

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 令和4年 7月 1日

記入者 八向 美里

所属・職名 ラ・ナシカ よこすか 施設長

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社 シダー
代表者名	代表取締役 座小田 孝安
所在地	福岡県北九州市小倉北区大島一丁目7番19号
電話番号／FAX番号	(093) 513-7855／ (093) 513-7858
ホームページアドレス	http://www.cedar-web.com
資本金（基本財産）	4億3228万円
主な出資者（出捐者）とその金額又は比率 ※1	① 山崎 嘉忠 (25.4%) ②大和ハウス工業株式会社 (8%) ② シダー取引先持株会(6%)
設立年月日	昭和56年4月25日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益) 144億3,473万円 (費用)144億5,259万円 (損益)△1,785万円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (有限責任監査法人 トーマツ )
他の主な事業	介護保険指定事業（訪問看護・訪問介護・通所介護・介護付有料老人ホーム等）

※1 出資（出捐）額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資（出捐）額又は比率を記入する。

※2 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	ラ・ナシカよこすか	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 ( <input type="checkbox"/> 一般型・外部サービス利用型) 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件	1 自立 2 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 横須賀市指定介護保険特定施設 (番号 1471904423、指定年月日 平成23年9月1日) 介護専用型・ <input checked="" type="checkbox"/> 混合型・混合型 (外部サービス利用型)・地域密着型・介護予防・介護予防 (外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (夫婦等居室含む) 2 相部屋あり

	<p>3:1 以上</p> <p>要介護認定を受けている方に対して現在及び将来にわたって、要介護3人に対して職員1人以上の割合（年度ごとの平均値）で介護にあたります。なお職員配置基準は、非常勤職員を常勤職員に換算する方式で行います。また、常時要介護者3人に職員が1人お世話するものではありません。</p>																											
介護に関わる職員体制																												
提携ホームの利用等	<p>1 提携ホーム利用可( )</p> <p>2 提携ホーム移行型( )</p>																											
開設年月日	平成23年9月1日																											
施設の管理者氏名	八向 美里																											
所在地	神奈川県横須賀市平作五丁目7番8号																											
電話番号/FAX番号	046-850-5320 / 046-853-5010																											
メールアドレス	rh-yokosuka@cedar-web.com																											
交通の便 ※3	衣笠駅からバスにて第一平作町内会館まで16分 下車後徒歩10分																											
ホームページアドレス	http://www.cedar-web.com																											
敷地概要 ※4	<p>権利形態 所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/>借地</p> <p>(借地の場合の契約形態) <input checked="" type="checkbox"/>通常借地契約 ・ 定期借地契約</p> <p>(借地の場合の契約期間) 平成23年8月1日～平成48年8月31日</p> <p>(通常借地契約における自動更新条項の有無) 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>有</p> <p>敷地面積 1169.54㎡</p>																											
建物概要	<p>権利形態 所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/>借家</p> <p>(借家の場合の契約形態) <input checked="" type="checkbox"/>通常借家契約 ・ 定期借家契約</p> <p>(借家の場合の契約期間) 平成23年8月1日～平成48年8月31日</p> <p>(通常借家契約における自動更新条項の有無) 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>有</p> <p>建物の構造 鉄骨造 地下 階 地上 3階建 (<input checked="" type="checkbox"/>耐火) ・ 準耐火 ・ その他)</p> <p>延床面積 1651.54㎡ (うち有料老人ホーム 1651.54㎡)</p> <p>建築年月日 平成23年6月30日建築</p> <p>改築年月日 年 月 日改築</p> <p>建築確認の用途指定 <input checked="" type="checkbox"/>有料老人ホーム ・ その他 ( )</p>																											
居室、一時介護室の概要	<p>居室総数 42室 定員 42人 (一時介護室を除く) (内訳)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>42室</td> <td>18.0㎡～21.33㎡</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> </tbody> </table>		居室定員	室数	面積	居室	個室	42室	18.0㎡～21.33㎡	うち2人定員	室	㎡～㎡	2人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡	人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡	一時介護室	個室	室	㎡～㎡	2人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡	人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡
	居室定員	室数	面積																									
居室	個室	42室	18.0㎡～21.33㎡																									
	うち2人定員	室	㎡～㎡																									
	2人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡																									
	人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡																									
一時介護室	個室	室	㎡～㎡																									
	2人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡																									
	人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡																									

		人部屋 (相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～	m <sup>2</sup>	
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂			設置階	1～3階 ( 123.49m <sup>2</sup> )	
	浴室	一般浴槽			設置階	1階 ( 31.35m <sup>2</sup> )
	浴室	リフト浴			設置階	( m <sup>2</sup> )
		ストレッチャー浴			設置階	( m <sup>2</sup> )
	便所			設置箇所	全居室42箇所 共用 4箇所	
	洗面設備			設置箇所	全居室42箇所 共用 4箇所	
	医務室(健康管理室)			設置階	1階 ( 12.42m <sup>2</sup> )	
	談話室			設置階	( m <sup>2</sup> )	
	面談室			設置階	1階 相談室として(8.91m <sup>2</sup> )	
	事務室			設置階	1階	
	洗濯室			設置階	1～3階 ( 28.89m <sup>2</sup> )	
	汚物処理室			設置階	1～3階	
	看護・介護職員室			設置階	1～3階	
	機能訓練室			設置階	1階 ( 36.85m <sup>2</sup> )	
				他の共用施設との兼用 <input type="checkbox"/> 無・有 ( )		
	健康・生きがい施設			設置階	1階 ( 10.80m <sup>2</sup> )	
	エレベーター ※5			1基(うちストレッチャー搬入可 1基)		
	スプリンクラー			設置箇所	居室・共用部分等	
居室のある区域の廊下幅			両手すり設置後の有効幅員 (1.84m～ 1.84m)			
消防用設備等	消火器			無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	自動火災報知設備			無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	火災通報設備			無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	スプリンクラー			無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	防火管理者			無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
	防災計画 (水害、土砂災害を含む。)			無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	<p>緊急通報装置等の種類及び設置箇所 全居室及び共用施設 (共用トイレ・浴室・脱衣室) にナースコールを設置。</p> <p>安否確認の方法・頻度等 巡視拒否の入居者以外の方には2時間ごとの夜間巡視及び適宜見回り。</p>					
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6						
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容						

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは、標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主体と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により指定居宅サービス事業者等として指定されている場合（指定居宅介護支援を含む。）は、その種類と事業所番号を記載すること。

### 3 利用料 ※7

#### (1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8		前払い方式	月払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 選択方式
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い		<p><input type="checkbox"/> 1 減額なし 「家賃」「管理費」については、不在期間に関わらず全額請求</p> <p><input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 「水光熱費」については、日割り計算</p> <p>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p>		
利用料金の改定	条件	介護保険法の改定又は公租公課及び物価並びに経済情勢の変動等もしくは雇用する人件費の増加等		
	手続き方法	<p>【入居契約書第31条】月額利用料及び食費の費用及びに入居者が事業者を支払うべきその他の費用の額を改定することがあります。費用の改定にあたっては、介護保険法の改定又は公租公課及び物価並びに経済情報の変動等もしくは事業者が雇用する従業者の人件費の増加等を勘案し、運営懇談会において入居者に説明し、同意を得たうえで行なうものとします。改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等に事前に通知します。</p>		

#### (2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	前受家賃・敷金は入居時一括支払い。 月額利用料金・その他は、毎月の請求による月払い		
敷金	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有（10万円、家賃相当額の1.1か月分）		
前払金 （介護費用の前払金を除く。）	法第29条第7項に規定される前払金	(T) 36万円 (U) 180万円 (V) 414万円	以下は61ヶ月目以降 (E) 151万2千円
想定居住期間又は償却期間	60ヶ月目まで 61ヶ月目以降	5年間（60ヶ月） 3年間（36ヶ月）	
算定の基礎（内訳）	家賃の前払い金		

解約時の返還金（算定方法等）	<p>①敷金：（10万円）－（原状回復費、利用料金等の未払い金）</p> <p>②前受家賃：</p> <p>（T）36万円（入居月から60ヶ月まで） 償却額：月額 6,000円&lt;日額：200円&gt; 36万円－{（利用月数－2カ月）×6,000円＋（償却起算月と契約解除月の利用日数×200円）}</p> <p>（U）180万円（入居日から60ヶ月まで） 償却額：月額 30,000円&lt;日額：1,000円&gt; 180万円－{（利用月数－2カ月）×30,000円＋（償却起算月と契約解除月の利用日数×1,000円）}</p> <p>（V）414万円（入居日から60ヶ月まで） 償却額：月額 69,000円&lt;日額：2,300円&gt; 414万円－{（利用月数－2カ月）×69,000円＋（償却起算月と契約解除月の利用日数×2,300円）}</p> <p>（E）151万2千円（入居月から61ヶ月目以降、以後36ヶ月ごと選択） 償却額：月額 42,000円&lt;日額：1,400円&gt; 151万2千円－{（利用月数－2カ月）×42,000円＋（償却起算月と契約解除月の利用日数×1,400円）}</p> <p>*「利用月数」は、償却起算月と契約解除月を含め、暦月で数えます。 *償却起算月と契約解除月の日割り計算は、退居時に精算します。 *償却起算日が1日の場合及び契約解除日が月末の場合は、暦月の日数にかかわらず、月額償却になります。 *居室明け渡しまでの日割り計算に基づく家賃、管理費、水光熱費及び原状回復費（経年劣化を除く）、利用料等の未払い金を差し引きます。 *入居される前に契約を解除された場合、既受領分の敷金、前受家賃の全額を返還します。 *「入居日（予定日）」の翌日から3ヶ月以内に契約を解除した場合、前受家賃は全額返還します。ただし、入居期間中の家賃部分については、 （T）日額 200円（U）日額 1,000円（V）日額 2,300円 は差し引いた額とします</p>	
	返還の対象とならない額の有無	<input type="checkbox"/> 無・有（ 円）
	初期償却の開始日	入居日（予定）の翌日
	介護費用の前払金	0円～ 0円
	算定の基礎（内訳）	
解約時の返還金（算定方法等）		
返還の対象とならない額の有無	無・有（ 円）	
初期償却の開始日		
月額利用料	<p>60ヶ月目まで （T）213,750円 （U）189,750円 （V）150,750円</p> <p>61か月以降 （E）174,750円</p>	
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有	

	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
料金プラン ※10	(V) 213,750円	62,700		53,850	13,200	84,000	
	(U) 189,750円	62,700		53,850	13,200	60,000	
	(V) 150,750円	62,700		53,850	13,200	21,000	
	(E) 174,750円	62,700		53,850	53,850	45,000	
				朝食432円 昼食648円 夕食715円 (税込) 一食ごとの請求。 治療職は別途請求	在宅酸素 電気代 3,960円 ※使用者のみ	(T) (U) (V) )いずれの場合も前受家賃の毎月の償却分と合算して 90,000円 (E) 前受家賃の毎月の償却分と合算して 87,000円	
算定根拠 ※11	管理費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・共用部分の照明・空調・車両管理費・保険料等</li> <li>・日常業務に係る事務員費、消耗費・事務用品費・通信費</li> <li>・共用部分の清掃費、ごみ収集費</li> <li>・植栽管理、環境美化等</li> </ul> の実費費用を見込んでおり、入居者に対し応分の費用負担を加味し算定しております。					
	介護費用	介護保険サービスの自己負担額は含めない。					
	食費	給食業者との給食委託契約に基づき、満室時の入居者数に対しての実費費用を見込んでおり、入居者に対し、応分の費用負担を加味して算定しております。 ※食費は1ヵ月30日の場合。朝、昼、夕は一食ごとの請求。 朝食:432円 昼食:648円 夕食:715円 ※朝食・昼食は軽減税率の(8%)適用					
	光熱水費	居室の水道代(トイレ・洗面所)及び電気代(家電品・エアコン)等の実費費用を見込んでおり、入居者に対し応分の費用負担を加味し算定しております。					
	家賃相当額	賃貸借契約に基づく種物賃料と近隣の家賃相場及び、経年劣化による借主負担の修繕積立金を勘案した上で、前受家賃の月額償却額を加味し、算定しています。 ※月額1ヶ月30日の場合。					
	その他						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	<b>【指定日以外での買い物・役所手続き・協力医療機関外の同行又は代行を希望した場合の外出介助・代行サービス 1時間 1,100円+タクシー代】</b> 当該サービスに係る人件費相当額です。 <b>【サービス提供記録等の複写物に係る費用 1ページ 20円】</b> コピー代です。 <b>【食事については、前日17:00までにキャンセル可能】</b>						

特定施設入居者生活介護

(1か月30日の例)

区分	月額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合/3割の場合)
要介護1	191,266円	19,127円 /38,254円 /57,380円
要介護2	213,901円	21,391円 /42,781円 /64,171円
要介護3	237,904円	23,791円 /47,581円 /71,372円
要介護4	259,860円	25,986円 /51,972円 /77,958円
要介護5	283,529円	28,353円 /56,706円 /85,059円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <u>基準型</u>	
退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
		(I)
		(II)
		(I)
		(II)
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
		(I)
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
		(I)
		(II)

介護保険に係る利用料  
※13

(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)

※利用者負担額には、医療機関連携加算、夜間看護体制加算(要介護のみ)、口腔衛生管理体制加算、サービス提供体制強化加算Ⅲ、介護職員処遇改善加算Ⅰとして所定単位数の82/1000、介護職員等特定処遇改善加算Ⅱとして所定単位数の12/1000が含まれています。

介護予防特定施設入居者生活介護

(1か月30日の例)

区分	月額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合/3割の場合)
要支援1	65,740円	6,574円 /13,148円 /19,722円
要支援2	109,975円	10,998円 /21,995円 /32,993円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <u>基準型</u>	
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
		(I)
		(I)
		(II)
		(III)

介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	III
		IV
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	V
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	(D) 219,750円 (6ヶ月以降)						
敷金	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (                      円、家賃相当額の                      か月分)						
月額利用料	円 ~                      円						
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	(D) 219,750円	62,700		53,850	13,200	90,000	
	円						
算定根拠 ※11	管理費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・共用部分の証明・空調・車両管理費・保険料</li> <li>・日常業務に係る事務員費、消耗費、事務用品費、通信費</li> <li>・共用部分の清掃費、ごみ収集費</li> <li>・植栽管理、環境美化等</li> </ul> の実費費用を見込んでおり、入居者に対し応分の費用負担を加味し算定しております。					
	介護費用	介護保険サービスの自己負担金は含めない。					
	食費	給食業者との給食委託契約に基づき、満室時の入居者数に対しての実費費用を見込んでおり、入居者に対し、応分の費用負担を加味して算定しております。 ※食費は1ヶ月30日の場合。朝、昼、夕は一食ごとの請求。 朝食:432円 昼食:648円 夕食:715円 ※朝食・昼食は軽減税率(8%)適用。					
	光熱水費	居室の水道代(トイレ・洗面所)及び電気代(家電品・エアコン)等の実費費用を見込んでおり、入居者に対し応分の費用負担を加味し算定しております。					
	家賃相当額	賃貸借契約に基づく種物質料と近隣の家賃相場及び、経年劣化による借主負担の修繕積立金を勘案した上で、前受家賃の月額償却額を加味し、算定しています。 ※月額は1ヶ月30日の場合。					
	その他						



<p>月額利用料に含まれない実費負担等 ※12</p>	<p>【指定日以外での買い物・役所手続き・協力医療機関外の同行又は代行を希望した場合の外出介助・代行サービス 1時間 1,100円+タクシー代】      当該サービスに係る人件費相当額です。</p> <p>【サービス提供記録等の複写物に係る費用 1ページ 20円】      コピー代です。</p> <p>【食事については、前日17:00までにキャンセル可能】</p>
-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

特定施設入居者生活介護

(1 か月 30 日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合/3割の場合)
要介護 1	191,266 円	19,127 円 /38,254 円 /57,380 円
要介護 2	213,901 円	21,391 円 /42,781 円 /64,171 円
要介護 3	237,904 円	23,791 円 /47,581 円 /71,372 円
要介護 4	259,860 円	25,986 円 /51,972 円 /77,958 円
要介護 5	283,529 円	28,353 円 /56,706 円 /85,059 円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型	
退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> (I)
		<input type="checkbox"/> (II)
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> (I)
		<input type="checkbox"/> (II)
		<input checked="" type="checkbox"/> (III)
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> I
		<input type="checkbox"/> II
		<input type="checkbox"/> III
		<input type="checkbox"/> IV
		<input type="checkbox"/> V
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> I
		<input checked="" type="checkbox"/> II

介護保険に係る利用料  
※13

(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)

※利用者負担額には、医療機関連携加算、夜間看護体制加算(要介護のみ)、口腔衛生管理体制加算、サービス提供体制強化加算Ⅲ、介護職員処遇改善加算Ⅰとして所定単位数の82/1000、介護職員等特定処遇改善加算Ⅱとして所定単位数の12/1000が含まれています。

介護予防特定施設入居者生活介護

(1 か月 30 日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合/3割の場合)
要支援 1	65,740 円	6,574 円 /13,148 円 /19,722 円
要支援 2	109,975 円	10,998 円 /21,995 円 /32,993 円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型	
生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> (I)
		<input type="checkbox"/> (II)
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> (I)
		<input type="checkbox"/> (II)
		<input checked="" type="checkbox"/> (III)

介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II

#### (4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	神奈川県に係る消費物価及び人件費等を勘案し、運営懇談会にて意見交換等を行って同意を得たうえで行う。
前払金の返還金の保全措置	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 保全措置の内容(株式会社朝日信託・入居一時金保全信託) 無の場合の理由( )
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 有の場合の保険名(損害保険ジャパン株式会社)
消費税の対象外とする利用料等	前受家賃及び家賃相当額 なおそれ以外の費用は消費税を含んだ金額です。
短期利用の設定（短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある）	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

※7 消費税を含む総額表示とすること。

※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

## 4 サービスの内容

### (1) 全体の方針

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>その人らしい生活が維持できることを目指します。              ※価値観や生活リズムを変えることなく、その人らしい生活が維持できるよう援助します。</li> <li>入居者一人一人を尊重し、尊敬し合える人間関係を構築することに努めます。              ※入居者様は人生の大先輩であるということを忘れない姿勢で援助します。</li> <li>健康管理及び機能維持を行い、積極的に社会参加することを推進します。              ※目的をもってはつらつとした生活を目指します。</li> <li>入居者様のプライバシーを保護し、安心できる生活環境を整えます。              ※個人情報保護に努め、安心できる生活環境を提供します。</li> <li>身体拘束を廃止し、入居者様の自由な意思を制限しないことに努めます。              ※どのような状況でも（生命に危険がない限り）、入居者様の意思と自由に配慮します。</li> </ol>
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

サービスの提供内容に関する特色	機能訓練指導員、介護職員等が共同して入居者の心身状況に合わせた個別の運動プログラムを作り、元気にその人らしく生活できるように支援する。		
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

(2) 介護サービスの内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	共有部分の電気・水道等代金 管理業務・事務業務
	食費	・三食の提供 ・給食スタッフの人件費 ・献立作成費 ・食材料費
	その他	
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添	介護サービス等の一覧表による
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添	介護サービス等の一覧表及び管理規程による
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容※14	給食・調理委託：味屋フーズ株式会社 委託内容：(1) 施設利用者・職員・依頼のあった者に対する給食提供業務 (2) 食堂運営管理業務 (3) その他 協議の上定める業務	
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）※15	①神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係 045 (329) 3447 / 0570-022110<苦情専用> ②横須賀市介護保険課給付係 046 (822) 8253 ラ・ナシカよこすか 管理者 八向 美里 046 (850) 5320 ③株式会社 シダー本社総務部 093 (513) 7855 ※横須賀市以外の方は、当該市町村介護保険担当窓口へご相談下さい。	
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	緊急時マニュアルに基づいて急変・事故等発生後、直ちに施設長・看護職員（深夜帯は看護職員が当番制で電話連絡が取れる体制とします）より主治医又は協力医療機関へ連絡。指示を仰ぐこととします。同時にご家族へ連絡し、救急搬送を行います。その後、状況・処置について記録し何故事故は起きたのか、今後はどう対処するのか等の検討を行います。	

事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (事故対応のマニュアル)		
損害賠償 (対応方針及び損害保険契約の概要等)	事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が生じた場合には即時に事実確認を行うと共にご家族・身元引受人へ報告します。また、地震・津波等の天災、戦争・暴動等入居者の故意によるもの等を除いて速やかに保険会社へ報告し対応致します。ただし、入居者に重大な過失がある場合には、賠償額の減額等の対応となることがあります。		
(公社) 全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況	協会への加入	<input type="checkbox"/> ・有	
	入居者基金への加入	<input type="checkbox"/> ・有	
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"/>	実施日	随時実施。意見は運営懇談会で報告
		結果の開示	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
第三者による評価の実施状況	無		
	有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	無・有
<input checked="" type="checkbox"/>			

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や(公社)全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入する。

## 5 介護を行う場所等

要介護時 (認知症を含む。) に介護を行う場所	各居室にて介護いたします。	
入居後に居室又は施設を住み替える場合	居室から一時介護室へ移る場合 (判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)	一時介護居室は設けておりません。ご契約頂いている各居室にての介護となります。
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合 (同上)	介護居室から他の介護居室へ住み替える場合、次に掲げる手続きをとるものとします。 一 入居者の意思を確認する。 二 入居者の身元引受人等の意見を聴く。 三 事業者の指定する医師の意見を聴く。 四 一定の観察期間を置く。  事業者の判断により介護居室を変更した場合、前居室の原状回復費は請求しません。ただし、入居者の希望により介護居室を変更した場合、前居室の原状回復費を請求します。 居室利用権の取り扱い 居室の利用権が移行します。 面積の増減 あり
	提携ホームへ住み替える場合 (同上)	なし

## 6 医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人社団 ナーブ・ケア・クリニック
	診療科目	内科・神経内科・脳神経外科・腰痛外科等
	所在地	神奈川県横須賀市安浦町2-19
	距離及び所要時間	距離4.8km 車15分
	協力内容	定期診察・緊急時の対応・看護指導等 (医療費その他の費用は入居者様自己負担)
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人 桜樹会 さくらぎ逗子歯科
	所在地	神奈川県逗子市逗子2-10-8 NFCビル2階
	距離及び所要時間	距離9.2km 車20分
	協力内容	定期診察・治療・相談等 (医療費その他の費用は入居者様自己負担)
入居者が医療を要する場合の対応（入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等）	<p>通院＝協力医療機関への通院同行は、無料と致します。</p> <p>入院＝①医師の判断を基本として、入居者及びご家族とお話し合い頂き、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。</p> <p>① 入院期間中は、月額利用料のうち家賃相当額及び管理費をお支払いいただきます。</p> <p>② 入院に係る費用は入居者の負担となります</p> <p>③ 入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用することはありません。また、入院中は居室を施錠、管理し週1回の清掃を行います。</p> <p>60日を越える入院の場合はご退居の要件となり、主治医・ご家族との話し合いをさせていただきます。</p>	

## 7 入居状況等

(令和4年7月1日現在)

入居者数及び定員	42人（定員 42人）	
入居者内訳	性別	男性 14人、女性 26人
	介護の 要否別	自立 人
		要介護 37人
		(内訳) 要介護1 14人
要介護2 6人		
要介護3 8人		
要介護4 6人		
要介護5 3人		
要支援 5人	(内訳) 要支援1 4人	
	要支援2 1人	
	未認定 人	
平均年齢	89歳（男性 90歳、女性 89歳）	
運営懇談会の開催状況 （開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等）	運営懇談会は2ヶ月に1回の開催とし、入居者・ご家族・身元引受人へ事前に日時、議題等をお知らせし出欠確認した上で行います。	

(注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(令和4年7月1日現在)

(1) 職種別の職員数等

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)		
		人数	うち自立対応				
従業者の内訳	管理者	1 ( )	/				
	生活相談員	1 ( )					
	直接処遇職員	15 ( )	14.9		2 (21時～翌9時) 1 (最少人数)		
	介護職員	11 ( )	11				
	看護職員	4※ ( )	3.9			兼務職種：機能訓練指導員	
	機能訓練指導員	1※ ( )	/			看護職員	
	理学療法士	( )					
	作業療法士	( )					
	その他	1 ( )					看護職員
	計画作成担当者	1 ( )					介護支援専門員
	医師	( )					
	栄養士	( )					委託
	調理員	( )					委託
	事務職員	1 ( )					
その他職員	( )						
合計	18 ( )						

注1) 職員数欄の( )内は、非常勤職員数を内数で記入する。

2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活に必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入する。

3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入する。

4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入する。



(2) 職員の状況

管理者		他の職務との兼務				1 あり 2 なし					
		兼務に係る資格等		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				2							
前年度1年間の退職者数				3	1						
業務に 応じた 職員の 経験年 数	1年未満			3							
	1年以上 3年未満	1		1							
	3年以上 5年未満			1							
	5年以上 10年未満	2		4		1		1		1	
	10年以上	1		2	1						
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし							

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること。)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援者の人数	5.7 (1.7)	6.7 (2.0)	5.8 (1.7)
要介護者の人数	34.8	33.5	33.7
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	12.2	11.8	12.0
配置している直接処遇職員の人数 ※17	14.6	15.9	14.9
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の人数の割合	2.5 : 1	2.2 : 1	2.3 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 37.5時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番	6 : 30	～ 15 : 00
	日勤	8 : 30	～ 17 : 00
	準日勤	11 : 00	～ 19 : 30
	遅番	13 : 00	～ 21 : 30
	夜勤	21 : 00	～ 9 : 00

	看護職員 早番	:	～	:
	日勤	8:30	～	17:00
	遅番	13:00	～	21:30
	夜勤	:	～	:

※16 常勤換算後の人数を記入する。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人 ( 人 )	介護職員実務者研修修了者	4人 ( 1人 )
介護福祉士	4人 ( 2人 )	介護職員初任者研修修了者	3人 ( 2人 )
介護支援専門員	人 ( 人 )	資格なし	4人 ( 0人 )

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を ( ) に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

9 入退居等

入居者の条件 (年齢、心身の状況 (自立・要支援・要介護) 等)	入居時 要支援・要介護の方
身元引受人等の条件及び義務等	<p>一、 入居契約第 24 条 (禁止又は制限される行為) に違反し、入居者自身が改善しなければならない事項</p> <p>二、 利用料その他の支払いに関する事項</p> <p>三、 退居手続き及び退居先の決定に関する事項</p> <p>四、 その他施設が必要と認める事項</p> <p>上記のような入居者と施設との間で解決できない事項が発生した場合、又は入居者の病状により解決能力が低いと判断される場合に、入居者に代わってその責務を負うことのできることを条件とします。</p>
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 可
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	<p>【入居契約第 33 条】 事業者は入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつそのことが本契約をこれ以上将来に渡って維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に本契約を解除することがあります。</p> <p>①家賃又は管理費その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上滞納するとき</p> <p>②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</p> <p>③〔入居契約〕第24条 (禁止又は制限される行為) の規定に違反したとき</p> <p>④身体に著しい変化があり、医療依存度が施設対応不可能と判断したとき</p> <p>⑤入居者の行動が、集団生活を営むことが困難な状態であり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止あるいは調節することができないとき</p> <p>⑥入居者が自分自身を傷ついたり他人に危害を加えたりする行為がみられたとき</p> <p>⑦身元引受人が不在となったとき</p> <p>⑧入居者が長期の外出 (60日以上) をするとき</p> <p>⑨入居者及びその関係者が当社の運営を著しく妨害する行為がみられたとき</p>

		<p>⑩入居者が「暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律」第2条に定める指定暴力団連合（以下「指定暴力団等」という）の構成員及びその周辺の者であることが明らかになったとき、または指定暴力団等及び反社会的勢力との取引が明らかになったとき。</p> <p>2. 前項第一号から第七号による契約の解除の場合、事業者は各号の手続きによって行います。</p> <p>①契約解除の通告については、90日の予告期間をおく</p> <p>②前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>③解除通告に伴う予告期間中に入居者の移転の有無について確認し、移転先がない場合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する</p> <p>3. 本条第1項第四号から第六号によって契約を解除する場合は事業者は次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>【入居契約書第34条】入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行なうことにより、本契約を解除することができます。解除の申し入れは、事業者の定める「退居届（解約届）」を事業所に届け出るものとし、「退居届（解約届）」に契約解除日を明示します。入居者が「退居届（解約届）」を提出しないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって本契約は解除されたものとします。</p>	
前年度における 退居者の状況	退居先別の人数	自宅等	0人
		社会福祉施設	1人
		医療機関	6人
		死亡者	4人
		その他	2人
	生前解約の状況	施設側の申し出 (解約事由の例)	
入居者側の申し出 (解約事由の例) ・他施設へ転居の為			9人
体験入居の期間及び費用負担等		<p>① あり（内容：空室がある場合に体験入居ができます。 利用料金 2泊3日 11,000円 5食食事つき、消費税込。電気代は含みます。）</p> <p>2 なし</p>	

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入する。

## 10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	① 公開（ <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	① 公開（ <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	① 公開（ <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	① 公開（ <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	① 公開（ <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開

※20 市指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

## 1.1 その他

<p>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</p>	<p>① あり                    2 なし</p> <p>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、届出不要</p>
<p>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</p>	<p>1 あり                    ② なし</p>

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ。）

別添3「横須賀市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

令和 年 月 日

〈入居施設〉

所在地 神奈川県横須賀市平作五丁目7番8号

事業者名 ラ・ナシカ よこすか

管理者名 \_\_\_\_\_

説明者名 \_\_\_\_\_

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受け同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

〈入居者〉

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

〈身元引受人〉

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

介護サービス等の一覧表

介護度	(自立)		(要支援)		(要介護1～5)	
介護を行う場所						
	介護保険給付※、前払い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※、前払い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※、前払い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
介護サービス ○巡回 ・昼間 ～ ・夜間 ～			昼：定期的に巡回 夜間：21時 23時 2時 4時 6時	—	昼：定期的に巡回 夜間：21時 23時 2時 4時 6時 その他必要に応じて	—
○食事介助			食事の都度一部介助	—	食事の都度、個人のレベルに合わせて介助	—
○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換  ・おむつ代			トイレ誘導 排泄の都度レベルに合わせた介助	希望者に対して実施	トイレ誘導 排泄の都度レベルに合わせた介助	希望者に対して実施
○入浴等 ・清拭  ・一般浴介助  ・特浴介助  ・個浴			本人希望なら行う 週3回入浴介助  —  入浴可能な方は覚書書いて頂き実施	— — — —	入浴日以外週3回 一般浴可能なら週3回入浴介助 週3回入浴介助 (リフト浴)	— — — —
○身辺介助 ・体位交換  ・居室からの移動  ・衣類の着脱  ・身だしなみ介助			杖又は手引き介助 用で移動を介助する  朝、就寝前、入浴後にレベルに合わせた援助を行う 朝、就寝前、入浴後にレベルに合わせた援助を行う		オムツ交換時  車椅子などで介助する  朝、就寝前、入浴後にレベルに合わせた援助を行う 朝、就寝前、入浴後にレベルに合わせた援助を行う	
○機能訓練			週3回以上、身体状況に応じた機能訓練と集団体操を行う		週3回以上、身体状況に応じた機能訓練と集団体操を行う	
○通院の介助			協力病院の付き添い	協力病院以外の病院付き添い1時間 1,100円(税込) + タクシー代	協力病院の付き添い	協力病院以外の病院付き添い1時間 1,100円(税込) + タクシー代
○緊急時対応 ・ナースコール			24時間対応 全室		24時間対応 全室	

生活サービス ○家事 ・清掃  ・洗濯			週1回  週3回程度		週1回  全面介助 週3回程度	
○居室配膳・下膳			体調不良時のみ対応		体調不良時のみ対応	
○理美容				実費		実費
○代行 ・買物  ・役所手続			週1回指定日  月1回指定日	左記以外 1回 1時間1,100円＋ タクシー代 左記以外 1回 1時間1,100円＋ タクシー代	週1回指定日  月1回指定日	左記以外 1回 1時間1,100円＋ タクシー代 左記以外 1回 1時間1,100円＋ タクシー代
健康管理サービス ・健康診断 ・健康相談 ・生活指導 ・医師の往診			年2回 随時 随時 必要あれば月2回	実費  受診に係る費用 は自己負担	年2回 随時 随時 必要あれば月2回	実費  受診に係る費用 は自己負担
入退院時、入院中のサービス ・医療費 ・移送サービス			なし	医療保険制度で 支給される以外 の費用は入居者 負担	なし	医療保険制度で 支給される以外 の費用は入居者 負担
その他サービス ・レクリエーション			月一回以上実施	材料費等 実費負担	月一回以上実施	材料費等 実費負担
・クラブ活動			月一回以上実施 (選択制)	材料費等 実費負担	月一回以上実施 (選択制)	材料費等 実費負担

注1) 介護度別（自立、要支援、要介護の8区分）に介護サービス等の一覧表を作成してください。ただし、一覧表上サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめてください。

注2) サービスの項目については、必要最低限の項目を掲げたものであるため、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ください。

注3) サービスごとに回数及び費用負担等を明示してください。

注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入してください。

(※) (介護予防) 特定施設入居者生活介護による保険給付を指します。有料老人ホームが提供しない訪問介護等のサービスは含みません。