

# 特定施設入居者生活介護サービス

## 有料老人ホームフィオーレ美杉 重要事項説明書

記入者名	竹谷 和也	記入年月日	平成23年9月1日
		所属・職名	事務室・事務長

### 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	特定医療法人	
	名称	(ふりがな) とくていいりょうほうじん みすぎかい 特定医療法人 美杉会	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒573-1124	枚方市養父東町65番1号	
事業主体の連絡先	電話番号	072-864-1811	
	FAX番号	072-868-3844	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり: <a href="http://www.misugikai.jp">http://www.misugikai.jp</a>	
事業主体の代表者の職名及び氏名	職名	理事長	
	氏名	佐藤 真杉	
事業主体の設立年月日	平成6年12月22日		

事業主体が大阪府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	美杉会 ホームヘルプステーションまきの ホームヘルプステーション星ヶ丘	枚方市養父西町24-10 枚方市星丘2-14-31
訪問入浴介護	あり	なし	美杉会訪問入浴センター	枚方市西招提町2166
訪問看護	あり	なし	美杉会 訪問看護ステーションまきの 訪問看護ステーション星ヶ丘	枚方市養父西町24-10 枚方市星丘2-14-31
訪問リハビリテーション	あり	なし	介護老人保健施設美杉	枚方市西招提町2166
居宅療養管理指導	あり	なし	佐藤医院	枚方市養父西町24-10
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし	介護老人保健施設美杉	枚方市西招提町2166
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし	介護老人保健施設美杉	枚方市西招提町2166
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	グループホーム美杉	枚方市西招提町 2166
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	佐藤病院 介護老人保健施設美杉 美杉会 訪問看護ステーションまきの 訪問看護ステーション星ヶ丘	枚方市養父東町 65-1 枚方市西招提町 2166  枚方市養父西町 24-10 枚方市星丘 2-14-31
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	美杉会 ホームヘルプステーションまきの ホームヘルプステーション星ヶ丘	枚方市養父西町 24-10 枚方市星丘 2-14-31
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	美杉会訪問入浴センター	枚方市西招提町 2166
介護予防訪問看護	あり	なし	美杉会 訪問看護ステーションまきの 訪問看護ステーション星ヶ丘	枚方市養父西町 24-10 枚方市星丘 2-14-31
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	介護老人保健施設美杉	枚方市西招提町 2166
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	佐藤医院	枚方市養父西町 24-10
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	介護老人保健施設美杉 佐藤医院	枚方市西招提町 2166 枚方市養父西町 24-10
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	介護老人保健施設美杉	枚方市西招提町 2166
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		
＜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	介護老人保健施設美杉	枚方市西招提町 2166
介護療養型医療施設	あり	なし		



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	1.0
生活相談員		1			1	1.0
看護職員		3		2	5	4.6
介護職員		26		1	27	26.8
機能訓練指導員		1			1	1.0
計画作成担当者		1			1	1.0
栄養士		1			1	1.0
調理員		4		3	7	7.0
事務員		2			2	2.0
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				38.0時間		
<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		18				
介護職員基礎研修		5			1	
訪問介護員1級						
訪問介護員2級						
訪問介護員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		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	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）				4	
	平均時の人数				4	

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		3		2	5	4.6
介護職員		26		1	27	26.8
機能訓練指導員		1			1	1.0
計画作成担当者		1			1	1.0
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					38.0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		18				
介護職員基礎研修		5			1	
訪問介護員1級						
訪問介護員2級						
訪問介護員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		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 正看護師、介護支援専門員			
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						
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						
	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						
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			
<p>有料老人ホーム フィオーレ美杉は、ご契約者が、自らの意思に基づいて質の高い生活を送っていただけるようお手伝いいたします。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 ご入居者に居心地の良い環境を提供します。</li> <li>2 ご入居者が求める介護サービスを提供します。</li> <li>3 ご入居者の生きがい探しのお手伝いをします。</li> </ol>			
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	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無	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	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	特定医療法人美杉会 佐藤病院		
(協力の内容) ご入居者急変時の救急の受け入れ、往診体制の確保			
協力医療機関の名称	特定医療法人美杉会 男山病院		
(協力の内容) ご入居者急変時の救急の受け入れ、往診体制の確保			
協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	富田歯科医院
(協力の内容) ご入居者の歯科治療が必要な際の処置、定期往診			
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			
各入居者の居室			

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合	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)		

介護居室へ移る場合	なし	あり
判断基準・手続について (その内容) 要介護から要支援（またはその逆）など、ご本人の状態が大きく変化される場合は、事前にご説明させていただき、同意のもと移動いただきます。		
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) 実際に、居室をご移動いただく日（同意書記載）より、居室利用権も移動となります。		
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 (その内容)		なし	あり
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・複数入居者における共同生活を営むことに概ね支障のない方</li> <li>・著しい自傷他傷のおそれのない方</li> <li>・常時の介護及び医療的処置を必要としない方</li> <li>・健康保険加入の方</li> </ul>		
契約の解除の内容	<p>(事由)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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たとき</li> <li>・月払い利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅延するとき</li> <li>・禁止又は制限される行為の規定に違反したとき</li> <li>・入居者の行動が、他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</li> <li>・入居者が3ヶ月を越えて病院または診療所に入院すると見込まれるとき、または入院したとき</li> </ul> <p>(手続き)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・契約解除の通告については90日の予告期間をおきます</li> <li>・通告の前に、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設けます</li> <li>・解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力します</li> </ul>		
体験入居の内容	空き室がある場合のみ可能 期間は最長1週間 1泊2日3,300円(夕、朝、昼食代含む)		
入居定員	80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	1			1		2
75歳以上85歳未満	5	5	5	6		21
85歳以上	6	10	7	6	5	34
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満		1	4			5
85歳以上		3	3			6
入居者の平均年齢	86.4歳					
入居者の男女別人数	男性	17		女性	51	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）					85.0%	
前年度に退居した者の人数						
	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						
医療機関						
死亡者						
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	73					

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	<input checked="" 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				なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし			m <sup>2</sup>			
	一般居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			m <sup>2</sup>			
	介護居室個室	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	80		19.5 m <sup>2</sup>			
	介護居室相部屋	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			m <sup>2</sup>			
	一時介護室	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			m <sup>2</sup>			
	共用便所の設置数	4	うち男女別の対応が可能な数			1			
		うち車いす等の対応が可能な数			3				
個室の便所の設置数	80	個室における便所の設置割合			100%				
		うち車いす等の対応が可能な数			80				
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴				
		6		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		<input checked="" type="checkbox"/> なし		あり					
その他、共用施設の設備状況									
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) エントランスホール(1階)、自動販売機(1階)、面談室(1階) 理美容室(1階)、機能訓練室(1階)、健康管理室(1階) 食堂兼機能訓練室(2・3階)							
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 居室、便所、浴室およびその他上記共用施設はすべてバリアフリー対応									
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり					
外線電話回線の設置状況		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり					
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積		4,768.1 m <sup>2</sup>							
事業所を運営する法人が所有		<input checked="" type="checkbox"/> なし	一部あり	あり					
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> なし		あり					
貸借(借地)									
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	契約期間	始	平成21年	終				
契約の自動更新			なし		<input checked="" type="checkbox"/> あり				
施設の建物に関する事項									
建物の延床面積		3,705.0 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	契約期間	始		終				
契約の自動更新			なし		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	事務室	
電話番号	072-864-0108	
対応している時間	平日	午前9時から午後5時
	土曜	午前9時から午後5時
	日曜・祝日	なし
定休日等	日曜、祝日、年末年始（12月30日午後から1月3日）	
窓口の名称	特定医療法人 美杉会	
電話番号	072-864-1811	
対応している時間	平日	午前9時から午後5時
	土曜	午前9時から午後5時
	日曜・祝日	なし
定休日等	日曜、祝日、年末年始（12月30日午後から1月3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	枚方市健康部高齢社会室	
電話番号	072-841-1221	
対応している時間	平日	午前9時から午後5時30分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日等	土曜、日曜、祝日、年末年始	
窓口の名称	大阪府国民健康保険団体連合会	
電話番号	06-6949-5418	
対応している時間	平日	午前9時から午後5時
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日等	土曜、日曜、祝日、年末年始	
窓口の名称	大阪府福祉部高齢介護室 居宅事業者課指導グループ	
電話番号	06-6944-7099	
対応している時間	平日	午前9時から午後6時
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日等	土曜、日曜、祝日、年末年始	
窓口の名称	大阪府福祉部高齢介護室 施設課施設指導グループ	
電話番号	06-6944-7106	
対応している時間	平日	午前9時から午後6時
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日等	土曜、日曜、祝日、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) 三井住友海上火災保険、大阪府医師会	
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) 大阪府医師会	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)			
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	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	・利用者満足度調査 年1回 ・ご意見箱の設置
		当該結果の開示状況	なし <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

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			
①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
1	人の入居の場合	300万円	300万円
		最低の額	最高の額
	人の入居の場合	円	円
		最低の額	最高の額
	人の入居の場合	円	円
最多価格帯 300万円 80戸			
最多価格帯 円 戸			
最多価格帯 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
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)	15%		
償却年月数	5年間 (60ヶ月)		
解約時返還金の算定方法	(初期償却分以外) × { (入居月数) / 60ヶ月 } ※ただし、90日以内の入居契約の解約については、初期償却分を含めて、その全額を返還いたします。		
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容) 京都信用金庫と金銭保証委託契約を締結し、その保管及び返還を両者で保証します。
②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
	サービス提供を開始した月		あり
償却開始	上記以外		(その内容)
初期償却率 (%)			
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	なし	あり	(その内容)

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
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			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)
④その他に要する一時金		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)
一時金に対する留意事項	なし	あり	(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			
管理費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	38,000 円
(「あり」の場合、その用途) 事務管理部門の person 費・事務費、水光熱費、共用施設の維持管理費			
食費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	50,000 円
(「あり」の場合、その内容) 調理部門の person 費・事務費、食材料費、調理にかかる消耗品費			
光熱水費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(上記管理費に含む) 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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
個別的な選択による介護サービス		<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 居室内での食事介助、週4回以上の入浴介助、協力医療機関以外への定期的診察 治療を目的としない診察、定期以外での買い物代行については30分あたり750円			
家賃相当額	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	82,000 円
その他に必要な月額利用料		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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」

説明を受けた年月日 平成 年 月 日

※説明を受けた者の署名 \_\_\_\_\_ 印

説明者署名 特定医療法人美杉会  
有料老人ホームフィオーレ美杉

\_\_\_\_\_ 印

※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〉

下記サービス内容及び回数等は標準的なものを記しています。実際に提供される介護サービスはケアカンファレンスにて別個の入居者の介護状況を判定し、個人別にケアプランを策定したうえで援助を実施いたします。

介護度	要支援1		要支援2、要介護1～5	
介護を行う場所	居室		居室	
介護サービス内容	一時金及び月額利用料に含むサービス	別途利用料金を徴収した上で実施するサービス	一時金及び月額利用料に含むサービス	別途利用料金を徴収した上で実施するサービス
<b>介護サービス</b> <b>○巡回</b> (必要に応じ介助実施) ①昼間 8:30～17:00 ②夜間 17:00～18:30	①② 必要に応じて実施	—————	①② 必要に応じて実施	—————
<b>○食事介助</b>	必要に応じ食事介助	居室内で食事介助を実施の場合、30分 750円負担	必要に応じ食事介助	居室内で食事介助を実施の場合、30分 750円負担
<b>○排泄</b> ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代	随時排泄介助	当ホームのおムツ等をご使用の場合、下記費用負担 (1枚当) リハパン・オープン各 130円 フラット 35円尿取パッド 25円	随時排泄介助	当ホームのおムツ等をご使用の場合、下記費用負担 (1枚当) リハパン・オープン各 130円 フラット 35円尿取パッド 25円
<b>○入浴等</b> ・清拭 ・一般浴介助 ・特殊浴介助	状態に応じ入浴可能な場合は一般浴・特殊浴にて入浴介助、あるいは清拭を週に3回まで実施	週4回以上の入浴介助等をご希望の場合、30分 750円負担	状態に応じ入浴可能な場合は一般浴・特殊浴にて入浴介助、あるいは清拭を週に3回まで実施	週4回以上の入浴介助等をご希望の場合、30分 750円負担
<b>○身辺介助</b> ①体位変換 ②居室からの移動 ③衣類の着脱 ④身だしなみ介助	①②③④ 必要に応じ生活全般に渡り、1日延べ60分以内の範囲で介助全般実施	—————	①必要に応じ実施 ②必要に応じ食事、散歩等に付添いを実施 ③起床時、就寝前及び汚れた時に随時介助実施 ④必要に応じて実施	—————
<b>○通院の介助</b> ①付添い、受診手続 ②送迎	①② 協力医療機関への場合、その都度対応	①② 協力医療機関以外への定期的診察の場合、依頼があれば付添者1名につき30分750円+交通費実費相当負担	①② 協力医療機関への場合、その都度対応	①② 協力医療機関以外への定期的診察の場合、依頼があれば付添者1名につき30分750円+交通費実費相当負担
<b>○緊急対応</b> ・ナースコール	都度対応	—————	都度対応	—————
<b>○機能訓練</b>	必要に応じて実施	—————	必要に応じて実施	—————
<b>生活サービス</b> <b>○家事</b> ①居室清掃 ②日常の洗濯 ③シーツ交換 (③は汚れた場合、随時交換)	①毎日実施 ②週3回まで 下着、寝間着、靴下等色落ちしない水洗可能な物 ③原則週1回(汚染時都度)	②週4回以上の洗濯サービス、及び上着、外出着等のクリーニングは実費負担 ③週2回以上のシーツ交換をご希望の場合実費負担	①毎日実施 ②週3回まで 下着、寝間着、靴下等色落ちしない水洗可能な物 ③原則週1回(汚染時都度)	②週4回以上の洗濯サービス、及び上着、外出着等のクリーニングは実費負担 ③週2回以上のシーツ交換をご希望の場合実費負担
<b>○食事</b> ①食堂配膳下膳 ②居室配膳下膳 ③おやつ	①②毎食時配膳・下膳実施 ③毎日(15～16時)	—————	①②毎食時配膳・下膳実施 ③毎日(15～16時)	—————
<b>○理美容</b>	—————	下記費用負担 カット 2,100円 パーマ 4,500円 顔そり・髭剃り 600円 毛染め 4,500円	—————	下記費用負担 カット 2,100円 パーマ 4,500円 顔そり・髭剃り 600円 毛染め 4,500円

<b>〇代行</b> ①買物（定期・定期外） ②所定の役所手続き ③金銭・貯金管理	①定期買物実施（月1回） ②定期手続実施（月1回）	①②定期以外でご希望される場合、 30分当り750円負担 ③「金銭管理委託契約」に基づく金 銭・貯金管理をご希望の場合、月 額1,000円負担	①定期買物実施（月1回） ②定期手続実施（月1回）	①②定期以外でご希望される場 合、30分当り750円負担 ③「金銭管理委託契約」に基づく 金銭・貯金管理をご希望の場合、 月額1,000円負担
<b>健康管理サービス</b> ①定期健康診断 ②健康相談 ③生活相談・栄養相談 ④服薬支援 ⑤生活リズムの記録 ⑥医師の定期的診療	①健康診断実施（機会は年に2回） ②③④⑤ 随時実施	①1回は施設負担にて実施し、2回目 以降は実費負担、人間ドックは全 て実費負担 ⑥保険診療	①健康診断実施（機会は年に2回） ②③④⑤ 随時実施	①1回は施設負担にて実施し、2 回目以降は実費負担、人間ドッ クは全て実費負担 ⑥保険診療
<b>入退院時、入院中の サービス</b> ①医療費 ②移送サービス ③入退院時の同行 ④入退院中の洗濯物交換 ⑤入院中の見舞い訪問	（協力医療機関） ②③当ホーム職員にて実施 ④協力医療機関の場合、 週1回、洗濯物交換・洗濯実施 ⑤随時実施	（協力医療機関以外） ①保険診療 ②③付添者1名につき30分750円＋ 交通費（実費相当）負担 ④依頼があれば実費負担	（協力医療機関） ②③当ホーム職員にて実施 ④協力医療機関の場合、 週1回、洗濯物交換・洗濯実施 ⑤随時実施	（協力医療機関以外） ①保険診療 ②③付添者1名につき30分750 円＋交通費（実費相当）負担 ④依頼があれば実費負担
<b>その他サービス</b> ①レクリエーション ②趣味活動 ③その他	①日常のレクリエーション、地域連携 活動、コンサート、講演会費	②材料費などは実費負担	①日常のレクリエーション、地域連 携活動、コンサート、講演会費	②材料費などは実費負担

※個別サービス提供費については課税対象です（内税）

#### おむつ等料金表（非課税）

種類	製品名	仕様	価格
紙おむつ	抗菌消臭パワフルワイドテープ止め	(M) 30枚入	2,710円
		(L) 26枚入	2,710円
リハビリパンツ	抗菌消臭超うすリハパン	(M-L) 18枚入	1,548円
		(L-L) 16枚入	1,548円
パッド	尿とりパッドレギュラー男女共用	32枚入	468円
	抗菌消臭尿とりパッドパワフルワイドロング	32枚入	1,063円
	抗菌消臭尿とりパッドパワフルワイド夜用	30枚入	1,515円
	抗菌消臭尿とりパッドパワフルスーパー	32枚入	693円
	重ねて安心シート	30枚入	439円
フラット	フラットタイプ	28枚入	707円
ウェットティッシュ	ウェットティッシュ	100枚入	170円

平成23年9月1日現在