

## 重要事項説明書

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 記入年月日 | 2025年4月1日         |
| 記入者名  | 田中 巧真             |
| 所属・職名 | 生活倶楽部ウィズ長丘<br>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 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、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 5 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／ <u>法人</u>                         |                                                               |
|            | ※法人の場合、その種類                           | 営利法人                                                          |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃういずぐるーぷ<br>株式会社ウィズグループ |                                                               |
| 主たる事務所の所在地 | 〒810 - 0041 福岡市中央区大名二丁目 4 番 30 号      |                                                               |
| 連絡先        | 電話番号                                  | 092 - 712 - 0306                                              |
|            | FAX番号                                 | 092 - 712 - 0318                                              |
|            | メールアドレス                               | なし                                                            |
|            | ホームページアドレス                            | <a href="https://www.with-g.com/">https://www.with-g.com/</a> |
| 代表者        | 氏名                                    | 前川 裕貴                                                         |
|            | 職名                                    | 代表取締役                                                         |
| 設立年月日      | 2001年4月12日                            |                                                               |
| 主な実施事業     | ※別添 1 （事業主体が福岡市内で実施する他の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) せいかつくらぶういずながおか<br>生活倶楽部ウィズ長丘 |                                                                                             |
| 所在地           | 〒815 - 0075<br>福岡市南区長丘 3 丁目 24 - 20 |                                                                                             |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                 | 駅                                                                                           |
|               | 交通手段と所要時間                           | 西鉄バス利用の場合<br>「長丘 4 丁目フルタ製菓前」バス停下車 徒歩約 2 分<br>「下長尾」バス停下車、徒歩約 10 分<br>「長丘 3 丁目」バス停下車、徒歩約 10 分 |
| 連絡先           | 電話番号                                | 092 - 562 - 9555                                                                            |
|               | FAX番号                               | 092 - 562 - 9559                                                                            |
|               | ホームページアドレス                          | なし                                                                                          |
| 管理者           | 氏名                                  | 田中 巧真                                                                                       |
|               | 職名                                  | 施設長                                                                                         |
| 建物の竣工日        |                                     | 2003年3月1日                                                                                   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                     | 2003年3月1日                                                                                   |

### (類型)【表示事項】

|                        |                                    |                |
|------------------------|------------------------------------|----------------|
| 1 又は 2 に<br>該当する場<br>合 | 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                              |                |
|                        | 介護保険事業者番号                          | 4071101051     |
| 該当する場<br>合             | 指定した自治体名                           | 福岡県（市）         |
|                        | 事業所の指定日                            | 2003 年 3 月 1 日 |
|                        | 指定の更新日（直近）                         | 2021 年 3 月 1 日 |

### 3. 建物概要

|    |                |                                                                             |                                                                           |                      |       |        |  |  |  |  |
|----|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|--------|--|--|--|--|
| 土地 | 敷地面積           | 1053.29 m <sup>2</sup>                                                      |                                                                           |                      |       |        |  |  |  |  |
|    | 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                             |                      |       |        |  |  |  |  |
|    |                | 契約期間                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> あり<br>(2003 年 3 月～2033 年 2 月)<br>2 なし |                      |       |        |  |  |  |  |
| 建物 | 延床面積           | 全体                                                                          | 1572.66 m <sup>2</sup> (地上 3 階建)                                          |                      |       |        |  |  |  |  |
|    |                | うち、老人ホーム部分                                                                  | 1572.66 m <sup>2</sup>                                                    |                      |       |        |  |  |  |  |
|    | 耐火構造           | 1 耐火建築物<br><input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |                                                                           |                      |       |        |  |  |  |  |
|    | 構造             | 1 鉄筋コンクリート造<br><input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造<br>3 木造<br>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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                             |                      |       |        |  |  |  |  |
|    |                | 契約期間                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> あり<br>(2003 年 3 月～2033 年 2 月)<br>2 なし |                      |       |        |  |  |  |  |
|    |                | 契約の自動更新                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし                               |                      |       |        |  |  |  |  |
|    | 居室の状況          | <input checked="" type="checkbox"/> 全室個室                                    |                                                                           |                      |       |        |  |  |  |  |
|    | 居室区分<br>【表示事項】 | 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          | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無                                   | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無                                 | 13.80 m <sup>2</sup> | 39    | 介護居室個室 |  |  |  |  |
|    | タイプ 2          | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無                                   | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無                                 | 14.55 m <sup>2</sup> | 6     | 介護居室個室 |  |  |  |  |
|    | タイプ 3          | 有 / 無                                                                       | 有 / 無                                                                     | m <sup>2</sup>       |       |        |  |  |  |  |
|    | タイプ 4          | 有 / 無                                                                       | 有 / 無                                                                     | m <sup>2</sup>       |       |        |  |  |  |  |
|    | タイプ 5          | 有 / 無                                                                       | 有 / 無                                                                     | m <sup>2</sup>       |       |        |  |  |  |  |
|    | タイプ 6          | 有 / 無                                                                       | 有 / 無                                                                     | m <sup>2</sup>       |       |        |  |  |  |  |

※「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<br>便房                                                                                        | 4ヶ所                                                 | うち男女別の対応が可能な便房              | 1ヶ所 |
|            |                                                                                                       |                                                     | うち車椅子等の対応が可能な便房             | 3ヶ所 |
|            | 共用浴室                                                                                                  | 3ヶ所                                                 | 個室                          | 3ヶ所 |
|            |                                                                                                       |                                                     | 大浴場                         | 0ヶ所 |
|            | 共用浴室における<br>介護浴槽                                                                                      | 1ヶ所                                                 | チェアー浴                       | 0ヶ所 |
|            |                                                                                                       |                                                     | リフト浴                        | 0ヶ所 |
|            |                                                                                                       |                                                     | ストレッチャー浴                    | 1ヶ所 |
|            |                                                                                                       |                                                     | その他（                      ） | 0ヶ所 |
|            | 食堂                                                                                                    | <div><div>1</div></div> あり                      2なし |                             |     |
|            | 入居者や家族が利<br>用できる調理設備                                                                                  | 1あり <div><div>2</div></div> なし                      |                             |     |
| エレベーター     | <div><div>1</div></div> あり（車椅子対応）<br><div><div>2</div></div> あり（ストレッチャー対応）<br>3あり（上記1・2に該当しない）<br>4なし |                                                     |                             |     |
| 消防用設備<br>等 | 消火器                                                                                                   | <div><div>1</div></div> あり                      2なし |                             |     |
|            | 自動火災報知設備                                                                                              | <div><div>1</div></div> あり                      2なし |                             |     |
|            | 火災通報設備                                                                                                | <div><div>1</div></div> あり                      2なし |                             |     |
|            | スプリンクラー                                                                                               | <div><div>1</div></div> あり                      2なし |                             |     |
|            | 防火管理者                                                                                                 | <div><div>1</div></div> あり                      2なし |                             |     |
|            | 防災計画                                                                                                  | <div><div>1</div></div> あり                      2なし |                             |     |
| その他        | 利用状況および保安確認の補助のため、共用部分および居室にカメラを設置することがあります。                                                          |                                                     |                             |     |

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

|                 |                                                                                    |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | 1. いつまでも自分らしく暮らせるように、ひとりひとりの今までの生活リズムや個性を大事にします。<br>2. 地域の介護相談の窓口となり、社会との繋がりを保ちます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | いろんな世代が同じ瞬間・想いを共有しながら一緒に暮らし、生活の中に新しい楽しみを見つけます。クラブ活動やレクリエーション、行事を積極的に行います。          |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施    2 委託    3 なし                           |
| 食事の提供           | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施    2 委託    3 なし                           |

|                |                                       |      |   |    |   |    |
|----------------|---------------------------------------|------|---|----|---|----|
| 洗濯、掃除等の家事の供与   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |
| 健康管理の供与        | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |
| 生活相談サービス       | <input checked="" type="checkbox"/> 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の体制の有無 | 入居継続支援加算Ⅰ       |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 入居継続支援加算Ⅱ       |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 生活機能向上連携加算Ⅰ     |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 生活機能向上連携加算Ⅱ     |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 個別機能訓練加算Ⅰ       |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                | 個別機能訓練加算Ⅱ       |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 夜間看護体制加算Ⅰ       |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 夜間看護体制加算Ⅱ       |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                | 協力医療機関連携加算Ⅰ     |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                | 協力医療機関連携加算Ⅱ     |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 退院・退所時連携加算      |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                | 退居時情報提供加算       |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 新興感染症等施設療養費     |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                | 生産性向上推進体制加算Ⅰ    |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 生産性向上推進体制加算Ⅱ    |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | ADL維持等加算Ⅰ       |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | ADL維持等加算Ⅱ       |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算   |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                | 看取り介護加算Ⅰ        |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                | 看取り介護加算Ⅱ        |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2                                     | なし |
|                                | 科学的介護推進体制加算     |     | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 認知症専門           | (Ⅰ) | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | ケア加算            | (Ⅱ) | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | サービス提           | (Ⅰ) | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |
|                                | 供体制強化           | (Ⅱ) | 1                                     | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし |

|                      |                                             |                      |                                                   |
|----------------------|---------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------|
|                      | 加算                                          | (Ⅲ)                  | <input checked="" type="checkbox"/> あり    2    なし |
|                      | 介護職員処遇改善加算                                  |                      | <input checked="" type="checkbox"/> 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)<br>: 1 |                                                   |
|                      | <input checked="" type="checkbox"/> 2    なし |                      |                                                   |

(医療連携の内容)

|          |   |                                                                                                                        |                                                                  |
|----------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 医療支援     |   | <div> <div>1</div> 救急車の手配 </div> <div> <div>2</div> 入退院の付き添い </div> <div> <div>3</div> 通院介助 </div> <div> 4 その他（ </div> |                                                                  |
| ※複数選択可   |   |                                                                                                                        |                                                                  |
| 協力医療機関   | 1 | 名称                                                                                                                     | 医療法人HCUたけとみクリニック                                                 |
|          |   | 住所                                                                                                                     | 福岡市中央区輝国二丁目 11 番 13 - 101                                        |
|          |   | 診療科目                                                                                                                   | 内科                                                               |
|          |   | 協力内容                                                                                                                   | 定期的な健康管理及び健康相談、訪問診療、往診、緊急時の対応等                                   |
|          | 2 | 名称                                                                                                                     | 山茶花在宅クリニック                                                       |
|          |   | 住所                                                                                                                     | 福岡市博多区博多駅南三丁目 4-36-101                                           |
|          |   | 診療科目                                                                                                                   | 内科                                                               |
|          |   | 協力内容                                                                                                                   | 定期的な健康管理及び健康相談、訪問診療、往診、緊急時の対応等                                   |
| 協力歯科医療機関 |   | 名称                                                                                                                     | 前田歯科クリニック                                                        |
|          |   | 住所                                                                                                                     | 福岡市中央区六本松四丁目 9 - 12                                              |
|          |   | 協力内容                                                                                                                   | 施設利用者が診療を必要とした時は、緊密な連携のもとに診察を行う。休日や夜間などにおいて、緊急時にも可能な限り協力し、診察を行う。 |

(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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>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<br>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<br>【表示事項】 | 自立している者                                                                                                                                                                                                             | 1    あり <input checked="" type="checkbox"/> 2    なし            |
|                    | 要支援の者                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 1    あり            2    なし |
|                    | 要介護の者                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 1    あり            2    なし |
| 留意事項               | 原則として 65 歳以上の方で介護を必要としている方。当施設は医療機関ではない為、常時の加療を必要とされる方や重度の認知症により自傷行為や他人に危害を与える恐れのある方は相談の上の対応となる。                                                                                                                    |                                                                |
| 契約の解除の内容           | ① 入居契約書等の重要書類に虚偽の内容を記載する等の不正により入居した時。<br>② 管理費・家賃その他の支払いを 2 カ月にわたり遅滞する時。<br>③ 建物、付属設備、共用施設又は敷地を故意又は重大な過失で破損、滅失した時。<br>④ 建物に無断で第三者を同居させた時。<br>⑤ 言動が他の利用者の生活又は健康に影響を及ぼす時、あるいは他の利用者の生命に危険を及ぼす恐れがあり、かつ通常介護ではこれを防止できない時。 |                                                                |
| 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                                                    |
|                    | 解約予告期間                                                                                                                                                                                                              | 90 日                                                           |
| 入居者からの解約予告期間       | 30 日                                                                                                                                                                                                                |                                                                |
| 体験入居の内容            | <input checked="" type="checkbox"/> 1    あり (内容：1 泊 2 日 6,600 円 (税込) 食事代込)<br>2    なし                                                                                                                               |                                                                |
| 入居定員               | 45 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）。

### （職種別の職員数）

|                                                                                                  | 職員数（実人数） |    |     | 常勤換算人数<br>※1※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|----------------|
|                                                                                                  | 合計       |    |     |                |
|                                                                                                  |          | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  | 0   | 1              |
| 生活相談員                                                                                            | 1        | 1  | 0   | 1              |
| 直接処遇職員                                                                                           | 22       | 15 | 7   | 18.9           |
| 介護職員                                                                                             | 19       | 13 | 6   | 16.1           |
| 看護職員                                                                                             | 3        | 2  | 1   | 2.8            |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 1        | 1  | 0   | 1              |
| 計画作成担当者                                                                                          | 1        | 1  | 0   | 1              |
| 栄養士                                                                                              | 1        | 1  | 0   | 1              |
| 調理員                                                                                              | 5        | 1  | 4   | 2.3            |
| 事務員                                                                                              | 1        | 1  | 0   | 1              |
| その他職員                                                                                            | 1        | 0  | 1   | 0.6            |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2                                                                         |          |    |     | 38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。 |          |    |     |                |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、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     | 0  | 0  | 0   |
| 介護福祉士     | 12 | 10 | 2   |
| 実務者研修の修了者 | 3  | 2  | 1   |
| 初任者研修の修了者 | 4  | 2  | 2   |
| 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 |     |
|-------------|----|----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   | 0  | 0  | 0   |
| 理学療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 作業療法士       | 1  | 1  | 0   |
| 言語聴覚士       | 0  | 0  | 0   |
| 柔道整復士       | 0  | 0  | 0   |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0  | 0  | 0   |
| はり師         | 0  | 0  | 0   |
| きゅう師        | 0  | 0  | 0   |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 ( 17 時 00 分 ~ 9 時 20 分) |      |                 |
|----------------------------------|------|-----------------|
|                                  | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                             | 0 人  | 0 人             |
| 介護職員                             | 3 人  | 3 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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|                                                                | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 3 : 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |     |         |     |
|                          |       | 業務に係る資格等 |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                               |     |       |     |                                               |     |         |     |
|                          |       |          |     | 資格等の名称                                                                 |     | 介護福祉士 |     |                                               |     |         |     |
|                          |       |          |     | <input type="checkbox"/> 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              |       | 1        | 0   | 0                                                                      | 0   | 0     | 0   | 1                                             | 0   | 0       | 0   |
| 前年度1年間の退職者数              |       | 1        | 0   | 0                                                                      | 2   | 0     | 0   | 1                                             | 0   | 0       | 0   |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満  | 1        | 0   | 1                                                                      | 1   | 0     | 0   | 1                                             | 0   | 0       | 0   |
|                          | 1年以上  | 0        | 0   | 3                                                                      | 3   | 0     | 0   | 0                                             | 0   | 0       | 0   |
|                          | 3年未満  |          |     |                                                                        |     |       |     |                                               |     |         |     |
|                          | 3年以上  | 1        | 0   | 3                                                                      | 0   | 0     | 0   | 0                                             | 0   | 0       | 0   |
|                          | 5年未満  |          |     |                                                                        |     |       |     |                                               |     |         |     |
|                          | 5年以上  | 0        | 0   | 4                                                                      | 0   | 1     | 0   | 0                                             | 0   | 0       | 0   |
|                          | 10年未満 |          |     |                                                                        |     |       |     |                                               |     |         |     |
|                          | 10年以上 | 0        | 0   | 2                                                                      | 2   | 0     | 0   | 0                                             | 0   | 1       | 0   |
| 従業者の健康診断の実施状況            |       |          |     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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<br>【表示事項】              | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式<br><input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式                |                                       |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           | 1 全額前払い方式                                                                                                                                |                                       |
|                                | <input checked="" type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式                                                                                      |                                       |
|                                | 3 月払い方式                                                                                                                                  |                                       |
|                                | <input checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                                                                               | 1 全額前払い方式<br>一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                     | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                                            |                                       |
| 要介護状態に応じた金額設定                  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                                            |                                       |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い | <input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし<br><input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br><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 | 条件  | 入居契約書第 28 条 |
| の改定  | 手続き | 入居契約書第 28 条 |

(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               | 要介護 3               |
|                | 年齢                            |      | 歳                   | 歳                   |
| 居室の状況          | 床面積                           |      | m <sup>2</sup>      | m <sup>2</sup>      |
|                | 便所                            |      | <div>1</div> 有 2 無  | <div>1</div> 有 2 無  |
|                | 浴室                            |      | 1 有 <div>2</div> 無  | 1 有 <div>2</div> 無  |
|                | 台所                            |      | 1 有 <div>2</div> 無  | 1 有 <div>2</div> 無  |
| 入居時点で<br>必要な費用 | 前払金                           |      | 円                   | 円                   |
|                | 敷金                            |      | 300,000 円           | 300,000 円           |
| 月額費用の合計        |                               |      | 198,052 円～200,052 円 | 202,347 円～204,347 円 |
| 家賃             |                               |      | 53,000 円～55,000 円   | 53,000 円～55,000 円   |
| サービス費用         | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 |      | 16,992 円            | 21,287 円            |
|                | 介護保険外<br>※ <sup>2</sup>       | 食費   | 53,460 円            | 53,460 円            |
|                |                               | 管理費  | 39,600 円            | 39,600 円            |
|                |                               | 介護費用 | 円                   | 円                   |
|                |                               | 共益費  | 35,000 円            | 35,000 円            |
|                |                               | その他  | 円                   | 円                   |

※<sup>1</sup> 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※<sup>2</sup> 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、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

| 費目                   | 算定根拠                                             |
|----------------------|--------------------------------------------------|
| 家賃                   | 周辺地区の市場価格                                        |
| 敷金                   | 家賃の 6 ヶ月分                                        |
| 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                  | 事務通信費、生活サービスにかかる人件費、外部委託費（厨房・洗濯・産廃・リネン・その他設備管理費） |
| 食費                   | 一日 3 食を提供する為の費用                                  |
| 共益費                  | 周辺地区の市場価格                                        |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2（提供するサービスの一覧表）                               |

※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                       | 介護保険自己負担分 |
| 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）                       |                                              |  |
| 償却の開始日                              |                                              |  |
| 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） |                                              |  |
| 初期償却率                               |                                              |  |
| 返還金の<br>算定方法                        | 入居後 90 日以内の契約終了                              |  |
|                                     | 入居後 90 日を越えた契約終了                             |  |
| 前払金の<br>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            | 12 人 |
|     | 女性            | 33 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満        | 0 人  |
|     | 65 歳以上 75 歳未満 | 2 人  |
|     | 75 歳以上 85 歳未満 | 3 人  |
|     | 85 歳以上        | 40 人 |

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 要介護度別 | 自立            | 0 人  |
|       | 要支援 1         | 1 人  |
|       | 要支援 2         | 1 人  |
|       | 要介護 1         | 9 人  |
|       | 要介護 2         | 7 人  |
|       | 要介護 3         | 12 人 |
|       | 要介護 4         | 10 人 |
|       | 要介護 5         | 5 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 4 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 4 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 27 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 8 人  |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 2 人  |
|       | 15 年以上        | 0 人  |

**(入居者の属性)**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| 平均年齢                                            | 89 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 45 人 |
| 入居率※                                            | 100% |
| ※ 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        | 0 人      |
|         | 他の有料老人ホーム  | 0 人      |
|         | 介護保険施設 (※) | 0 人      |
|         | その他の社会福祉施設 | 0 人      |
|         | 医療機関       | 1 人      |
|         | 死亡者        | 6 人      |
|         | その他        | 2 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   | 人        |
|         |            | (解約事由の例) |

※介護保険施設・・・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設及び介護医療院

## 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 1  |       | 生活倶楽部ウィズ長丘 管理者 田中 巧真                  |
| 電話番号     |       | 092 - 562 - 9555                      |
| 対応している時間 | 平日    | 午前 9:00～午後 5:00                       |
|          | 土曜    | 午前 9:00～午後 5:00                       |
|          | 日曜・祝日 | 午前 9:00～午後 5:00                       |
| 定休日      |       | なし                                    |
| 窓口の名称 2  |       | (本社：ウィズグループ) 苦情相談窓口<br>管理本部 総務部 佐藤 祐樹 |
| 電話番号     |       | 092 - 712 - 0306                      |
| 対応している時間 | 平日    | 午前 9:00～午後 5:00                       |
|          | 土曜    | 午前 9:00～午後 5:00                       |
|          | 日曜・祝日 | 午前 9:00～午後 5:00                       |
| 定休日      |       | なし                                    |

|          |       |                                         |
|----------|-------|-----------------------------------------|
| 窓口の名称 3  |       | 【高齢者虐待の相談等】<br>福岡市福祉局高齢社会部 事業者指導課 施設指導係 |
| 電話番号     |       | 092-711-4319                            |
| 対応している時間 | 平日    | 午前 9 : 00～午後 5 : 00                     |
|          | 土曜    |                                         |
|          | 日曜・祝日 |                                         |
| 定休日      |       |                                         |

（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 | 保険の名称：介護保険・社会福祉事業者総合保険<br>保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 |
|                               | 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 | 身元引受人・連帯保証人と保険者に報告する                               |
|                               | 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    | 2021 年 12 月 1 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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>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 1 回        |
|           | 2 なし             |                     |
|           | 1 代替措置あり         | (内容)<br>書面での運営報告を実施 |
|           | 2 代替措置なし         |                     |
| 提携ホームへの移行 | 1 あり (提携ホーム名 : ) |                     |
| 【表示事項】    | 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               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし<br><input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                                            |
| 福岡市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           | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>の場合等の特例」への適合性                    | <input type="checkbox"/> 1 適合している（代替措置）<br><input type="checkbox"/> 2 適合している（将来の改善計画）<br><input type="checkbox"/> 3 適合していない                                       |
| 福岡市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項                         |                                                                                                                                                                   |
| 不適合事項がある場合の内容                                    |                                                                                                                                                                   |

添付書類：別添 1（事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表）

別添 2（提供するサービスの一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 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。



別添 1 事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表

| 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 | 訪問介護ウイズステーション福岡    | 福岡市南区長丘5-25-7             |
| 訪問入浴介護               | あり | なし |                    |                           |
| 訪問看護                 | あり | なし | 訪問看護ウイズナースステーション福岡 | 福岡市南区長丘5-25-7             |
| 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 | デイサービスウイズラント・博多    | 福岡市博多区奈良屋町8-9             |
|                      |    |    | デイサービスウイズラント・長丘    | 福岡市南区長丘3-21-5             |
|                      |    |    | デイサービスウイズラント・長丘Ⅲ   | 福岡市南区長丘3-4-13             |
| 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 | 生活倶楽部ウイズ南片江        | 福岡市城南区南片江6-25-1           |
|                      |    |    | 生活倶楽部ウイズ長尾         | 福岡市城南区長尾2-14-31           |
| 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 |    |                    |                           |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なし | ウイズライフ西新           | 福岡市早良区城西2-9-18            |
|                      |    |    | ウイズライフ別府           | 福岡市城南区別府3-7-18            |
|                      |    |    | ウイズライフ奈良屋          | 福岡市博多区奈良屋町8-19            |
| 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        |    | なし |                    |                           |
| 居宅介護支援               | あり | なし | ウイズケアプランサービス       | 福岡市南区野間4-6-4フェア・ロザムンデ野間1F |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |    |    |                    |                           |
| 介護予防訪問介護             | あり | なし | 訪問介護ウイズステーション福岡    | 福岡市南区長丘5-25-7             |
| 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 | 訪問看護ウイズナースステーション福岡 | 福岡市南区長丘5-25-7             |
| 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 | 生活倶楽部ウイズ南片江        | 福岡市城南区南片江6-25-1           |
|                      |    |    | 生活倶楽部ウイズ長尾         | 福岡市城南区長尾2-14-31           |
| 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 | イス <sup>®</sup> ライフ西新<br>ウィス <sup>®</sup> ライフ別府<br>ウィス <sup>®</sup> ライフ奈良屋 | 福岡市早良区城西2-9-18<br>福岡市城南区別府3-7-18<br>福岡市博多区奈良屋町8-19 |
| 介護予防支援           | あり | なし | ウィス <sup>®</sup> ケア <sup>®</sup> ランサー <sup>®</sup> サービス                    | 福岡市南区野間4-6-4フェア・ロザムンデ野間1F                          |
| ＜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 |                                                                            |                                                    |
| 介護医療院            | あり | なし |                                                                            |                                                    |

## 別添 2

## 提供するサービスの一覧表【介護付有料老人ホーム】

|                   |  | 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） |    | 備考   |      |                              |
|-------------------|--|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|------------------------------|
|                   |  |                                   |    |                            |    | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3                         |
| 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 |      | ○    | 実費負担<br>週4回目以降自己負担1回550円（税込） |
| 入浴（一般浴）介助・清拭      |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    |                              |
| 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（協力医療機関）      |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |                              |
| 通院介助（協力医療機関以外）    |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1時間1,980円（税込）にて実施            |
| 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 | ○    | ○    | 日常着以外のクリーニング料金自己負担           |
| 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 |      | ○    | 別途料金にて                       |
| 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 |      | ○    | 実費負担                         |
| 買い物代行（通常の利用区域）    |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |                              |
| 買い物代行（上記以外の区域）    |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1時間1,980円（税込）にて実施            |
| 役所手続き代行           |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1時間1,980円（税込）にて実施            |
| 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 |      | ○    | 外部専門家にかかる費用は自己負担             |
| 健康相談              |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 外部専門家にかかる費用は自己負担             |
| 生活指導・栄養指導         |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 外部専門家にかかる費用は自己負担             |
| 服薬支援              |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 外部専門家にかかる費用は自己負担             |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）  |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 外部専門家にかかる費用は自己負担             |
| 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 |      |      |                              |
| 入退院時の同行（協力医療機関）   |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |                              |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外） |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1時間1,980円（税込）にて実施            |
| 入院中の洗濯物交換・買い物     |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1時間1,980円（税込）にて実施            |
| 入院中の見舞い訪問         |  | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1時間1,980円（税込）にて実施            |
| その他のサービス※4        |  |                                   |    |                            |    |      |      |                              |

※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。

※4：その他のサービス欄は、上記以外のサービスがある場合に、必要に応じて記入すること。