

モア・アビタシオン須磨 重要事項説明書

重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 令和3年12月16日 |
| 記入者名 | 事務課 |
| 所属・職名 | 森 淳史 |

1. 事業者の概要

| | | | |
|------------|---|----------------------|------|
| 種類 | 個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人 | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃあるふあべつた 株式会社 アルファベッタ | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒650-0001 | 兵庫県神戸市中央区加納町二丁目13番7号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | (078) - 221 - 5800 | |
| | FAX番号 | (078) - 221 - 5860 | |
| | ホームページアドレス | | |
| 代表者 | 氏名 | 中原 亨 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| 設立年月日 | 令和3年7月16日 | | |
| 主な実施事業 | 有料老人ホーム事業 ※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

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|
| 名称 | (ふりがな) もあ・あびたしおんすま モア・アビタシオン須磨 | | |
| 所在地 | 〒654-0072 | 神戸市須磨区千守町1-5-23 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 山陽電鉄「須磨寺」駅 | |
| | 最寄駅からの交通手段と所要時間 | 山陽電鉄「須磨寺」駅より徒歩約5分(約400m) | |
| | | JR「須磨」駅より徒歩約10分(約800m) | |
| 連絡先 | 電話番号 | 078-612-7500 | |
| | FAX番号 | 078-612-7735 | |
| | ホームページアドレス | | |
| | メールアドレス | | |
| 管理者 | 氏名 | 本田 彩 | |
| | 職名 | 施設長 | |
| 建物の竣工日 | | 平成元年5月17日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 令和3年9月1日 | |
| 同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日 | | 令和3年9月1日 | |

(類型)【表示事項】

| | | |
|--|-------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合) 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合) 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 | 特定施設入居者生活介護事業所 2870703457 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 2870703457 号 |
| | 指定した自治体名 | 神戸市 |
| | 事業所の指定日 | 令和 3 年 9 月 1 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 令和 3 年 9 月 1 日 |

3. 建物概要

| | | | | | |
|---------|---|--|---|--|--|
| 土 地 | 敷地面積 | 2675.56 m ² (公簿・実測) | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら全てを所有する土地 2 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地 <input checked="" type="checkbox"/> 3 事業者が賃借する土地 | | | |
| | | ※ 1 又は 2 に該当する場合 | | | |
| | | 抵当権の有無 | 有 / 無 | | |
| | | ※ 2 又は 3 に該当する場合 | | | |
| | | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> (2021 年 9 月 1 日 ~ 2041 年 9 月 1 日) / 無 | | |
| 契約の自動更新 | | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | | | |
| 建 物 | 規模 | 鉄筋コンクリート造 地下 1 階地上 6 階建 1 棟 | | | |
| | | 延床面積 | 全体 | 4538.68 m ² | |
| | | | うち、有料老人ホーム部分 | 4538.68 m ² | |
| | 構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 () | | | |
| | | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 () | | |
| | | | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 | |
| | | | | ※ 1 に該当する場合 | |
| | 抵当権等の有無 | 有 / 無 | | | |
| | ※ 2 に該当する場合 | | | | |
| | 契約期間 | <input checked="" type="checkbox"/> (2021 年 9 月 1 日 ~ 2041 年 9 月 1 日) / 無 | | | |
| 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|---|--------|
| 居室の状況 | 居室区分 | <input type="checkbox"/> 1 全室個室 <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり ※ 2 に該当する場合 | | | | | |
| | 【表示事項】 | 最小 | 人部屋 | | 最大 | 人部屋 | |
| | | 便所 | 浴室 | 台所 | 面積 | 室数・戸数 | 区分※ |
| | 居室 A | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 37.5~38.7 m ² | 33 | 一般居室個室 |
| | 居室 A2 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 40.59 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | 居室 A3 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 40.59 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | 居室 B1 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 52.5 m ² | 13 | 一般居室個室 |
| | 居室 B2 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 45.75 m ² | 5 | 一般居室個室 |
| | 居室 C1 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 53.36 m ² | 3 | 一般居室個室 |
| | 居室 C2 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 43.36 m ² | 3 | 一般居室個室 |
| 一時介護室 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 39.36 m ² | 1 | 一時介護室 | |
| ※ 「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」のいずれかを記入。 | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 6 か所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 3 か所 | | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 3 か所 | | | |
| | 共用浴室 | 3 か所 | 個室 | 1 か所 | | | |
| | | | 大浴場 | 2 か所 | | | |
| | 共用浴室に設置された介助浴槽 | 1 か所 | チェアー浴 | 1 か所 | | | |
| | | | リフト浴 | か所 | | | |
| | | | ストレッチャー浴 | か所 | | | |
| その他 () | | | か所 | | | | |
| 食堂 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| エレベーター | <input type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) 2 基 <input type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 基 <input type="checkbox"/> 3 あり (上記 1・2 に該当しない) 基 <input type="checkbox"/> 4 なし | | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 自動火災報知設備 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 火災通報設備 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | |
| | スプリンクラー | | | | | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 防火管理者 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 防災計画 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | |
| その他 | 共用施設の設備：ロビー、フロント、多目的室 (機能訓練室兼用)、応接室、和室、図書コーナー、ゲストルーム、洗濯室、花壇、駐車場、等 バリアフリーの対応状況：出入り口の段差なし、通路に手すり設置 | | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | アットホームな手作り介護をめざします。常にシニア向けサービス産業であるという自覚をもって事業に取り組みます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 生活介助や介護を必要とされる方には、介護保険制度に定められた内容に準拠した介助・介護を提供いたします。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> サービスの提供なし |
| 食事の提供 | <input type="checkbox"/> サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> サービスの提供なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> サービスの提供なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> サービスの提供なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | <input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> サービスの提供なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（設置者が自ら実施） <input type="checkbox"/> サービスの提供あり（委託） <input type="checkbox"/> サービスの提供なし |

(介護サービスの内容)

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| 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 | 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
| | サービス提供体制強化加算Ⅲ | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | ADL維持等加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
| | 科学的介護推進体制加算Ⅰ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
| | 介護職員処遇改善加算Ⅰ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
| | 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | |
| | ※有の場合、介護・看護職員の配置率 | 2.5 : 1 |

(医療連携の内容)

| | | | | |
|--------|--------------------------------|--|------|--|
| 医療支援 | | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保等） | | |
| 協力医療機関 | | ※複数選択可 | | |
| | | 1 | 名称 | 野村海浜病院 |
| | | | 住所 | 須磨区須磨浦通 2-1-41(施設から約 780m) |
| | | | 診療科目 | 内科・外科・整形外科・皮膚科・泌尿器科 |
| | | | 協力内容 | 入院の受け入れ、日常の健康診断・看護職員の指導、他の医療機関に入院を要する場合の紹介、緊急対応、診察の為の医師の派遣 |
| | | 2 | 名称 | とも歯科医院 |
| 住所 | 須磨区飛松町 3-1-3-3F(施設から約 2500m) | | | |
| 協力内容 | 歯科口腔の治療、衛生管理指導、他の医療機関への紹介、往診対応 | | | |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住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 | | <input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ） | |
| 判断基準の内容 | | 一般居室の入居者で、重度の認知症または常時介護が必要な状態になった場合 | |
| 手続きの内容 | | ① 事業者の指定する医師の意見を聴く。 ② 入居者の意思を確認する。 ③ 身元引受人等の意見を聞く。 | |
| 追加的費用の有無 | | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | |
| 居室利用権の取扱い | | 一般居室の利用権は継続します。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | <input type="checkbox"/> 有 / 無 | |
| | 便所の変更 | <input type="checkbox"/> 有 / 無 | |
| | 浴室の変更 | <input type="checkbox"/> 有 / 無 | |
| | 洗面所の変更 | <input type="checkbox"/> 有 / 無 | |
| | 台所の変更 | <input type="checkbox"/> 有 / 無 | |
| | その他の変更 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | |
| | ※ 有の場合、 | 変更内容 | |

(入居に関する要件)

| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可</p> | <p>① 自立している者 ② 要支援の者 ③ 要介護の者</p> |
| <p>留意事項</p> | <p>おおむね 60 歳以上（夫婦の場合はどちらかが 60 歳以上、お二人の関係が 3 親等以内の場合お二人とも 60 歳以上）</p> |
| <p>契約の解除の内容</p> | <p>（契約の終了） 入居契約書第 2 5 条 次の各号のいずれかに該当する場合に、本契約は終了するものとします。 一 入居者が死亡したとき（入居者が一室 2 人入居の場合は、2 人とも死亡したとき） 二 事業者が入居契約書第 2 6 条に基づき契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき 三 入居者が入居契約書第 2 7 条に基づき解約を行ったとき</p> <p>（事業者からの契約解除） 第 2 6 条 設置者は、入居者に次の事由があり、かつ信頼関係を著しく害する場合には、本契約を解除することができます。 一 入居に際し虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3 か月以上遅滞したとき 三 第 3 条第 4 項の規定に違反したとき 四 第 1 9 条第 1 項又は同第 2 項の規定に違反したとき 五 入居者の行動が、他の入居者又は設置者の役職員の生命・身体・健康・財産（設置者の財産を含む）に危害を及ぼし、ないしは、その危害の切迫したおそれがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき 2 設置者は、入居者又はその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等による、設置者の役職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだときに、本契約を解除することがあります。 3 前 2 項の規定に基づく契約解除の場合、設置者は書面にて次の手続きを行います。 一 契約解除の通告について 9 0 日の予告期間をおく 二 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 三 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、その他関係者や関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> |

| | | |
|---------------|---|-----|
| | <p>4 本条第1項第五号によって契約を解除する場合、設置者は前項に加えて次の手続きを書面にて行います。</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>5 設置者は、入居者が次の各号のいずれかに該当する場合には、本契約を直ちに解除することができます。</p> <p>一 第42条の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> <p>6 設置者は、連帯保証人又は身元引受人が本条第5項第一号又は第二号のいずれかに該当する場合、各当事者との契約を直ちに解除することができます。</p> <p>7 設置者は、前項において各当事者との契約を解除した場合、入居者に新たな連帯保証人又は身元引受人の指定を求め、入居者がこれに応じないときは本契約を解除することができます。</p> <p>8 本条第1項・第2項及び第5項による契約解除において、1室2人入居の場合、第1項第五号の解除事由に限り、どちらか一方だけ契約を解除することがあります。</p> <p>(入居者からの解約又は契約解除)</p> <p>第27条 入居者は、設置者に対し解約日の少なくとも30日前までに申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは設置者に対し所定の書面による解約届を提出するものとします。</p> <p>2 入居者が書面による前項の手続きを経ずに退去した場合、設置者は、退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約が解約されたものとします。</p> <p>3 本条第1項に関わらず、入居日の翌日から90日以内に解約しようとする場合は、所定の様式により届け出ることによって予告期間なく解約することができます。</p> <p>4 入居者は、設置者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、本契約を直ちに解除することができます。</p> <p>一 第42条の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に設置者又はその役員が反社会的勢力に該当したとき</p> | |
| 設置者から解約を求める場合 | 解約条項 | 26条 |
| | 解約予告期間 | 90日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | |
| 体験入居 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 1泊2日(3食付) 11,000円(税込) | |
| 入居定員 | 75人 | |
| その他 ※ | — | |

※ 住宅型有料老人ホーム及びサービス付高齢者向け住宅にあつては、入居者がサービス提供者を選択できる旨等を記載すること。

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。

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数※ |
|---|-----------|----|-----|---------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1.0 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 17 | 11 | 6 | 13.9 |
| うち介護職員 | 13 | 9 | 4 | 11.7 |
| うち看護職員 | 4 | 2 | 2 | 2.2 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | 0 | 0.5 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 栄養士 | | | | 委託 |
| 調理員 | | | | 委託 |
| 事務員 | 3 | 3 | | - |
| その他職員 | 7 | | 7 | - |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | 37.0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。 | | | | |

(介護職員が有している資格の総数)

| | 合計 | | |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 4 | 2 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 8 | 7 | 1 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 |

(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 | 1 | 1 | |

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| 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 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| | | | |
|----------|------|----------------|--|
| 夜勤帯の設定時間 | | 16時00分～9時00分 | |
| | 平均人数 | 最小時人数(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】 | 1 | 1.5 : 1 以上 |
| | | 2 | 2 : 1 以上 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | 2.5 : 1 以上 |
| | | 4 | 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) | 1.2 : 1 | |

※ 広告、パンフレット等における記載内容と合致すること

| | | |
|--|-------------|---|
| 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、本欄は省略可能) | 有料老人ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名所 | |
| | 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 | | | | | | | | | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | |
| | 業務に係る資格等 | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | |
| | ※ 有の場合、資格等の名称 | | | | | | | | | 実務者研修 | |
| | 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年間の採用数 | | | 4 | 2 | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 2 | 5 | 2 | | | | | | | |
| 年数に応じた 業務に従事した 職員の経験 | 1年未満 | | 2 | 1 | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | 3 | 2 | | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年未満 | 2 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|---|--|---|---|---|--|---|--|---|--|
| | 5年以上 10年未満 | 1 | | 2 | 1 | 1 | | | | | |
| | 10年以上 | 1 | | 2 | | | | 1 | | 1 | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | |

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】 | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 | |
| | ※4の場合 複数選択可 | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | |
| 入院等による不在等における利用料金(月払い)の取扱い | <input type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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 | 物価の変動又は人件費の増減及び設備の維持・運営経費等を勘案 |
| | 手続き | 事前に運営懇談会にて案内 |

(利用料金のプラン)

(税込)

| | | プラン1 | プラン2 | プラン3 | プラン4 | プラン5 | |
|------------|-----------------|---|---|---|----------------|----------------|---|
| 入居者の状況※1 | 要介護度 | 要介護1 | 要介護1 | 要介護1 | | | |
| | 年齢 | 80 | 80 | 80 | | | |
| 居室の状況※2 | | タイプA | タイプB1 | タイプC1 | タイプ | タイプ | |
| 床面積 | | 38.7 m ² | 52.5 m ² | 53.36 m ² | m ² | m ² | |
| 便所 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | |
| 浴室 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | |
| 台所 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 19,400,000円 | 23,740,000円 | 24,070,000円 | 円 | 円 | |
| | 敷金 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 219,570円 | 219,570円 | 219,570円 | 円 | 円 | |
| 家賃 | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| サービス費 | 特定施設入居者生活介護等の費用 | | 特定契約に基づく | 特定契約に基づく | 特定契約に基づく | 円 | 円 |
| | 介護 | 食費 | 69,030円 | 69,030円 | 69,030円 | 円 | 円 |
| | | 管理費※3 | 117,540円 | 117,540円 | 117,540円 | 円 | 円 |

| | | | | | | |
|---|------|---|---|---|-------|-------|
| | 介護費用 | 33,000円 | 33,000円 | 33,000円 | 円 | 円 |
| | 光熱水費 | 個別契約使用分 | 個別契約使用分 | 個別契約使用分 | 円 | 円 |
| | その他 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 都度払いとなるサービス | | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 |
| <p>※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載すること。</p> <p>※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載すること。</p> <p>※3 「用途」を景品表示法指定告示に従ってすべて記載し、「等」で括らないこと。</p> | | | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|---|
| 家賃 | 入居一時金は前払いする家賃相当額に想定居住期間を乗じて得た額に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を加えて算出されます。 入居一時金にて終身にわたる家賃相当費用を徴収するため、月払いは不要。 |
| 敷金 | — |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない 上乗せ介護費として、要介護者等 2.5 人に対し週 37.0 時間換算で介護・看護職員（直接処遇職員）を 1 人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって補えない額に充当するものとして、合理的な積算根拠に基づく費用。 |
| 管理費 | 管理運営費 A 共用部の水光熱費・維持管理費（清掃費、設備管理費等）及びフロント業務の人件費、夜間警備費等の共益費 管理運営費 B 事務費、日常運営業務に関わる人件費、健康管理費 |
| 食費 | 一日合計 2,301 円（内訳：朝食 486 円、昼食 770 円、夕食 1,045 円）喫食分の実費を請求する。 |
| 光熱水費 | 個別の外部契約による実費負担 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2 |
| 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等に対する自己負担 | 基本報酬、及び前掲加算の利用者負担分 |
| 特定施設入居者生活介護等における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス） | 前掲「介護費用」参照 |

(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 | 老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定。詳細は別紙で示します | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | 7年 (84か月) | |
| 償却の開始日 | 入居日の翌日 | |
| 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 (初期償却額) | 入居一時金ごとに異なる。 入居一時金×初期償却率にて算出する。 | |
| 初期償却率 | 23.6% | |
| 返還金の算定方法 | 入居後3ヶ月以内の契約終了 | ・(入居一時金－非返還対象分)÷償却期間の日数×(入居日から契約終了日までの日数) ・非返還対象分については無利息で全額返還する。 ※月額利用料については日割計算で受領します。 |
| | 入居後3ヶ月を越えた契約終了 | ・(入居一時金－非返還対象分)÷償却期間の日数×(契約終了日から想定居住期間満了日までの日数) |
| 前払金の保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 | |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 | |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 | |
| | 4 全国有料老人ホーム協会 | |
| | 5 その他 () | |

※ 前払金の算定根拠等については、別紙等を利用し説明すること。

※ 複数の料金プランがある場合は料金表を重要事項説明書に添付するなどして全容を明示すること。

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

| | | | | |
|-------|------------|-----|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 10人 | 女性 | 40人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 | 65歳以上75歳未満 | 3人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 11人 | 85歳以上 | 36人 |
| 要介護度別 | 自立 | 27人 | 要支援1 | 2人 |
| | 要支援2 | 4人 | 要介護1 | 7人 |
| | 要介護2 | 4人 | 要介護3 | 3人 |
| | 要介護4 | 2人 | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 6人 | 6か月以上1年未満 | 4人 |
| | 1年以上5年未満 | 17人 | 5年以上10年未満 | 11人 |
| | 10年以上15年未満 | 4人 | 15年以上 | 8人 |

(入居者の属性)

| | |
|------|-------|
| 平均年齢 | 86.8歳 |
|------|-------|

| | |
|--|-------|
| 入居者数の合計 | 50 人 |
| 入居率※ | 66.6% |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。 なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | | | |
|----------|----------|---------------------|--------|------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 2 人 | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 1 人 | 死亡者 | 14 人 |
| | その他 | 1 人 | | |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0 人 | | |
| | | (解約事由の例) | — | |
| | 入居者側の申し出 | 3 人 | | |
| (解約事由の例) | | 自宅へ戻る ご家族と他施設へ転居 | | |

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) ※適宜、欄を追加すること。

| | | | |
|--------------|-------|---------------------------|------------------|
| 窓口の名称 | | ホーム内 | |
| 電話番号 | | 078-612-7500 | |
| 対応している 時間 | — | 10:00~17:00 | |
| | — | — | |
| 定休日 | | — | |
| 窓口の名称 | | 神戸市福祉局監査指導部法人・ 施設指導担当 | 神戸市消費者生活センター |
| 電話番号 | | 078-322-6242 | 078-371-1221 |
| 対応している 時間 | 平日 | 8:45~12:00 13:00~17:30 | 9:00~17:00 |
| | 土曜 | — | — |
| | 日曜・祝日 | — | — |
| 定休日 | | 土日祝・年末年始 | 土日祝・年末年始 |
| 窓口の名称 | | 兵庫県国民健康保険団体連合会 | (公社)全国有料老人ホーム協会 |
| 電話番号 | | 078-332-5617 | 03-3548-1077 |
| 対応してい る時間 | 平日 | 8:45~17:15 | 月・水・金 9:00~17:00 |
| | 土曜 | — | — |
| | 日曜・祝日 | — | — |
| 定休日 | | 土日祝・年末年始 | 火木土日祝・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 | <input type="checkbox"/> 1 加入済み <input type="checkbox"/> 2 未加入 | | |
| | ※1の場 合 | 加入する保険会社の名称 | 損保ジャパン(株) |
| | | 加入する保険の名称 | 有料老人ホーム賠償責任保険 |
| 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 | <input type="checkbox"/> 1 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり) <input type="checkbox"/> 2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし) <input type="checkbox"/> 3 対応なし | | |

(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、意見箱等の 利用者の意見等を把握する取組の 状況 | <input type="checkbox"/> 1 取組あり <input type="checkbox"/> 2 取組なし | | |
| | ※1の場 合 | 実施日・開始日 | 平成28年6月25日 |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> 1 あり () <input type="checkbox"/> 2 なし |

| | | | |
|---------------|---------|------------------|------------------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 実施済み | | |
| | 2 未実施 | | |
| | ※ 1 の場合 | 実施日 | 平成 23 年 1 月 12 日 |
| | | 評価機関名称 | 株川原経営総合センター |
| | 結果の開示 | 1 あり () 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 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 管理規定 | 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 | 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 | 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 | 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|---|--|-------|
| 運 営 懇 談 会 | 1 設置済み | |
| | 2 未設置 (代替措置あり) | |
| | 3 未設置 (代替措置なし) | |
| | ※ 1 の場合、開催頻度 | 年 2 回 |
| | ※ 2 の場合、代替措置の内容 | |
| 提携ホームへの移行【表示事項】 | 1 移行あり (提携ホーム名:) | |
| | 2 移行なし | |
| 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 届出あり 2 届出なし | |
| | 3 届出なし (サービス付き高齢者向け住宅の登録済み) | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「第 5 章 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可 | 1 不適合事項あり (代替措置を実施済み) | |
| | 2 不適合事項あり (将来の改善計画策定済み) | |
| | 3 不適合事項あり (1 又は 2 以外) | |
| | 4 不適合事項なし | |
| | 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備 | |
| ※ 1、2 又は 3 の場合、不適合事項の内容 ※該当する項目にチェック | <input type="checkbox"/> 居室が個室ではない (<input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 一般居室の 1 人当たり床面積が 18㎡未満 (<input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない (具体的に) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (<input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) | |

| | |
|------------------------------------|--|
| ※1の場合、代替措置の概要 | |
| ※2の場合、改善計画の概要 | |
| ※5の場合、構造設備の基準となる制度の名称 | 1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み） 2 高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み） |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無 ※複数選択可 | 1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） <input checked="" type="checkbox"/> 3 指導事項なし |
| ※1又は2の場合、指導内容 | |

添付書類：別添1（設置者が別に実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択によるサービス一覧表）

別添3（請求一覧）

※ _____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。

※ 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5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、上記重要事項説明書の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。

別添1 設置者が神戸市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 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 訪問入浴介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 訪問看護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 訪問リハビリテーション | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 居宅療養管理指導 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 通所介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 通所リハビリテーション | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 短期入所生活介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 短期入所療養介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | モア・アビタシオン新神戸 | 神戸市中央区加納町二丁目13番7号 |
| 福祉用具貸与 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 特定福祉用具販売 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 認知症対応型通所介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 居宅介護支援 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | |
| 介護予防訪問介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護予防訪問看護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護予防通所介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 | モア・アビタシオン新神戸 | 神戸市中央区加納町二丁目13番7号 |
| 介護予防福祉用具貸与 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| ＜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 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護予防支援 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |

| | | | |
|-----------|--------------------------------|--|--|
| ＜介護福祉施設＞ | | | |
| 介護老人福祉施設 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護老人保健施設 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 介護療養型医療施設 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | |

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 | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 |
|----------------------------------|--|--|----|----|---------------------------|--|
| | 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） | 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 | 都度 | 料金 | | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | ○ | | 月額に含む | 保険給付+上乘介護費 |
| 排泄介助・おむつ交換 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | ○ | | 月額に含む | 保険給付+上乘介護費 |
| おむつ代 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | ○ | ※別紙料金表 | 自己負担 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | ○ | ○ | 550円（税込）／1回 | 週2回まで介護保険で提供。希望により3回目を実費提供。 |
| 特浴介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | ○ | ○ | 550円（税込）／1回 | 週2回まで介護保険で提供。希望により3回目を実費提供。 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | ○ | | | 保険給付+上乘介護費 |
| 機能訓練 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | ○ | | | 保険給付+上乘介護費 |
| 通院介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | ○ | ○ | 550円（税込）／15分 | 協力病院は保険給付で提供。それ以外実費提供 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | ○ | ○ | 550円（税込）／1回 | 週1回管理費で提供。それ以上は実費提供。 |
| リネン交換 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | ○ | | 550円（税込）／1回 | 保険給付+上乘介護費で2週1回提供。汚染時は随時提供。 |
| 日常の洗濯 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | ○ | | 550円（税込）／1回 | 週2回まで介護保険で提供。希望により3回目を実費提供。 |
| 居室配膳・下膳 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | | | 保険給付+上乘介護費で随時提供。 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | ○ | 実費 | 食材の変更による対応は実費 |
| おやつ | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | ○ | 実費 | |
| 理美容師による理美容サービス | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | | ○ | カット1,900円（税込）／カラー4,000円（税 | 外部からの訪問美容 カラー／パーマ 料金は仕様により変更あり |

| | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|-------------------------------------|--|
| | | | | | 込) / パ ー マ 4,000 円 (税込) | |
| 買い物代行 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | ○ | ○ | 550 円 (税込) /1回 | 月2回まで介護保険 で提供。それ以上は 実費提供。但し60分 以降30分/110円 |
| 役所手続き代行 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | | ○ | 1,100円 (税込) /1回 | 希望により実費提供 但し60分以降30分/ 550円 |
| 金銭・貯金管理 | | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | ○ | | | 年2回管理費で提供 |
| 健康相談 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | ○ | | | 保険給付+上乘介護 費 |
| 生活指導・栄養指 導 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | ○ | | | 保険給付+上乘介護 費 |
| 服薬支援 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | ○ | | | 保険給付+上乘介護 費 |
| 生活リズムの記録 (排便・睡眠等) | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | ○ | | | 保険給付+上乘介護 費 |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
| 移送サービス | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 入退院時の同行 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | ○ | | | 上乘介護費+管理費 |
| 入院中の洗濯物交 換・買い物 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | ○ | | | 上乘介護費+管理費 |
| 入院中の見舞い訪 問 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | <input checked="" type="checkbox"/> / 無 | ○ | | | 上乘介護費+管理費 |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「有」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。