

重要事項説明書

		記入年月目	平成27年4月1日
記入者名	秋 永 陽 一	所属・職名	有料老人ホーム錦陵の苑施設長

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	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり 社会福祉法人
	名称	(ふりがな) (ふく)とよつふくしかい 社会福祉法人豊津福社会	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 8 2 4 - 0 1 1 4 福岡県京都郡みやこ町節丸930番地		
事業主体の連絡先	電話番号	0 9 3 0 - 3 3 - 2 9 4 0	
	FAX番号	0 9 3 0 - 3 3 - 2 9 4 7	
	ホームページアドレス	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり: http:// www.toyotufukushikai.or.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	安 方 哲 也	
	職名	理事長	
事業主体の設立年月目	平成2年10月18日		

事業主体が当該都道府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	錦陵の苑	京都郡みやこ町節丸941番地3
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	錦陵の苑	京都郡みやこ町節丸941番地3
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		
居宅介護支援	あり	なし	錦陵の苑	京都郡みやこ町節丸941番地3
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	錦陵の苑	京都郡みやこ町節丸941番地3
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	錦陵の苑	京都郡みやこ町節丸941番地3
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	錦陵の苑	京都郡みやこ町節丸941番地3
<地域密着型介護予防サービス>				
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) 有料老人ホーム 錦陵の苑	
施設の所在地	〒824-0114 福岡県京都郡みやこ町節丸941番地3	
施設の連絡先	電話番号	0930-33-1450
	FAX番号	0930-33-1457
	ホームページアドレス	なし
		<input checked="" type="checkbox"/> あり : http://www.toyotufukushikai.or.jp
施設の開設年月日	平成19年4月1日	
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	秋永陽一
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
日豊線JR行橋駅より太陽交通バス木井馬場行、光富バス停より徒歩10分 日豊線JR新田原駅よりタクシーで10分 椎田バイパス徳永交差点から車で5分		
施設の類型及び表示事項	有料老人ホーム類型 : 住宅型有料老人ホーム 居住の権利形態 : 利用権方式 利用料の支払い方式 : 月払い方式 入居時の要件 : 入居時自立・要支援・要介護 介護保険 : 在宅サービス利用可 居室区分 : 全室個室	
介護保険事業所番号		
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、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		
指定の年月日		
指定の更新年月日		

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	0	0	0	1	1.00
生活相談員	0	2	0	0	2	0.90
看護職員	0	1	0	1	2	0.40
介護職員	0	10	1	3	14	4.80
機能訓練指導員(看護兼務)	0	2	0	0	2	0.40
計画作成担当者	1	0	0	0	1	1.00
栄養士	0	0	0	0	0	0.00
調理員	2	0	0	1	3	2.40
事務員	0	0	0	0	0	0.00
その他従業者	0	0	0	0	0	0.00
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	0	0	0	0		
介護福祉士	0	6	0	0		
介護職員基礎研修	0	0	0	0		
訪問介護員1級	0	0	0	0		
2級	0	4	0	0		
3級	0	0	0	0		
介護支援専門員	1	0	0	0		
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			1	
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師					1	
夜勤を行う看護職員及び介護職員 の人数	最小時の人数(宿直の従事者を除いた人数)					1
	平均時の人数					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						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
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						
<p>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>						
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						
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
2級						
3級						
介護支援専門員						
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						
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						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 社会福祉施設施設長資格		
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						

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	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		1	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			3			
5年以上10年未満の者の人数	1		4		2	
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	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						
3年以上5年未満の者の人数						
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	
<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスを提供する。 ・入居者が、その有する能力に応じ、可能な限り自立した生活を継続していけるような介護サービスを提供する。 ・入居者のプライバシーの保護には万全を期す。 	
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	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	医療法人 林クリニック(京都郡みやこ町犀川本庄180番地の1) ホームから車10分 医療法人 蛭崎整形外科医院(行橋市行事2丁目4番12号)ホームから車20分
(協力の内容)	診療科目: 内科、理学診療科 整形外科 協力科目・内容: 内科医の定期訪問による健康相談、年2回の定期健康診断 (医療費その他の費用は入居者の自己負担) 往診
協力歯科医療機関	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり その名称 医療法人 榊歯科医院 (京都郡みやこ町豊津359-6) ホームから車10分
(協力の内容)	訪問歯科診療、口腔ケア
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	

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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
台所の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無 (その内容)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
台所の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無 (その内容)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
台所の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無 (その内容)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
要支援の者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
要介護の者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
留意事項 介護保険の認定を受けられている方		
契約の解除の内容	入居者が死亡したとき 入居者が解約をおこなったとき 事業者が解除を通告し、予告期間が満了したとき ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居し ・月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞 するとき ・第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき	
体験入居の内容	1泊2日3食付き 金3,000円	
入居定員	22名	
その他		

入居者の状況						27.4.1現在
入居者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	0	0	0	2	0	2
65歳以上75歳未満	0	1	2	3	2	8
75歳以上85歳未満	0	0	1	2	2	5
85歳以上	0	0	1	5	1	7
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満	0	0	0	0		0
65歳以上75歳未満	0	0	0	0		0
75歳以上85歳未満	0	0	0	0		0
85歳以上	0	0	0	0		0
入居者の平均年齢	78.6					
入居者の男女別人数	男性	10		女性	12	
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)						100%
前年度の有料老人ホームを退居した者の人数						
	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				1		1
医療機関				1		1
死亡者				1		1
その他						
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		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	2	3	8	9		

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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
居室の状況	区分			客室	人数	1の居室の床面積
	一般居室個室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	22	/	18.15 ~ 18.22m ²
	一般居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			m ²
	介護居室個室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		/	m ²
	介護居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			m ²
	一時介護室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		m ²	
					m ²	
				m ²		
共用便所の設置数	1	うち男女別の対応が可能な数			0	
		うち車椅子等の対応が可能な数			1	
個室の便所の設置数	22	個室における便所の設置割合			100%	
		うち車椅子等の対応が可能な数			22	
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(共同施設)	1(大浴場)	1(大浴場)	(1)	
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	22席(55m ²)					
入居者等が調理を行う設備状況				<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
その他、共用施設の設備状況						
<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (その内容) ロビー、多目的ホール、喫茶コーナー、駐車場等						
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全居室内、廊下、共用施設は車椅子での移動可能。						
緊急通報装置の設置状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 各居室内にあり			
外線電話回線の設置状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 各居室内にあり			
テレビ回線の設置状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input 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				3,758.09m ²		
事業所を運営する法人が所有		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり		
抵当権の設定		<input type="checkbox"/> なし		<input checked="" type="checkbox"/> あり		
貸借(借地)						
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
施設の建物に関する事項						
建物の延床面積		鉄骨造平家建		1,254.19m ²		
事業所を運営する法人が所有		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり		
抵当権の設定		<input type="checkbox"/> なし		<input checked="" type="checkbox"/> あり		
貸借(借家)						
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	

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	施設の苦情受付窓口 施設長を苦情解決責任者と定め体制を整備。入居者からの苦情には守秘義務を課し、速やかに対応する。苦情申立による差別的な待遇は一切なし。 事業所の定めた第三者委員 有松 紀代子 電話0930-33-5886 進 安 弘 電話0930-33-5209		
電話番号	0930-33-1450		
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜	9:00~17:00	
	日曜・祝日	9:00~17:00	
定休日等	なし		
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	福岡県国民健康保険団体連合会 福岡県運営適正化委員会 みやこ町役場 福祉課		
電話番号	092-642-7589 092-915-3511 0930-32-2511		
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土日、祝祭日、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	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 株式会社損保ジャパンの賠償責任保険に加入しており、サービス提供上の事故により利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。	
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こと			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 株式会社損保ジャパンの賠償責任保険に加入しており、サービス提供上の事故により利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。	
サービスの提供内容に関する特色等			
看護師によるバイタルチェックを毎日行います。 夜勤者を毎日1名配置して夜間のケアを行います。			
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、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況			
<input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	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

年齢により一時金の料金が異なる場合		なし	あり
一時金に関する費用			
居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)		なし	あり
名称			
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円 戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円 戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円 戸
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率(%)			
償却年月数			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)
利用者の選定による介護サービス利用料(人員配置が手厚い場合の介護サービス)		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠		なし	あり
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率(%)			
償却年月数			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)

利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 ('あり'の場合、その内容及び利用料)		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
名称			
一時金の償却に関する事項		16,000円	
償却開始	入居をした月	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	サービス提供を開始した月	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	('あり'の場合、その内容)	
その他に要する一時金		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
解約時の居室の現状回復について		原状回復とは、「入居者の居住、使用により発生した建物価値の減少のうち、入居者（入居者及びその家族並びに管理規定に定める同居者・来訪者）又は身元引受人等の故意・過失、善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用による損耗・毀損を復旧すること」とします。	
保全措置の実施状況			
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	('あり'の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	('あり'の場合、その内容)	

介護保険給付以外のサービスに要する費用			
月額の場合の利用料の額		100,000～120,000円	
管理費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	16,000円
(「あり」の場合、その用途) (ア) 共用施設等の維持管理費 (イ) 管理部門の人件費・事務費 (ウ) 日常生活支援サービス提供のための人件費			
食費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	39,000円
(「あり」の場合、その内容) 食堂にて3食30日間喫食した場合の費用。(食数に応じて返金あり。)			
光熱水費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	15,000～20,000円
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠			
		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
個別的な選択による介護サービス		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
家賃相当額	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	30,000～45,000円
その他に必要な月額利用料			
		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料			
		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

_____様

説明年月日 平成 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

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	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費負担
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
特浴介助	なし	あり	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	なし	あり	
機能訓練	なし	あり	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	あり	
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	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	なし	あり	巡回サービス 要予約
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
目常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	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	なし	あり	なし	あり	
おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	月額3,675円(税込)
健康管理サービス							
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活のリズムの記録(睡眠・排便等)	なし	あり	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	あり	
入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
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	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	