	なし	なし	
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	あり	あり	
特浴介助	あり	あり	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	あり	あり	あり	
機能訓練	あり	あり	あり	
通院介助（協力医療機関）	あり	あり	あり	
通院介助（協力医療機関以外）	あり	あり	あり	
生活サービス				
居室清掃	なし	なし	なし	自立、要支援または要介護度別のサービス内容および別途利用料を徴収する場合は、別途作成する「介護サービス等の一覧表（気ままま館川口）」による。
リネン交換	あり	あり	あり	
日常の洗濯	なし	なし	なし	
居室配膳・下善	あり	あり	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	あり	あり	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	なし	なし	
買い物代行（上記以外の区域）	なし	なし	なし	
役所手続き代行	なし	なし	なし	
金銭・貯金管理	なし	なし	なし	
健康管理サービス				
定期健康診断	あり	あり	あり	自立、要支援または要介護度別のサービス内容および別途利用料を徴収する場合は、別途作成する「介護サービス等の一覧表（気ままま館川口）」による。
健康相談	あり	あり	あり	
生活指導・栄養指導	あり	あり	あり	
服薬支援	あり	あり	あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	あり	あり	
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	なし	なし	なし	自立、要支援または要介護度別のサービス内容および別途利用料を徴収する場合は、別途作成する「介護サービス等の一覧表（気ままま館川口）」による。
入退院時の同行（協力医療機関）	あり	あり	あり	
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	なし	なし	
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	あり	あり	
入院中の見舞い訪問	あり	あり	あり	

介護サービス等の一覧表 (気まま館川口)

介護を行う場所	自立		要支援1・2、要介護1・2		要介護3～5	
	一般居室		介護居室		介護居室	
	一時金及び月額 利用料を含むサ ービス	その都度徴収 するサービス	介護保険給付、 一時金及び月 額利用料に含 むサービス	その都度徴収 するサービス	介護保険給付、 一時金及び月 額利用料に含 むサービス	その都度徴収 するサービス
介護サービス						
○巡回						
・昼間9時～17時	—	—	3時間毎に巡回	—	3時間毎に巡回	—
・夜間17時～9時	—	—	3時間毎に巡回	—	3時間毎に巡回	—
○食事介助・特別食	—	—	食事の都度一部 介助	—	食事の都度全面 介助	—
○排泄						
・排泄介助	—	—	トイレでの排泄 の都度一部介助	—	【毎日6回 及び随時 全面介助】	—
・おむつ交換	—	—	就寝時に装着し 起床時着脱	—		—
・おむつ代	—	—	—	—		—
		実費徴収		実費徴収		実費徴収
○入浴等						
・清拭	—	—	入浴日の入浴が 困難で清拭に変 更する場合	左記以外1回 540円	入浴日の入浴が 困難で清拭に変 更する場合	左記以外1回 540円
・一般浴介助	—	—	週2回入浴時介 助	左記以外1回 1,080円	週2回入浴時介 助(一般浴または 特殊浴)	左記以外1回 1,080円
・特浴介助	—	—	—	—	—	—
○身辺介助						
・体位交換	—	—	—	—	毎日3回及び随 時のおむつ交換 時	—
・居室からの移動	—	—	杖または歩行器 で移動を介助	—	車椅子での移動 を介助	—
・衣類の着脱	—	—	毎日朝・夜及び入 浴時に一部介助	—	毎日朝・夜及び入 浴時に全面介助	—
・身だしなみ介助	—	—	毎日朝・夜及び入 浴時に一部介助	—	毎日朝・夜及び入 浴時に全面介助	—
○機能訓練	—	—	週2回身体状況 に応じた訓練	—	週2回身体状況 に応じた訓練	—
○通院の介助	協力医療機関へ の通院等の付添	協力医療機関以 外への通院等の 付添 30分 1,080円	協力医療機関へ の通院等の付添	協力医療機関以 外への通院等の 付添 30分 1,080円	協力医療機関へ の通院等の付添	協力医療機関以 外への通院等の 付添 30分 1,080円
○緊急時対応 ・ナースコール	24時間対応		24時間対応		24時間対応	

介護を行う場所	自 立		要支援、要介護Ⅰ～Ⅱ		要介護Ⅲ～Ⅴ	
	一般居室		介護居室		介護居室	
	一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
生活サービス						
○ 家事						
・ 清掃	週 2 回	左記以外 1 回 540 円	週 2 回	左記以外 1 回 540 円	週 2 回	左記以外 1 回 540 円
・ 洗濯	週 2 回	左記以外 1 回 (1 kg 毎) 540 円	週 2 回	左記以外 1 回 (1 kg 毎) 540 円	週 2 回	左記以外 1 回 (1 kg 毎) 540 円
○ 居室配膳・下膳	—	本人希望による 場合 1 回 216 円	—	本人希望による 場合 1 回 216 円	—	本人希望による 場合 1 回 216 円
○ 理美容	—	実費徴収	—	実費徴収	—	実費徴収
○ 代行						
・ 買物	週 1 回指定日	左記以外 1 回 (1 時間) 1,080 円	週 1 回指定日	左記以外 1 回 (1 時間) 1,080 円	週 1 回指定日	左記以外 1 回 (1 時間) 1,080 円
・ 役所手続き	月 1 回指定日	左記以外 1 回 (1 時間) 1,080 円	月 1 回指定日	左記以外 1 回 (1 時間) 1,080 円	月 1 回指定日	左記以外 1 回 (1 時間) 1,080 円
健康管理サービス						
・ 健康診断	年に 2 回	左記以外は別途 自己負担	年に 2 回	左記以外は別途 自己負担	年に 2 回	左記以外は別途 自己負担
・ 健康相談	随時	—	随時	—	随時	—
・ 生活指導	月 1 回、さらに必要に応じ随時	—	月 1 回、さらに必要に応じ随時	—	月 1 回、さらに必要に応じ随時	—
・ 医師の往診	—	必要に応じ随時 医療保険制度で 支給される以外の 費用は入居者 負担	—	必要に応じ随時 医療保険制度で 支給される以外の 費用は入居者 負担	—	必要に応じ随時 医療保険制度で 支給される以外の 費用は入居者 負担
入退院時、入院中のサービス						
・ 医療費	—	医療保険制度で 支給される以外の 負担は入居者 負担	—	医療保険制度で 支給される以外の 負担は入居者 負担	—	医療保険制度で 支給される以外の 費用は入居者 負担
・ 移送サービス	協力医療機関への移送	協力医療機関以外への移送 30 分毎に 1080 円	協力医療機関への移送	協力医療機関以外への移送 30 分毎に 1080 円	協力医療機関入院への移送	協力医療機関以外への移送 30 分毎に 1080 円
その他のサービス						
○ レクリエーション	週 1 回実施	材料費等は実費 負担	週 1 回実施	材料費等は実費 負担	週 1 回実施	材料費等は実費 負担
○ 日帰りまたは宿泊旅行	—	実施の都度実費 徴収	—	実施の都度実費 徴収	—	実施の都度実費 徴収

注 1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。

注 2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームのサービス提供の状況等に
応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。

注 3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。

注 4) 「その他のサービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

