

.....

重要事項説明書

平野みとうの里

地域密着型特定施設入居者生活介護事業

サービス付き高齢者向け住宅

平成25年7月10日登録（令和元年10月1日更新）
大阪市（25）0003号

この「重要事項説明書」は、「大阪市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成25年大阪市条例第27号）、以下「条例基準」という。）」の定めに基づき、契約締結に際して、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記したものです。

みとうメディカル株式会社

.....

平野みとうの里

重要事項説明書

記入年月日	令和 2 年 6 月 3 0 日
記入者名	秋山 恭子
所属・職名	管理者

(注) 本書は、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が、老人福祉法第 29 条第 5 項の規定に基づき、契約の重要な事項を説明するための書面です。

サービス付き高齢者向け住宅の事業者が、「食事の提供」「介護の提供」「家事の供与」「健康管理の供与」のいずれかを住宅事業の一部として実施している場合、その住宅は有料老人ホームに該当します。

1. 事業者概要 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

2. 事業の概要 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

3. 建物概要 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者様が住み慣れた地域でいきいきと生活し、生きがいを持ち支えあいながら生活していけるようにサポートします。その際、入居者様の基本的人権を尊重することはもちろん、ご家族様や地域の方との連携も重視し、その人らしい生活を送れるように寄り添い、支援いたします。		
サービスの提供内容に関する特色	利用者様とのコミュニケーションを重視し、一人ひとりに寄り添うサービスの提供のほか、医療との連携に積極的に取り組んで利用者様の暮らしの安心の実現を目指しています。		
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記入不要

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	入居継続支援加算		1	あり	2	なし
	生活機能向上連携加算		1	あり	2	なし
	個別機能訓練加算		1	あり	2	なし
	若年性認知症利用者受入加算		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
	口腔衛生管理体制加算		1	あり	2	なし
	栄養スクリーニング加算		1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算		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
	介護職員処 遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
		(Ⅲ)	1	あり	2	なし
		(Ⅳ)	1	あり	2	なし
		(Ⅴ)	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) : 1			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	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 ()
協力医療機関	名称	医療法人鹿野苑会 河野クリニック
	住所	大阪市住吉区杉本2-20-10
	診療科目	内科・小児科
	協力内容	医師の判断に基づく入居者の通院治療や入院治療及び医療情報提供(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
協力歯科医療機関	名称	医療法人美戸会 かなえデンタルクリニック
	住所	大阪市住吉区長居西2-11-14
	協力内容	医師の判断に基づく入居者の往診治療や通院治療及び医療情報提供(医療費その他の費用は入居者の自己負担)

(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記入不要

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			
手続きの内容			
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 仕様の変更	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	(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	入居の条件は下記の各号に該当することです。ただし、利用者は入居前に医師の診断を受けるものとします。 ①要介護 1～5 の被認定者であること。 ②複数人による共同生活を営むことに支障がないこと。 ③他の利用者に伝染する疾患のないこと。 ④常時医療機関において治療する必要があること。 ⑤健康保険に加入していること。 ⑥利用契約書に定めることを承認し、事業者の運営方針に協同できること。 (利用契約書第 3 条参照)	
契約の解除の内容	次の条件に該当する場合、契約を解除し、終了します。 ①利用者が死亡した場合。 ②要介護の認定更新において、利用者が自立もしくは要支援と認定された場合。 ③入居後、著しい体力の低下等により、利用者の共同生活維持が困難になった場合。 ④利用者が他の介護療養施設等への入所が決まり、そこで受け入れが可能となった場合。 ⑤事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。 その他の条項は、利用契約書第 2 7 条参照。	

事業者から解約を求める場合	解約条項	①利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行った結果、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。 ②利用者が正当な理由なく利用料その他支払うべき費用を3ヶ月分滞納し、2週間の催告期間の経過後、1週間以内に支払わなかった場合。 その他の条項は、利用契約書第29条参照。
	解約予告期間	相当の期間
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	1 あり（内容：1日5,000円【介護費用含む】、食費1日1,525円、個人費用・リネン費別途） 2 なし	
入居定員	20人	
その他	退去時に居室の状態により原状回復費を徴収することがある。	

5. 職員体制

※住宅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）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数※ ¹
	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	9	5	4	7.3
介護職員	8	4	4	6.3
看護職員	1	1		1.0
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1		1	0.8
栄養士				
調理員	3		3	1.0
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ ²				40.0時間 (看護職員は32時間)
※1 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。				

(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	5	4	1
実務者研修の修了者	4	3	1
初任者研修の修了者		3	
介護支援専門員	1		1

(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 (21時～ 6時)		
	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	1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、本欄は記入不要)	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 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2. 1 : 1
※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、本欄は記入不要)	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		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			3		1							
前年度1年間の退職者数		1	3		1							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1						1				
	1年以上3年未満			2	2							
	3年以上5年未満										1	
	5年以上10年未満			1	2	1						
	10年以上			1								
	従業者の健康診断の実施状況		1 あり 2 なし									

6. 利用料金 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

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	3人
	女性	12人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	0人
	要介護2	3人
	要介護3	3人
	要介護4	6人
	要介護5	2人

入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	7人
	5年以上10年未満	5人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	85歳
入居者数の合計	15人
入居率※	65%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	4人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例) 親類のところへ転居するため

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		平野みとうの里
電話番号		06-6793-0551
対応している時間	平日	09:00～18:00
	土曜	09:00～18:00
	日曜・祝日	09:00～18:00
定休日		なし

窓口の名称		大阪市平野区役所 保健福祉課 介護保険グループ	大阪府役所 高齢者施策部 介護保険課 指定・指導グループ	大阪府 国民健康保険 団体連合会
電話番号		06-4302-9859	06-6241-6310	06-6949-5418
対応している時間	平日	09:00～17:30	09:00～17:30	09:00～17:00
	土曜	なし	なし	なし
	日曜・祝日	なし	なし	なし
定休日		土曜・日曜・祝日 12/29～1/3	土曜・日曜・祝日 12/29～1/3	土・日・祝・祭日

(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) 三井住友海上株式会社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、身体障害、財物損壊、純粋経済損失が発生した場合、上限1億円までの損害賠償を行う。
	☐ 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)
	☒ 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	☐ 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		

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 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 隔月で、地域住民等を招き、運営推進会議を開催している。
	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	
サービス付き高齢者向け住宅 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		

添付書類：別添1 (事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表)

別添2 (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)

※ _____様

説明年月日 令和 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 1

事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表

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みとう	大阪市住吉区長居東4-5-6
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	みとう薬局	大阪市住吉区長居東4-6-8
通所介護	あり	なし	みとうデイサービスセンター	大阪市住吉区長居西3-6-21
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>				
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	みとうデイサービスセンターさくら	大阪市住吉区遠里小野6-1-10
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	みとう多機能ホーム	大阪市住吉区長居西3-3-16
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	みとうグループホーム長居	大阪市住吉区長居西3-6-21
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	みとうケアプランセンター	大阪市住吉区長居東4-5-6
<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みとう	大阪市住吉区長居東4-5-6
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	みとう薬局	大阪市住吉区長居東4-6-8
介護予防通所介護	あり	なし	みとうデイサービスセンター	大阪市住吉区長居西3-6-21
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		
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	みとうデイサービスセンターさくら	大阪市住吉区遠里小野6-1-10
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	みとう多機能ホーム	大阪市住吉区長居西3-3-16
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	みとうグループホーム長居	大阪市住吉区長居西3-6-21
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		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添 2

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					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					
おむつ代			なし	あり		○	実費	1 か月の使用量に応じて実費を徴収。	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				一般浴は週3回。清拭は必要に応じ週2回。	
特浴介助	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					
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	30 分につき 1000 円	協力医療機関以外の場合、料金を徴収。	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり				週に 3 回	
リネン交換	なし	あり	なし	あり				月に 2 回	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	実費	週3回が目安。別途クリーニング実施の場合は実費徴収。	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			1 回につき 200 円	本人の希望に応じて	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	必要に応じ、実費を徴収。	
おやつ			なし	あり	○			1 日 1 回。費用は食費に含む。	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	必要に応じ、月 1 回実施。	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	30 分につき 1000 円	大阪市外の場合、料金を徴収。	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年 2 回実施	
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					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	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		○	30 分につき 1000 円	協力医療機関以外の場合、料金を徴収。	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	30 分につき 1000 円	協力医療機関以外の場合、料金を徴収。	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	30 分につき 1000 円		
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	30 分につき 1000 円	協力医療機関以外の場合、料金を徴収。	

※ 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：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用サービス費用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。

（別添３）介護保険自己負担額

当施設の地域区分単価

２級地 10.72 円

利用者負担額は、１割を表示しています。但し、法令で定める額以上の所得のある方は、２割又は３割負担となります。

基本費用			１日あたり （円）		３０日あたり （円）		備考
要介護度	単位数		利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額	
要介護１	535		5,735	574	172,056	17,206	
要介護２	601		6,443	645	193,282	19,329	
要介護３	670		7,182	719	215,472	21,548	
要介護４	734		7,868	787	236,054	23,606	
要介護５	802		8,597	860	258,923	25,793	
			１日あたり（円）		３０日あたり（円）		
加算費用	算定の 有無等	単位数	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額	算定回数等
入居継続支援加算	なし	36	－	－	－	－	
生活機能向上連携加算	なし	200	－	－	－	－	
個別機能訓練加算	なし	12	－	－	－	－	
夜間看護体制加算	なし	10	－	－	－	－	
若年性認知症利用者受入加算	あり	120	1,286	129	38,592	3,860	
医療機関連携加算	あり	80	－	－	858	86	月１回
看取り介護加算	なし	144	－	－	－	－	
		680	－	－	－	－	
		1,280	－	－	－	－	
口腔衛生管理体制加算	なし	30	－	－	322	33	月１回
栄養スクリーニング加算	あり	5	－	－	54	6	６か月に１回
退院・退所時連携加算	あり	30	322	33	9,648	965	
認知症専門ケア加算	なし	3/4	－	－	－	－	
サービス提供体制強化加算	I 口	12	129	13	3,860	386	
介護職員処遇改善加算	I	（地域密着型特定施設入居者生活介護＋加算単位数）×8.2％					
介護職員等特定処遇改善加算	II	（地域密着型特定施設入居者生活介護＋加算単位数）×1.2％					

- （短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護の概要：以下の要件全てに該当すること）
- 指定特定施設入居者生活介護の事業を行う者が、指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス若しくは指定介護予防支援の事業又は介護保険施設若しくは指定介護療養型医療施設の運営について３年以上の経験を有すること。
 - 指定特定施設の入居定員の範囲内で、空いている居室等（定員が１人であるものに限る。）を利用するものであること。ただし、短期利用特定施設入居者生活介護の提供を受ける入居者（利用者）の数は、当該指定特定施設の入居定員の１００分の１０以下であること。
 - 利用の開始に当たって、あらかじめ３０日以内の利用期間を定めること。
 - 家賃、敷金、介護等その他の日常生活上必要な便宜の供与の対価として受領する費用を除き、権利金その他の金品を受領しないこと。
 - 介護保険法等に基づく勧告、命令、指示を受けたことがある場合にあっては、当該勧告等を受けた日から起算して５年以上の期間が経過していること。

(加算の概要)

■入居継続支援加算【要支援と短期利用（地域密着含む）は除く】

- ・喀痰吸引又は経管栄養等の行為を必要とする者の占める割合が利用者の15%以上であること。
- ・介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。

■生活機能向上連携加算【短期利用（地域密着含む）は除く】

- ・指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又は医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師が当該特定施設を訪問し、機能訓練指導員と共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合。

■個別機能訓練加算【短期利用（地域密着含む）は除く】

- ・機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置していること。
(理学療法士等…理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、一定の実務経験のあるはり師、きゅう師)
- ・機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種のものが共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていること。

■夜間看護体制加算【要支援は除く】

- ・常勤看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めている場合。
- ・看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、利用者に対して、24時間連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。
- ・重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

■若年性認知症利用者受入加算【短期利用（地域密着含む）は除く】

- ・受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。

■医療機関連携加算【短期利用（地域密着含む）は除く】

- ・看護職員が、利用者ごとに健康の状況を継続的に記録していること。
- ・利用者の同意を得て、協力医療機関又は当該利用者の主治医の医師に対して、利用者の健康状況について月1回以上情報を提供したこと。

■看取り介護加算【要支援と短期利用（地域密着含む）は除く】

- ・指針は入居の際に説明し、同意を得る。
- ・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、その旨を本人又はその家族等に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、利用者等とともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最後が迎えられるよう支援していること。

■口腔衛生管理体制加算【短期利用（地域密着含む）は除く】

- ・事業所において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
- ・事業所において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導を月1回以上行っていること。

■栄養スクリーニング加算【短期利用（地域密着含む）は除く】

- ・事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を当該利用者の担当する介護支援専門員に提供した場合。

■退院・退所時連携加算【要支援と短期利用（地域密着含む）は除く】

- ・病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から指定特定施設に入居した場合、入居した日から起算して30日以内の期間については、退院・退所時連携加算として、1日につき所定単位を加算する。30日を超える病院若しくは診療所への入院又は介護老人保健施設若しくは介護医療院への入所後に該当指定特定施設に再び入居した場合も、同様とする。

■ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）【短期利用（地域密着含む）は除く】

- ・ 利用者の総数のうち、日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する方が 50%以上であること。
- ・ 「認知症介護実践リーダー研修」を終了している者を、対象者の数が 20 人未満の場合は 1 名以上、20 人以上の場合は対象者の数が 19 を超えて 10 又はその端数を増すごとに 1 名を加えた数以上配置し、チームとして認知症ケアを実施していること。
- ・ 事業所従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。

■ 認知症専門ケア加算（Ⅱ）【短期利用（地域密着含む）は除く】

- ・ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）での内容をいずれも満たすこと。
- ・ 「認知症介護指導者研修」を終了している者を 1 名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
- ・ 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施をしていること。

■ サービス提供体制強化加算

- ・ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ
前年度(3 月を除く)における介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 60%以上であること。
- ・ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ
前年度(3 月を除く)における介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 50%以上であること。
- ・ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）
前年度(3 月を除く)における看護・介護職員のうち、常勤職員の占める割合が 75%以上であること。
- ・ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）
前年度(3 月を除く)における利用者に直接サービス提供を行う職員の総数（生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員）のうち、勤続年数 3 年以上の者の占める割合が 30%以上。

■ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅳ）

別に厚生労働大臣が定める基準に対して適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出ている場合。

■ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）

別に厚生労働大臣が定める基準に対して適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出ている場合。

(別添４) 介護保険自己負担額(参考:加算項目別報酬金額:２級地(地域加算１５％))

	単位	介護報酬額 ／月	自己負担分／月 (１割負担の場合)	自己負担分／月 (２割負担の場合)	自己負担分／月 (３割負担の場合)
要介護１	535	172,056	17,206	34,412	51,617
要介護２	601	193,282	19,329	38,657	57,985
要介護３	670	215,472	21,548	43,095	64,642
要介護４	734	236,054	23,606	47,211	70,817
要介護５	802	257,923	25,793	51,585	77,377
入居継続支援加算	36	11,578	1,158	2,316	3,474
生活機能向上連携加算	200	2,144	215	429	644
個別機能訓練加算	12	3,860	386	772	1,158
夜間看護体制加算	10	3,216	322	644	965
若年性認知症利用者受入加算	120	38,592	3,860	7,719	11,578
医療機関連携加算	80	858	86	172	258
看取り介護加算 (死亡日以前４～３０日)	144	41,679	4,168	8,336	12,504
看取り介護加算 (死亡日以前２～３日)	680	14,579	1,458	2,916	4,374
看取り介護加算 (死亡日当日)	1,280	13,722	1,373	2,745	4,117
口腔衛生管理体制加算	30	322	33	65	97
栄養スクリーニング加算	5	54	6	11	17
退院・退所時連携加算	30	9,648	965	1,930	2,895
認知症専門ケア加算Ⅰ	3	965	97	193	290
認知症専門ケア加算Ⅱ	4	1,286	129	258	386
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	18	5,789	579	1,158	1,737
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	12	3,859	386	772	1,158
サービス提供体制強化加算Ⅱ	6	1,930	193	386	579
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	1,930	193	386	579
介護職員処遇改善加算Ⅰ	上記から算出した単位数に８．２％をかけて算出する				
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	上記(介護職員処遇改善加算Ⅰは除く)から算出した単位数に １．２％をかけて算出する				

介護報酬		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
		193,800	217,021	241,297	263,814	287,739
自己負担	(１割の場合)	19,380	21,703	24,130	26,382	28,774
	(２割の場合)	38,760	43,405	48,260	52,763	57,548
	(３割の場合)	58,140	65,107	72,390	79,145	86,322

- ・上記は、医療機関連携加算、口腔衛生管理体制加算、栄養スクリーニング加算、サービス提供体制強化加算Ⅰロ、介護職員処遇改善加算Ⅰ、介護職員等特定処遇改善加算Ⅱを算定している場合の例です。

次ページ以降は、
サービス付き高齢者住宅に係る
「登録事項等についての説明」
です。

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第 17 条関係）

		年 月 日	
登録事項等についての説明			
		貸主（甲） 住所 氏名	印
		代理人 住所 氏名	印
サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。			
1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地			
住宅の名称	(ふりがな) ひらのみとうのさと 平野みとうの里		
所在地	(住居表示) 〒547-0006 大阪府大阪市平野区加美正寛寺4-4-38		
利用交通手段	☒ 1. 電車（ JR関西本線加美駅 / または徒歩で9分 ） ☐ 2. その他（ ）		
住宅に関する権原	☐ 1. 所有権 ☒ 2. 賃借権 ☐ 3. 使用貸借による権利 期間 2014 年 3 月 28 日から 2039 年 3 月 31 日まで		
施設に関する権原	☐ 1. 所有権 ☐ 2. 賃借権 ☐ 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで		
敷地に関する権原	☐ 1. 所有権 ☐ 2. 地上権 ☒ 3. 賃借権 ☐ 4. 使用貸借による権利 期間 2014 年 3 月 28 日から 2039 年 3 月 31 日まで		
(注) 住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。			
2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者			
法人・個人の別	☒ 法人 ☐ 個人		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) みとうめでいかるかぶしがいいしゃ みとうメディカル株式会社		
住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号 558-0004) 大阪府大阪市住吉区长居東4-6-8 電話番号 06-6607-0404		
法人の役員	別添 1 のとおり		
法定代理人 (未成年の個人である場合)	(ふりがな)		
	商号、名称、又は氏名		
	住所（法人にあつては主たる事務所の所在地）	(郵便番号) 電話番号	
法人の役員	別添 2 のとおり		

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) みとうめでいかるかぶしがいいしゃ みとうメディカル株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 558-0004) 大阪府大阪市住吉区長居東4-6-8 電話番号 06-6607-0404

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	23	戸	
居住部分の 規模	(最小)	18.26	m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	23.87	m ²	
構造及び 設備	共同利用設備	■ あり □ なし		
	構 造	鉄骨	造	階 数 地上 4 階建
竣工の年月	2014 年 3 月 6 日			
加齢対応構造 等	■ 登録基準に適合している			
	■ エレベーターを備えている			
	■ 緊急通報装置を備えている			

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期
(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	☒ 賃貸借契約 ☐ その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
終身賃貸事業者の事業の認可	☐ 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ☒ ②高齢者＋同居者 (配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	年 月 日から
--------	---------

注) 入居開始年は、西暦で記入すること。

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

高齢者生活支援サービス	サービスの種類	提供形態		提供の対価(概算・月額)		詳細については、別添4のとおり
	状況把握 生活相談	■ 自ら □ 委託		約 円		
	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		約 45,750 円		
	入浴等の介護	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		約 円		
	調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		約 円		
	健康の維持増進	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		約 円		
その他		■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		約 9,500 円		
家賃の概算額	(最低)	約	55,500	円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高)	約	66,000	円		
共益費の概算額	(最低)	約	15,270	円		
	(最高)	約	15,270	円		
敷金の概算額	(最低)	約	0	円	家賃の 0 月分	
	(最高)	約	0	円		
前払金※の有無	□ あり ■ なし					
家賃等の前払金の概算額	(最低)	約	円	(最高)	約	円
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃					
	サービス提供の対価					
返還額の算定方法						
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで					
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)					
前払金の保全措置の内容	☐ 銀行による債務の保証 ☐ 信託会社等による元本補てん又は信託 ☐ 保険事業者による保証保険 ☐ その他()					
特定施設入居者生活介護事業者	☐ 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()					
	■ 指定を受けていない					
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	■ 指定を受けている 介護保険事業所番号 (2795800396)					
	☐ 指定を受けていない					
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	☐ 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()					
	■ 指定を受けていない					
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)					

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	☒ 自ら管理 ☐ 管理業務を委託	
委託する業務の内容 (契約事項)		
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	
	電話番号	
修繕計画		
計画策定の有無	☐ あり ☒ なし	
大規模修繕の実施予定	頃実施予定	
その他計画的な修繕予定		

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんろくやおんかいこうのくりにつく 医療法人鹿野苑会 河野クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 558-0022) 大阪府大阪市住吉区杉本 2 - 2 0 - 1 0 電話番号 06-6691-2973
連携又は協力の内容	訪問診療、定期健康診断、休日・夜間対応等

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんみとかいかなえでんたるくりにつく 医療法人美戸会 かなえデンタルクリニック
事業所の所在地	(郵便番号 558-0002) 大阪府大阪市住吉区長居西 2 - 1 1 - 1 4 電話番号 06-6608-6480
連携又は協力の内容	訪問歯科、休日・夜間対応等

10. 登録の申請が基本方針（及び高齢者居住安定確保計画）に照らして適切なものである旨

高齢者の居住安定確保に関する基本的な方針（平成21年厚生労働省・国土交通省告示第1号）及び大阪府高齢者・障がい者住宅計画（大阪府高齢者居住安定確保計画）に従い適正に管理します。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日

借主（乙） 住所
氏名

印

役 員 名 簿

(ふりがな)	役名等
氏 名	
くらおかまさる	代表取締役
倉岡多	
くらおかちやこ	取締役
倉岡千谷子	
かじたにななえ	取締役
梶谷七恵	
くらおかかなえ	取締役
倉岡香苗	
まーくれおむ	取締役
マークレオム	
くらおかまき	監査役
倉岡真紀	

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

役 員 名 簿

(ふりがな)	役名等
氏 名	

法第6条第1項第4号の役員に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

別添 3									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完 備	便 所	洗 面	浴 室	台 所	収 納			
1	23.87	○	○	○	○	○	○	3	101, 201, 203	66,000
1	23.87	×	○	○	×	○	○	4	301, 303, 401, 403	60,000
1	18.26	×	○	○	×	○	○	16	102, 202, 205～ 208, 302, 305～ 308, , 402, 405～408	55,500

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室	2	22.20	1階	23	脱衣室を含む
談話室	3	48.45	2～4階 南側	23	各階に配置
福祉トイレ	1	3.74	1階廊下	23	
食堂	1	42.25	1階	23	機能訓練室と併用

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		☒ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する ☐ 委託する			
委託する場合の委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな)			
	住 所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)			
		電話番号			
サービスを提供する法人等の別	☐ 医療法人 ☐ 指定居宅介護支援事業者 ☐ 社会福祉法人 ☐ 指定介護予防サービス事業者 ☐ 指定居宅サービス事業者 ☐ 指定介護予防支援事業者 ☒ 指定地域密着型サービス事業者 ☐ 上記以外の法人等				
サービスを提供する者の人数	☐ 医師	人員	人	☐ 社会福祉士	人員 人
	☒ 看護師	人員	1 人	☒ 介護支援専門員	人員 1 人
	☒ 准看護師	人員	人	☒ 養成研修修了者	人員 4 人
	☒ 介護福祉士	人員	5 人	☒ 上記以外の職員	人員 人
			合 計		人員 11 人
常駐する場所	☒ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地 近接する土地 ☐ (所在地：)				
常駐する日	☒ 365日対応 ☐ 次の期間を除く ()				
常駐する時間	日中	6 時	0 分	～ 21 時	0 分 人員 5 人
	上記以外の時間	21 時	0 分	～ 6 時	0 分 人員 1 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	訪問や食事の機会を通じ安否確認、夜間は各居室から通報があった場合速やかに訪問				毎日 1 回
	☐ 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問（近接する土地に常駐する場合のみ）				
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0 時	0 分	～ 24 時 0 分
		上記以外の日	☐ 24時間		
	通報方法	各居室内のナースコール			
	通報先	1階事務所	通報先から住宅までの到着予定時間 1 分		
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 円	前払金の		
	前払金	約 0 円	算定方法		
備考	特定施設ご利用の方（要介護の方に限る）は、介護保険を適用。 備考[状況把握サービス]訪問や食事の機会を通じ毎日、最低1回の本人の安否確認、夜間でも各居室部分に緊急通報装置が設置あり通報があった場合速やかに訪問する [生活相談サービス]一般的対応や紹介できる相談に対し助言、専門的な相談や助言の為に、専門機関を紹介する				

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		☒ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する ☐ 委託する			
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住 所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号) 電話番号			
食事提供を行う場所		☒ 食堂 ☒ 各居住部分 ☐ その他()			
提供方法		提供日	☒ 365日対応 ☐ 次の期間を除く()		
		内容	☐ 3食 ☒ 入居者が選択 ☐ 次の食事は提供しない()		
		調理等	☒ 厨房で調理 ☐ 配食サービスを利用 ☐ その他()		
サービス提供の対 価(概算額)		月額※	約 45,000 円	内訳	朝食 305 円 昼食 610 円 夕食 610 円
		前払金	約 0 円	前払金の 算定方法	
備考		当月分を実際にとられた食事の数で請求します。 入居者のご家族の方も、お申出があれば、ご利用いただけます。 各居室での配膳・下膳をご希望の場合、1回につき200円をご負担いただきます。 食事の3日前の午前10時以降のキャンセルの場合、料金全額をご負担いただきます。			

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		☒ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する ☐ 委託する			
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住 所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号) 電話番号			
	住 所 (法人にあつては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号) 電話番号			
提供方法		提供日	☒ 365日対応 ☐ その他()		
		内容	☒ 入浴介護 ☒ 排せつ介護 ☒ 食事介護		
			☒ その他		
サービス提供の対 価(概算額)		月額	約 円	前払金の 算定方法	
		前払金	約 円		
備考		要介護の方に限り、介護保険を適用。 介護保険適用外の場合、入浴介護は30分につき2,600円、排せつ介護は15分につき500円、服薬介助は1日につき100円、外出支援は30分につき1,000円です。			

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		☒ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する ☐ 委託する		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住 所 (法人に あつては主 たる事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
	住 所 (法人に あつては本 業務に係る 事業所の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
提供方法		提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()	
		内容	☒ 調理 ☒ 洗濯 ☒ 掃除 ☒ その他 ()	
サービス提供の 対価（概算額）	月額	約 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考		要介護の方に限り、介護保険を適用。 介護保険適用外の場合は、サービス提供時間15分につき500円。		

5. 健康の維持増進サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		☒ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する ☐ 委託する		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住 所 (法人に あつては主 たる事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
	住 所 (法人に あつては本 業務に係る 事業所の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
提供方法		提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()	
		内容	☒ 健康相談 ☒ 血圧等の測定 ☒ 定期検診 ☒ 通院等の付き添い ☒ その他 ()	
サービス提供の 対価（概算額）	月額	約 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考		要介護の方に限り、介護保険を適用。 定期検診は、弊社から医療機関に適宜取り次ぎ、費用は利用者から医療機関に直接お支払いいただきます。 介護保険適用でも利用者の特別な希望で遠方の医療機関に通う場合、介護保険適用外の方の場合、30分につき1,000円です。		

6. その他のサービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		☒ サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する ☐ 委託する		
委託する場合の委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな)		
	住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
	住 所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
提供方法		提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()	
		内容	入浴サービス、排泄サービス、外出サービス、通院サービス、家事支援サービス、乾燥機サービス、居室配膳サービス、服薬サービス	
サービス提供の対価（概算額）		月額	約 500 円	前払金の算定方法
		前払金	約 0 円	
備考		乾燥機サービスは1回のご利用につき100円、居室は以前サービスは1回（1食）のご利用につき200円です。		