

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和7年4月1日
記入者名	増田 由美子
所属・職名	施設長

※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4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、以下の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。

1. 事業主体概要

種類	個人 / (法人)	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん けいこうかい 社会福祉法人 恵光会	
主たる事務所の所在地	〒856-0032 長崎県大村市東大村2丁目1616-2	
連絡先	電話番号	0957-20-7020
	FAX番号	0957-20-7008
	ホームページアドレス	http://www.keikokai.ne.jp/
代表者	氏名	遠山 光宣
	職名	理事長
設立年月日	(昭和)・平成 44年7月28日	
主な実施事業	※別添1（別の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

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ あんしんはうす とみのはら 住宅型有料老人ホーム あんしんハウス とみのはら	
所在地	〒856-0806 長崎県大村市富の原2丁目6-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 竹松駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・県営バスで乗車5分、宮小路停留所で下車、徒歩20分。 ②自動車利用の場合 ・乗車6分

連絡先	電話番号	0957-55-8600
	FAX番号	0957-28-8155
	ホームページアドレス	ansin@beetle.ocn.ne.jp
管理者	氏名	増田 由美子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和 平成 21 年 10 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和 平成 21 年 10 月 1 日

【類型】 【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
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	
	指定した自治体名	長 崎 県 (市)
	事業所の指定日	平成 21 年 3 月 31 日
	指定の更新日（直近）	平成 26 年 6 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2273 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし
建物	延床面積	全体	2141、84 m ²
		うち、老人ホーム部分	1589、24 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		2 鉄骨造	
		3 木造	
		4 その他 ()	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	
		2 事業者が賃借する建物	
		抵当権の設定	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし
		契約の自動更新	1 あり 2 なし

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	18.00 m ²	38 室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.14 m ²	4 室	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	18.18 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	18.37 m ²	6 室	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「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」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所	
	共用浴室	6ヶ所	個室		6ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		ヶ所	
			その他（ ）		ヶ所	
	食堂	1 あり	2 なし			
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 あり	2 なし				
エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし					
消防用設備等	消火器	1 あり	2 なし			
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし			
	火災通報設備	1 あり	2 なし			
	スプリンクラー	1 あり	2 なし			
	防火管理者	1 あり	2 なし			
	防災計画	1 あり	2 なし			
その他						

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	介護員は入居者の心身の特性を踏まえて、その能力に応じ自立した生活を営む事ができるよう安心・安全な住居の提供又相談や助言などの必要な援助を行う。要援護状態になられても尊厳を持って生活できるように支援する。
----------	--

サービスの提供内容に関する特色	
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

(介護サービスの内容) ※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

特定施設入居者生活介護 の加算の対象となるサ ービス体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし
	看取り介護加算	1 あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ) 1 あり 2 なし
		(Ⅱ) 1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) イ 1 あり 2 なし
		(Ⅰ) ロ 1 あり 2 なし
		(Ⅱ) 1 あり 2 なし
		(Ⅲ) 1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サ ービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) :
	② なし	

(医療連携の内容)

医療支援		① 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他（	
------	--	--	--

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み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 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()
--------------------------	--

判断基準の内容		なし	
手続きの内容		なし	
追加的費用の有無		1	あり (2) なし
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1	あり (2) なし
従前の居室との仕様変更	面積の増減	1	あり (2) なし
	便所の変更	1	あり (2) なし
	浴室の変更	1	あり (2) なし
	洗面所の変更	1	あり (2) なし
	台所の変更	1	あり (2) なし
	その他の変更	1	あり (2) なし (変更内容)
		(2) なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり (2) なし
	要支援の者	(1) あり 2 なし
	要介護の者	(1) あり 2 なし
留意事項	入居中に介護認定で非該当となられた方については、地域包括支援センターと協力し、在宅復帰へ向け積極的に取り組みます。	
契約の解除の内容	入居契約書第 29 条に該当した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 30 条に該当した場合
	解約予告期間	1 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	(1) あり (内容：空き居室を利用し最高 7 日間：1 日 4,000 円 水道光熱費・電気料込み、食費別途：1 日 1,800 朝 450 円・ 昼 650 円・夕 700 円) 2 なし	
入居定員	50 人	
その他		

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。(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません) 住宅型有料老人ホーム：換算人数は記入なしで可。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1 ※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	(1)	(1)		
直接処遇職員				
介護職員	20	15	5	

	看護職員				
	機能訓練指導員				
	計画作成担当者				
	栄養士				
	調理員				
	事務員		1	1	
	その他職員		3	5	
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数 ※2					
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従事者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従事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。					
※2 特定施設入居者生活介護等を提供していない場合は、記入不要。					

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士		11	3
実務者研修の修了者		2	3
初任者研修の修了者		1	
介護支援専門員			

(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			
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)

夜間帯の設定時間 (16 : 30 ~ 翌日 9 : 30)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2 人	2 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】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率	:

		(記入日時点の利用者数：常勤換算職員数)			
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択					
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)		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称			
		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				1 あり (2) なし						
		業務に係る資格等		(1) あり								
				資格等の名称		主任介護支援専門員						
				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				2								
就業した職員の人数	1年未満			2								
	1年以上3年未満			1								
	3年以上5年未満			2	1							
	5年以上10年未満			2	6							
	10年以上			6	0							
	従業者の健康診断の実施状況				(1) あり 2 なし							

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】	(1) 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	(3) 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり (2) なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり (2) なし	
入院等による不在時における利用料金 (月払い) の取扱い	1 減額なし (2) 日割り計算で減額 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	消費者物価指数及び人件費等を勘案し、必要と考えられる場合
	手続き	運営懇談会の意見を聴取する。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	要介護 1	要支援 1
	年齢	90 歳	94 歳
居室の状況	床面積	18.00 m ²	18.00 m ²
	便所	① 有 2 無	① 有 2 無
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	0 円	0 円
月額費用の合計		134,000 円	134,000 円
家賃		40,000 円	40,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円
	介護保険外※2		
	食費 (1,800 円/日) 30 日計算	54, 000 円	54, 000 円
	管理費	27, 500 円	27, 500 円
	介護費用	円	円
	光熱水費	使用分実費 円	使用分実費 円
その他 : 共益費		12,500 円	12,500 円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む			
※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入しない）			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近隣の賃貸住宅（アパート等）の家賃相当額を参考にして算出（敷金無）
共益費	共有部分の光熱水費、消耗品費（洗剤・消毒液等）など入居者が共同で使用する部分にかかる費用。
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費	施設設備維持管理費（定期点検・保守点検等） 介助職員人件費（掃除、洗濯、配膳等直接身体に係らない職員）
食費	朝食 450、昼食 650 円、夕食 700 円で算出し、準備提供した食事分を徴収 朝食のキャンセルは前日 16 時迄、昼食は 9 : 30 迄、夕食は 13 時迄。
光熱水費	各居室に管理メーターを設置し月毎の使用量により算出。
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	医療費・おむつ・理容・放送受信料・トイレトペーパー・ レクリエーションに関する費用・個人的な支出

(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 ※ に対する自己負担額	
特定施設入居者生活介護 ※ 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）	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(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		
想定居住期間（償却年月数）		ヶ月
償却の開始日		入居日
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）		円
初期償却率		%
返還金の 算定方法	入居後の3月以内の契約終了	
	入居後の3月を超えた契約終了	
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（名称： ）	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	11 人
	女性	33 人
年齢別	6 5 歳未満	0 人
	6 5 歳以上 7 5 歳未満	1 人
	7 5 歳以上 8 5 歳未満	8 人
	8 5 歳以上	35 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	12 人
	要介護 2	12 人
	要介護 3	10 人
	要介護 4	5 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	7 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	21 人
	5 年以上 1 0 年未満	12 人
	1 0 年以上 1 5 年未満	0 人
	1 5 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	89.5 歳
入居者数の合計	44 人
入居率 ※	88 %
※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	3 人
	医療機関	11 人
	死亡者	2 人
	その他	0 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	17 人
		(解約事由の例) 自立に伴う自宅復帰・特別養護老人ホーム、老人保健施設、長期入院、当施設で逝去等

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)

※複数の窓口がある場合は、欄を増やして記入すること。

窓口の名称		大村市長寿介護課(保険者)	長崎県国民健康保険団体連合会
電話番号		0957-20-7301	095-826-1599
対応している時間	平日	8 : 30～17 : 15	9 : 00～17 : 00
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日		土・日曜日・祝祭日	

その他の窓口の名称	電 話 番 号
第三者委員	糸田 國子 0957-54-1494
〃	野添 幸重 0957-54-2337
同法人本部事務局	0957-20-7020
県社会福祉協議会「運営適正化委員会」	095-842-6410

(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	1 あり	(その内容) あいおい損害保険株式会社 賠償責任保険
	2 なし	
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	1 あり	(その内容) 業務上の賠償保障 (自己責任によるものは対象外)
	2 なし	

	2 なし		
事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし	
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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② 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)

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
管理規程	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 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	① 代替措置あり	(内容) 新型コロナウイルス感染拡大防止等により書類送付。
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) 2 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 あり 2 なし 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、届出が不要。	

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	1 あり	(2) なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり	(2) なし
合致しない事項がある場合の内容		
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり	(2) なし
不適合事項がある場合の内容		

<住宅型>

添付書類： 別添 1 （別に実施する介護サービス一覧表）
別添 2 （個別選択による介護サービス一覧表）

契約の締結に当たり、利用者の詳細な支払い方法を含め、住宅型有料老人ホームあんしんハウスとみのはらの重要事項説明書により説明を受け同意いたしました。

令和 年 月 日

入居者署名 _____ (代筆・代理)

家族代表 _____ (続柄)

説明年月日 令和 年 月 日

説明者氏名 _____

個人情報の使用に係る同意書

1. 使用目的：入居者に係る生活状況確認や介護サービス利用するため該当する医師や介護支援専門員等の関係機関との情報交換
2. 個人情報を使用する事業者
名称：住宅型有料老人ホーム あんしんハウスとみのはら
住所：長崎県大村市富の原2丁目6番地1
管理者：施設長 増田 由美子
3. 個人情報を使用するにあたって
 - (1) 個人情報の提供は必要最小限にします。
 - (2) 提供された個人情報は第三者にもりません。
 - (3) 提供された個人情報は目的以外には使用しません。
 - (4) 個人情報を使用した会議の内容や相手方等について、経過を記録しておきます。

わたし（利用者及びその家族）の個人情報について、

有料老人ホームあんしんハウスとみのはらの入居にあたり、上記に定める条件で必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ ⑩

代理人氏名 _____ ⑩（続柄 _____）

御家族（代表）氏名 _____ ⑩（続柄 _____）

別添 1 事業主体が当該都道府県、政令指定都市、中核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	あり	なし	ヘルパーステーション慈恵荘	大村市富の原 2 丁目 6-1
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	キャロット広場・らく元	大村市富の原 2-4-4・東大村 2-1616
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	ショートステイ 慈恵荘	大村市東大村 2 丁目 1616-2
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	有料老人ホーム南串山荘	雲仙市南串山町丙 10722
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>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	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	グループ H 慈恵荘・東大村	大村市東大村 2 丁目 1616-14
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		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	在宅介護支援センター慈恵荘	大村市富の原 2 丁目 6-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーション慈恵荘	大村市富の原 2 丁目 6-1
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	キャロット広場・らく元	大村市富の原 2-4-4・東大村 2-1616
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	ショートステイ 慈恵荘	大村市東大村 2 丁目 1616-2
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	安心ハウス南串山荘	雲仙市南串山町丙 10730-1
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	特別養護老人ホーム慈恵荘	大村市東大村 2 丁目 1616-2
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		

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								なし	あり
	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 ※1）		個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）		包含※ 2	都度※ 2	料金※ 3	備 考	
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	実費	介護保険利用	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	実費	介護保険利用	
おむつ代			なし	あり		○	実費	使用分の実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	実費	介護保険利用	
特浴介助	なし	あり	なし	あり				外部サービス利用可（実費）	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	実費	介護保険利用	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				外部サービス利用可（実費）	
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	実費	0.5 時間 1300 円 1 時間 2,500 円 （早朝夜間 25%加算）	
口腔衛生管理			なし	あり		○	実費	医療機関利用	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○				
居室配膳・下膳	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		○	実費	トロミ剤（実費）	
おやつ			なし	あり	○				
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	外部訪問理美容可（実費）	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	実費	0.5 時間 1,000 円	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
金銭管理			なし	あり	○				
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○	実費	医療機関利用	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○				
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○	実費	介護保険・医療保険利用	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			用	
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				外部サービスで実施	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	実費	0.5 時間 1300 円 1 時間 2,500 円 （早朝夜間 25%加算）	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	実費	0.5 時間 1000 円	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり					

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割・2割・3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に依り、いずれかの欄に「○」を記入する。（買い物・通院・入院中の支援：あんしんサポート大村利用）

※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

※4：介護に関しては、介護保険サービスを優先的に利用します。

R7.7.3 監査

食費の上限は690円で消費税8%で可となっている。

夕食が700円により納税に関わる為確認が必要との監査で助言あり。

委託業者に野田部長が確認されたところ、課税10%となっている為
夕食の記載の変更はしなくていいとのことであった。