

## 別紙様式

## ブランシエール神戸北野

## 重要事項説明書

記入年月日	2023年7月1日
記入者名	島尾 侍道
所属・職名	ブランシエール神戸北野 事業所長

## 1. 事業者の概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやはせこうしにあうえるでざいん 株式会社長谷工シニアウエルデザイン		
主たる事務所の所在地	〒105-0014	東京都港区芝二丁目9番10号	
連絡先	電話番号	03-5427-6480	
	FAX番号	03-5427-3171	
	ホームページアドレス	<a href="https://www.haseko-senior.co.jp/">https://www.haseko-senior.co.jp/</a>	
代表者	氏名	幸谷 登	
	職名	代表取締役社長	
設立年月日	1991年（平成3年）9月26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

名称	(ふりがな) ぶらんしえーるこうべきたの ブランシエール神戸北野	
所在地	〒650-0001	兵庫県神戸市中央区加納町二丁目7番11号
主な利用交通手段	最寄駅	J R神戸線「三ノ宮」駅 阪急神戸線「神戸三宮」駅 阪神本線「神戸三宮」駅 地下鉄西神・山手線「新神戸」駅 JR山陽新幹線「新神戸」駅
	最寄駅からの交通手段と所要時間	J R神戸線「三ノ宮」駅 徒歩約10分（800m） 阪急神戸線「神戸三宮」駅 徒歩約10分（800m） 阪神本線「神戸三宮」駅 徒歩約11分（900m） 地下鉄西神・山手線「新神戸」駅 徒歩約6分（480m） JR山陽新幹線「新神戸」駅 徒歩約10分（800m）
連絡先	電話番号	078-272-1855
	FAX番号	078-272-1858
	ホームページアドレス	<a href="https://www.haseko-senior.co.jp/home/kitano/">https://www.haseko-senior.co.jp/home/kitano/</a>
管理者	氏名	島尾 侍道
	職名	事業所長

建物の竣工日	2017年2月28日
有料老人ホーム事業の開始日	2017年4月1日
同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日	昭和 / 平成 年 月 日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
※1又は2 に該当す る場合	介護保険事業者番号	2875103679
	指定した自治体名	神戸市
	事業所の指定日	2017年4月1日
	指定の更新日（直近）	2023年4月1日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	2354.54 m <sup>2</sup> （公簿・ <u>実測</u> ）				
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら全てを所有する土地 <input type="checkbox"/> 2 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地 <input checked="" type="checkbox"/> 3 事業者が賃借する土地				
		※1又は2に該当する場合				
		抵当権の有無	有 / 無			
		※2又は3に該当する場合				
		契約期間	有（ 年 月 日～ 年 月 日） / 無			
契約の自動更新	有 / 無					
建 物	規模	鉄筋コンクリート造 11階建 （地上11階建ての建物のうち1階の一部と4～11階部分）				
		延床面積	<table border="1"> <tr> <td>全体</td> <td>7,129.35 m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>うち、有料老人ホーム部分</td> <td>5,022.00 m<sup>2</sup></td> </tr> </table>	全体	7,129.35 m <sup>2</sup>	うち、有料老人ホーム部分
	全体	7,129.35 m <sup>2</sup>				
うち、有料老人ホーム部分	5,022.00 m <sup>2</sup>					
構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ）					
建 物	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）				
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				

		※1に該当する場合				
		抵当権等の有無			有 / 無	
		※2に該当する場合				
		契約期間			有 (平成29年2月28日～令和23年2月27日) / 無	
		契約の自動更新			有 / 無	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
	※2に該当する場合					
	最小	人部屋		最大	人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数
タイプ1	有 / 無	有 / 無	有 / 無	31.22～ 65.49 m <sup>2</sup>	45室68名	一般居室個室
タイプ2	有 / 無	有 / 無	有 / 無	19.96～ 23.06 m <sup>2</sup>	32室32名	介護居室個室
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」のいずれかを記入。						
共用施設	共用便所における 便房	11 箇所	うち男女別の対応が可能な便房		6 箇所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		8 箇所	
	共用浴室	4 箇所	個室		2 箇所	
			大浴場		2 箇所	
	共用浴室に設置 された介助浴槽	3 箇所	チェアー浴		0 箇所	
			リフト浴		2 箇所	
			ストレッチャー浴		1 箇所	
その他 ( )			0 箇所			
食堂 1階レストラン		133.24 m <sup>2</sup>		有 / 無		
4階食堂兼機能訓練室		64.53 m <sup>2</sup>				
5階食堂兼機能訓練室		66.50 m <sup>2</sup>				
入居者や家族が利用できる調理設備					有 / 無	
エレベーター	1 あり (車椅子対応)		2 基		有 / 無	
	2 あり (ストレッチャー対応)		1 基			
	3 あり (上記1・2に該当しない)		1 基			
	4 なし					
消防用設備等	消火器					有 / 無
	自動火災報知設備					有 / 無
	火災通報設備					有 / 無
	スプリンクラー					有 / 無
	防火管理者					有 / 無
	防災計画					有 / 無

その他	<p>共用施設の設備状況：多目的室、サークル室、ラウンジ、相談室、健康相談室、駐車場(来客用)、駐輪場、屋上広場、屋上庭園</p> <p>バリアフリーの対応状況：居室内はトイレ、ユニットバス、玄関に手すりを設置。共用施設は廊下、浴室、トイレに手すりを設置。車椅子での移動が可能。</p>
-----	---

4. サービスの内容  
(全体の方針)

運営に関する方針	<p>一人ひとりの心地いいをデザインし、3つの「間」の質を高め続けていきます。</p> <p>「心地いい空間」「心地いい時間」「心地いい仲間」</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>「心地いい空間」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・安心・安全を感じられる建物・設備・環境を整えます。</li> <li>・毎日に豊かさを添える演出を考え、実行します。</li> <li>・ご入居者ご自身が選ぶことのできる余白をつくります。</li> </ul> <p>「心地いい時間」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご入居者・ご利用者ご自身が人生で培ってきた価値観・経験を尊重します。</li> <li>・心身の状態の変化にも、柔軟に寄り添います。</li> <li>・長く楽しく暮らすために必要な試みを積極的に取り入れます。</li> </ul> <p>「心地いい仲間」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・その方が心地いいと感じるベストな距離感で接します。</li> <li>・地域との関わり合いをサポートします。</li> <li>・長谷工グループ一丸となり、暮らしを支えます。</li> </ul>
入浴、排せつ又は食事の介護	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
食事の提供	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
洗濯、掃除等の家事の供与	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施） *掃除等</li> <li>2 サービスの提供あり（委託） *洗濯</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
健康管理の供与	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>
安否確認又は状況把握サービス	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供あり（設置者が自ら実施）</li> <li>2 サービスの提供あり（委託）</li> <li>3 サービスの提供なし</li> </ol>

生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> サービスの提供あり（設置者が自ら実施）
	<input type="checkbox"/> サービスの提供あり（委託）
	<input type="checkbox"/> サービスの提供なし

(介護サービスの内容)

特定施設入居者生活介護 の加算の対象となるサー ビスの体制の有無	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）	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	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	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	<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）	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	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	
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅲ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅲ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅳ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅴ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	2 : 1

(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（お見舞い等）	
協力医療機関	名称	①たつみクリニック ②小川クリニック ③岩本診療所こうべ往診クリニック ④鴻成クリニック ⑤独立行政法人 労働者健康安全機構 神戸労災病院
	住所	①神戸市中央区加納町 2 丁目 9-14（事業所から 150m） ②神戸市中央区旭通 5-2-17（事業所から 640m） ③神戸市中央区野崎通 4-2-17（事業所から 1500m） ④神戸市中央区日暮通 6-4-15（事業所から 1,200m） ⑤神戸市中央区籠池通 4-1-23（事業所から 1,900m）
	診療科目	①外科、消化器内科、肛門科 ②内科、呼吸器内科、外科 ③訪問診療（内科、神経内科、呼吸器科、緩和ケア科） ④整形外科、リハビリテーション科、内科 ⑤内科、呼吸器内科、糖尿病・内分泌内科、精神科、脳神経内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、リウマチ内科、外科、整形外科、心臓血管外科、呼吸器外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、病理診断科
	協力内容	①～④訪問診療、緊急時往診、日常の健康相談、看護指導、健康診断の実施、他の医療機関に入院を要する場合の紹介 ⑤要請に応じた、利用者の入院・外来受診の受入れ ※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	①前田歯科診療所 ②奥田歯科医院
	住所	①神戸市中央区布引町 2-1-12 コタニビル（事業所から 186m） ②兵庫県神戸市中央区橘通 4-2-6（事業所から 3.4km）
	協力内容	①口腔ケア、義歯作製・調整、虫歯の治療、抜歯、無料定期健診 ②口腔ケア、義歯作製・調整、虫歯の治療、抜歯、無料定期健診

	※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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )	
判断基準の内容	以下の場合に設置者の指定する介護居室に入居者の入居する居室を移行していただきます。 (一般居室の入居者) 要介護認定重度又は継続的に介護居室での介護が必要と判断される場合 (介護居室の入居者) 入居者の心身状況、他の入居者への適応状況などにより必要となった場合	
手続きの内容	① 設置者の指定する医師の意見を聴く ② 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を目安に観察期間を設ける ③ 入居者の権利や利用料金等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、住みかえ後の居室及び権利の変動、居室面積の変更に伴う費用負担の増減、又は費用調整の有無、提供する介護等の変更内容等について入居者・連帯保証人及び身元引受人に説明を行う ④ 入居者本人又は身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 償却残高または敷金が住みかえ先の前払金相当額または敷金より多いまたは少ない場合は差額を精算返金します。少ない場合でも追加金を頂くことなく介護居室へ住みかえることができます。 また、2人入居の場合でその内1人が介護居室へ住みかえた場合は、介護居室利用料(80,000円/月)をお支払いいただきます。	
居室利用権の取扱い	居室の権利は住みかえ先へ移行します	
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無
	その他の変更	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無
	※ 有の場合、	変更内容

(入居に関する要件)

税法に則り、消費税（税率 10%）を負担いただきます。

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 自立している者 <input type="checkbox"/> 2 要支援の者 <input type="checkbox"/> 3 要介護の者
留意事項	(入居者の条件) 60 歳以上であること、管理費等支払うべき費用を負担できること、共同生活が円満にできること。 2 人入居の場合は夫婦とは限りません。親子、友人、いずれの場合でも可能です。自ら及び身元引受人・連帯保証人・返還金受取人が反社会的勢力に該当しないこと。
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"><li>・入居申込書に虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき</li><li>・月払いの利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく 3 ヶ月以上遅滞したとき</li><li>・居室の転貸・交換をしたとき</li><li>・各種サービスに対し、行ってはいけない行為をしたとき</li><li>・入居者が、禁止又は制限される行為の規定に違反したとき</li><li>・入居者又はその関係者(身元引受人を含むがこれに限らない)の言動が、他の入居者又は設置者の従業員に危険、迷惑、不快を及ぼし、設置者から行為者にその是正を求めるも行為者が繰り返し、これら行為に及ぶとき</li><li>・入居契約の条項に違反したとき</li><li>・その他入居契約を継続することが困難な事由が生じたとき</li><li>・連帯保証人、身元引受人又は返還金受取人（以下、連帯保証人等という）が、反社会的勢力に該当しているとき。ただし、設置者が入居者へ連帯保証人等を変更するよう求め、入居者がこれに応じたときは該当させないことがある。</li></ul>
設置者から解約を求める場合	解約条項 入居契約書第 27 条
	解約予告期間 6 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 当該居室に空きのある場合、体験入居が可能です。 ・一般居室 1 泊 2 食付 10,000 円（消費税込 11,000 円） ・介護居室 1 泊 3 食付 15,000 円（消費税込 16,500 円） ・体験入居は 1 泊～概ね 1 週間程度可能です。
入居定員	100 名 (一般居室 45 室 / 定員 68 名、介護居室 32 室 / 定員 32 名)
その他	身元引受人・連帯保証人・返還金受取人の役割を担う方をお一人ずつ定めていただきます。それぞれの役割は、兼ねることができます。 身元引受人※ : 入居者の生活に関し、設置者との連絡・協議及び入居者の身柄の引き取り 連帯保証人 : 入居者とともに金銭債務を履行する責任 返還金受取人 : 返還金が生じた場合の受取

	<p>※身元引受人がたてられない方は、設置者指定の公正証書を別途締結いただきます。(別途手数料がかかります。)</p> <p>(ペットの飼育)</p> <p>一般居室に限り、別途誓約書を提出の上、飼育が可能です。</p>
--	--

## 5. 職員体制

(職種別の職員数)

(2023年7月1日時点)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.4
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員	21	11	10	19.6
うち介護職員	17	9	8	116.1
うち看護職員	4	2	2	23.5
機能訓練指導員	4	2	2	0.2 (看護職員が兼務)
計画作成担当者	1		1	10.6
栄養士	1		1	0.1
調理員	8	3	5	5.0
事務員	1	1		0.2
その他職員	10	3	7	5.9
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40時間
<p>※ 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。</p>				

(介護職員が有している資格の総数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	2	1	1
介護福祉士	7	3	4
実務者研修の修了者	6	3	3
初任者研修の修了者	13	7	6
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	4	2	2
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		20時～翌7時	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	一人		一人
介護職員	2人		1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	1	1.5 : 1 以上
		2	2 : 1 以上
		3	2.5 : 1 以上
		4	3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)		1.261
※ 広告、パンフレット等における記載内容と合致すること			
外部サービス利用型特定施設である 有料老人ホームの介護サービス提供 体制 (外部サービス利用型特定施設以外 の場合、本欄は省略可能)	有料老人ホームの職員数		人
	訪問介護事業所の名称		
	訪問看護事業所の名所		
	通所介護事業所の名称		



利用料金の改定	条件	所在地の自治体等が発表する消費者物価指数及び人件費、近隣同種の家賃、費用額、その原価の上昇等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で行います。
	手続き	

(利用料金のプラン)

税法に則り、消費税(税率10%)を負担いただきます。

		プラン1 (一般居室 ・一括払い方式)	プラン2 (介護居室 ・一括払い方式)	
入居者の状況	要介護度	自立	要介護3	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況		一般居室 タイプ	介護居室 タイプ	
床面積		54.14 m <sup>2</sup>	20.30 m <sup>2</sup>	
便所		<input checked="" type="checkbox"/> / 無	<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
浴室		<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
台所		<input checked="" type="checkbox"/> / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入居時点で必要な費用	前払金	53,360,000円	10,520,000円	
	敷金	－円	－円	
月額費用の合計		183,300円 (消費税込196,270円)	264,932円 (消費税込283,922円)	
家賃		0円	0円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用*1	－円	21,312円	
	介護保険外	食費*2 (消費税込75,870円)	69,300円 (消費税込75,870円)	69,300円 (消費税込75,870円)
		管理費*3 (消費税込120,400円)	114,000円 (消費税込120,400円)	114,000円 (消費税込120,400円)
		介護費用*4	－円	(上乗せ介護金)49,320円 (消費税込54,240円)
		光熱水費*5	実費	11,000円 (消費税込12,100円)
		その他	－円	－円
都度払いとなるサービス		有 / 無	有 / 無	

\*1 自己負担額は1割を想定(基本報酬(1割)のみを記載)

\*2 1ヶ月を30日とし、全食注文した場合の金額です。お支払いは注文した分のみとなります。

朝食:512円(消費税込552円※)

昼食:796円(消費税込875円※)

夕食:1,002円(消費税込1,102円※)

おやつ代 1回100円(消費税込108円※ 介護居室のみ)

※有料老人ホームにおける食費（飲食料品の提供の対価）に係る消費税率については、一食 640 円以下、一日累計額 1,920 円に達するまでは、軽減税率（8%）の対象となります。

\*3 管理費は、下表となります。

	一般居室（お一人）	一般居室（お二人）	介護居室
管理費	120,400 円	186,100 円	120,400 円
（内訳）	共益費相当	50,000 円	50,000 円
	その他使途	64,000 円	64,000 円
	消費税	6,400 円	6,400 円

\*4 介護保険サービスの自己負担額は含みません。

1ヶ月を30日とした場合の金額です。お一人月額1,644円（消費税込1,808円）となります。

\*5 一般居室：実費 介護居室：月額 11,000 円（消費税込 12,100 円）／室

その他、前払金及び利用料以外に必要な利用料

・私物洗濯代：月額5,000円（消費税込5,500円）（※）

ただし、15日以上不在の場合は、半額となります。

※特定施設入居者生活介護（介護予防含む）利用契約者のみ適用となります。

別途、個人の選択による損害賠償保険にご加入いただきます。

（利用料金の算定根拠）

費 目	算 定 根 拠
月額家賃（一部月払い方式・月払い方式）	居室及び共用部等を利用するための費用相当額
敷金 （月払い方式・年払い方式）	月額家賃の3ヶ月相当額
介護費用	上乗せ介護金： 法令で定める人員配置基準を超えて配置をする介護人員に係る人件費相当額。要介護者の人員過配置サービス費です。 人員を基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく費用（要介護者2人に対し、週40時間換算で介護・看護職員1人） ※介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費	共益費相当：共用部等の維持管理費 その他使途：リビングデザインの人件費、自立支援サービス提供の為の人件費、備品、消耗品費に係る費用相当額
食費	食事提供に必要な食材料費及び人件費に係る費用相当額
光熱水費	居室の電気・水道に係る費用相当額
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	人件費等を勘案したサービスごとの価格設定 別添2

その他のサービス利用料	—
-------------	---

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠			
特定施設入居者生活介護等に対する自己負担	(基本報酬)			
	要介護認定	介護給付費(／日)	30日分の目安(円)	代理受領時の自己負担額(円)
	要支援1	182単位	57,548	5,755
	要支援2	311単位	98,338	9,834
	要介護1	538単位	170,115	17,012
	要介護2	604単位	190,984	19,099
	要介護3	674単位	213,118	21,312
	要介護4	738単位	233,355	23,336
	要介護5	807単位	255,173	25,518
	(各種加算)			
		単位数	30日分の目安(円)	代理受領時の自己負担額(円)
	個別機能訓練加算(Ⅰ)(／日)	12	3,794	380
	個別機能訓練加算(Ⅱ)(／月)	20	210	21
	夜間看護体制加算(／日)	10	3,162	317
	※要支援1及び2の場合は該当しません。			
	医療機関連携加算(／月)	80	843	85
	サービス提供体制強化加算Ⅰ(／日)	22	6,956	696
	サービス提供体制強化加算Ⅱ(／日)	18	5,691	570
	サービス提供体制強化加算Ⅲ(／日)	6	1,897	190
	認知症専門ケア加算(Ⅰ)(／日)	3	948	95
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)(／日)	4	1,264	127
	入居継続支援加算(／日)(Ⅰ)	36	11,383	1,139
	※要支援1及び2の場合は該当しません。			
	入居継続支援加算(／日)(Ⅱ)	22	6,956	696
	※要支援1及び2の場合は該当しません。			
	退院・退所時連携加算(／日)	30	9,486	949
	※要支援1及び2の場合は該当しません。			
生活機能向上連携加算(／月)	200	2,108	211	
若年性認知症入居者受入加算(／日)	120	37,944	3,795	
口腔衛生管理体制加算(／月)	30	316	32	
口腔・栄養スクリーニング加算(／回)	20	210	21	

ADL 維持等加算 (I) (／月)	30	316	32
ADL 維持等加算 (II) (／月)	60	632	64
生活機能向上連携加算 (I) (／月)	100	1,054	106
生活機能向上連携加算 (II) (／月)	200	2,108	211
科学的介護推進体制加算 (／月)	40	421	43
看取り介護加算 (I)	死亡日 45 日前～31 日前 72 単位／日 死亡日 30 日前～4 日前 144 単位／日 死亡日前々日、前日 680 単位／日 死亡日 1,280 単位／日		
看取り介護加算 (II)	死亡日 45 日前～31 日前 572 単位／日 死亡日 30 日前～4 日前 644 単位／日 死亡日前々日、前日 1,180 単位／日 死亡日 1,780 単位／日		
介護職員処遇改善加算	月間所定単位数×8.2%		
特定処遇改善加算 I	月間所定単位数×1.80%		
特定処遇改善加算 II	月間所定単位数×1.20%		
※介護保険負担割合証に記載の割合に応じた金額が入居者の自己負担となります。(非課税) (上記は 1 割負担を想定) ※算定要件を満たした場合、上記加算が発生します。			
特定施設入居者生活介護等における人員配置が手厚い場合の介護サービス (上乘せサービス)	(前掲)		

(前払金の受領)

算定根拠	居室及び共用部等を利用するための費用相当額			
想定居住期間 (償却年月数)	一般居室		介護居室	
	契約時年齢	想定居住期間	契約時年齢	想定居住期間
	70 歳	20 年 (240 ヶ月)	75 歳～79 歳	6 年 (72 ヶ月)
	71 歳	19 年 (228 ヶ月)	80 歳～	5 年 (60 ヶ月)
	72 歳	18 年 (216 ヶ月)		
	73 歳	17 年 (204 ヶ月)		
	74 歳	16 年 (192 ヶ月)		
	75 歳	15 年 (180 ヶ月)		
	76 歳	14 年 (168 ヶ月)		
	77 歳	13 年 (156 ヶ月)		
	78 歳	12 年 (144 ヶ月)		
	79 歳	11 年 (132 ヶ月)		
	80 歳～	10 年 (120 ヶ月)		
	※お二人入居の場合には、いずれか若い方の年齢が対象となります。			

償却の開始日		入居日（鍵の引き渡し日）
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）		一般居室（70～85歳）：前払金の15%相当額 一般居室（86歳～）：前払金の20%相当額 介護居室：前払金の30%相当額
初期償却率		
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居日より3ヶ月以内の解約の場合は、入居日から契約終了日までに係る日割り分及び原状回復費等未精算金を差し引いて、全額返還します。 返還金 = 前払金 - (家賃 ÷ 30 × 入居日数) - 原状回復費等未精算金
	入居後3月を越えた契約終了	【一括払い方式・一部月払い方式】 想定居住期間の家賃の前払分のうち、未経過の期間の家賃額から原状回復費等未精算金を差し引いて返還します。 返還金 = 前払金のうち想定居住期間の家賃の前払分 ÷ 想定居住期間 × 契約終了日から想定居住期間満了日までの日数 - 原状回復費等未精算金  【年払い方式】 返還金 = 前払金 × (12ヶ月 - 入居日数) ÷ 12ヶ月
前払金の保全先	1	連帯保証を行う銀行等の名称 不動産信用保証株式会社
	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（ ）

## 7. 入居者の状況

(入居者の人数)

(2023年7月1日時点)

性別	男性	21人	女性	57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	27人	85歳以上	49人
要介護度別	自立	36人	要支援1	5人
	要支援2	7人	要介護1	8人
	要介護2	5人	要介護3	6人
	要介護4	5人	要介護5	6人
入居期間別	6か月未満	3人	6か月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	40人	5年以上10年未満	29人
	10年以上15年未満	0人	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	86.1 歳
入居者数の合計	78 人
入居率※	78.0% (契約率 89.6%)
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。 なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0 人	社会福祉施設	0 人
	医療機関	0 人	死亡者	5 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	2 人		
		(解約事由の例)	自己都合等	

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)

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

窓口の名称		① ブランシエール神戸北野 ② 本社 ご入居者相談窓口 ③ 本社 個人情報管理係
電話番号		① 078-272-1855 ② 0120-045-485 ③ 0120-045-485
対応している 時間	平日	① 9:00～17:30 ② 10:00～17:00 ③ 10:00～17:00
	土曜	① 9:00～17:30
	日曜・祝日	① 9:00～17:30
定休日		① についてはなし。但し、事情により即時に対応できない場合は後日回答となる場合があります。 ② ③については土・日・祝日

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

窓口の名称		① 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 ② 神戸市保健福祉局 高齢福祉部 介護指導課 ③ 兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 ④ 神戸市消費生活センター（契約についての相談）
電話番号		① 03-3548-1077 ② 078-322-6326 ③ 078-332-5617 ④ 078-371-1221
対応している時間	平日	① 月・水・金 10:00～17:00 ② 8:45～17:30（12時～13時除く） ③ 8:45～17:30 ④ 8:45～17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		① 火・木・土日祝 ② ～ ④ については土日祝日

（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 加入済み 2 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
		加入する保険の名称	賠償責任保険
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① 対応あり（事故対応及びその予防のための指針あり） 2 対応あり（事故対応及びその予防のための指針なし） 3 対応なし		

（利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等）

利用者アンケート調査、意見箱等の利用者の意見等を把握する取組の状況	① 取組あり 2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	2021年11月4日
		結果の開示	① あり（ ） 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 実施済み 2 未実施		
	※1の場合	実施日	平成 年 月 日
		評価機関名称	
	結果の開示	1 あり（ ） 2 なし	

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運 営 懇 談 会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 設置済み 2 未設置（代替措置あり） 3 未設置（代替措置なし）
	※ 1の場合、開催頻度 年4回以上
	※ 2の場合、代替措置の内容
提携ホームへの移行【表示事項】	1 移行あり（提携ホーム名： ） <input checked="" type="checkbox"/> 2 移行なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> 1 届出あり    2 届出なし 3 届出なし（サービス付き高齢者向け住宅の登録済み ）
有料老人ホーム設置運営指導指針「第5章 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可	1 不適合事項あり（代替措置を実施済み） 2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み） 3 不適合事項あり（1又は2以外） <input checked="" type="checkbox"/> 4 不適合事項なし 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備
※ 1、2又は3の場合、不適合事項の内容 ※ 該当する項目にチェック	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が18㎡未満（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に） <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし（ <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー） <input type="checkbox"/> その他（具体的に）
※ 1の場合、代替措置の概要	
※ 2の場合、改善計画の概要	
※ 5の場合、構造設備の基準となる制度の名称	1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み） 2 高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み）

有料老人ホーム設置運営指導指 針に基づく指導の有無 ※複数選択可	1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） 3 指導事項なし
※ 1又は2の場合、指導内容	

添付書類：別添1（設置者が別に実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択によるサービス一覧表）

契約の締結に当たり、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_

説明者署名 \_\_\_\_\_

神戸北野-重説-230701

別添1 設置者が神戸市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>		
訪問介護	有 / 無	
訪問入浴介護	有 / 無	
訪問看護	有 / 無	
訪問リハビリテーション	有 / 無	
居宅療養管理指導	有 / 無	
通所介護	有 / 無	
通所リハビリテーション	有 / 無	
短期入所生活介護	有 / 無	
短期入所療養介護	有 / 無	
特定施設入居者生活介護	有 / 無	
福祉用具貸与	有 / 無	
特定福祉用具販売	有 / 無	
<地域密着型サービス>		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 / 無	
夜間対応型訪問介護	有 / 無	
認知症対応型通所介護	有 / 無	
小規模多機能型居宅介護	有 / 無	
認知症対応型共同生活介護	有 / 無	
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / 無	
看護小規模多機能型居宅介護	有 / 無	
居宅介護支援	有 / 無	
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問介護	有 / 無	
介護予防訪問入浴介護	有 / 無	
介護予防訪問看護	有 / 無	
介護予防訪問リハビリテーション	有 / 無	
介護予防居宅療養管理指導	有 / 無	
介護予防通所介護	有 / 無	
介護予防通所リハビリテーション	有 / 無	
介護予防短期入所生活介護	有 / 無	
介護予防短期入所療養介護	有 / 無	
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / 無	
介護予防福祉用具貸与	有 / 無	
特定介護予防福祉用具販売	有 / 無	
<地域密着型介護予防サービス>		
介護予防認知症対応型通所介護	有 / 無	
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / 無	
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / 無	
介護予防支援	有 / 無	
<介護福祉施設>		
介護老人福祉施設	有 / 無	
介護老人保健施設	有 / 無	
介護療養型医療施設	有 / 無	



別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表(下記の内容はケア計画に基づきサービスします)

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		〇あり			
居室の例		自立 一般居室						要支援1・要支援2 一般居室						自立～要支援2* 一般居室			
	管理費等で実施するサービス(利用者一部負担)		備考	個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)				介護予防特定施設入居者生活介護費等で、実施するサービス(利用者一部負担)	備考	個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)				管理費、自立支援サービスで実施するサービス		備考	
	なし	あり		なし	あり	包含	都度			料金	なし	あり	包含	都度	料金		なし
＜介護予防サービス＞																	
運動機能向上訓練	〇			〇					〇	週2回(指定日)		〇				〇	
口腔機能向上訓練	〇			〇					〇	週1回(指定日)		〇				〇	
栄養改善	〇			〇					〇	月1回		〇				〇	
＜介護サービス＞																	
巡回・安否確認																	
昼間(9:00-17:00)		〇	1日1回(ボード)	〇					〇	1日1回(ボード)		〇				〇	1日1回(ボード)
夜間(17:00-9:00)		〇	1日1回(必要時)	〇					〇	1日1回(必要時)		〇				〇	1日1回(必要時)
◎食事介護(形態対応含む)	〇			〇					〇			〇				〇	形態対応のみ
◎排泄介助・おむつ交換	〇			〇					〇			〇				〇	
おむつ代					〇	〇	実費						〇	〇	実費		
入浴介助・清拭	〇			〇					〇	週3回(必要時)		〇	〇	週4回以上1回2,100円		〇	
◎特浴介助	〇			〇					〇			〇	〇	1回2,100円		〇	
居室からの移動	〇			〇					〇			〇				〇	
◎体位交換	〇			〇					〇			〇				〇	
◎身だしなみ介助	〇			〇					〇	必要時見守り一部介助		〇				〇	
◎機能訓練	〇			〇					〇			〇				〇	
◎生活リハビリ	〇			〇	〇	10分350円			〇			〇	〇	10分350円		〇	
通院付き添い(病院一覧表内) ※1		〇	初回のみ	〇	〇	再診時 10分350円			〇	初回のみ		〇	〇	再診時 10分350円		〇	必要時
通院付き添い(病院一覧表外)	〇			〇	〇	10分350円			〇			〇	〇	10分350円		〇	
外出介助	〇			〇	〇	10分350円			〇			〇	〇	10分350円		〇	個別対応散歩
緊急時対応		〇	随時	〇					〇	随時		〇				〇	随時
＜生活サービス＞																	
居室清掃	〇			〇	〇	10分350円			〇	週1回(指定日)		〇	〇	週2回以上10分350円		〇	週1回(指定日)
日常の洗濯	〇			〇					〇			〇	〇	5,000円/月		〇	週1回(指定日) ※2
環境整備		〇	病気時のみ(目安10日間)	〇					〇	病気時のみ(目安10日間)		〇	〇	10分350円		〇	週1回
居室配膳・下膳	〇		病気時のみ(目安10日間)	〇	〇	1回350円			〇	必要時		〇				〇	必要時
食事室による特別な食事	〇		カロリー、塩分調整のみ	〇	〇	左記備考以外実費			〇	カロリー、塩分調整のみ		〇	〇	左記備考以外実費		〇	カロリー、塩分調整のみ
◎おやつ	〇			〇	〇	実費			〇			〇	〇	実費		〇	
◎理美容師による理美容サービス	〇			〇	〇	実費			〇			〇	〇	実費		〇	
買い物代行	〇			〇	〇	10分350円			〇			〇	〇	10分350円		〇	週1回(指定日)
役所手続き代行	〇			〇	〇	10分350円			〇			〇	〇	10分350円		〇	月1回(指定日)
支払い代行(立替払い)	〇		フロント対応のみ	〇	〇	10分350円			〇	必要時		〇				〇	10分350円
新聞・郵便物等の管理	〇		不在時のみ	〇	〇	10分350円			〇	不在時のみ		〇	〇	10分350円		〇	必要時
代筆・代読	〇			〇	〇	10分350円			〇			〇	〇	10分350円		〇	必要時
貴重品類の保管	〇	〇	入院、判断力低下等の場合	〇	〇	1回350円			〇	入院、判断力低下等の場合		〇	〇	1回350円		〇	入院、判断力低下等の場合
＜健康管理サービス＞																	
バイタルチェック	〇			〇	〇	10分350円			〇	必要時		〇				〇	必要時
健康診断のご案内		〇	年1回は管理費内にて実施	〇					〇	年1回は管理費内にて実施		〇				〇	年1回は管理費内にて実施
健康相談		〇	随時	〇					〇	随時		〇				〇	随時
生活指導・栄養指導		〇	随時	〇					〇	随時		〇				〇	随時
薬の仕分け管理・服薬支援	〇			〇	〇	10分350円			〇	必要時		〇				〇	必要時
生きがい支援マネジメント	〇			〇					〇			〇				〇	週1～3回
入退院時・入院中のサービス ※3																	
入退院時の付き添い(病院一覧表内)		〇	必要時	〇					〇	必要時		〇				〇	必要時
入退院時の付き添い(病院一覧表外)	〇			〇	〇	10分350円			〇			〇	〇	10分350円		〇	
入院中の見舞い訪問(病院一覧表内)	〇		週1回	〇	〇	週2回以上10分350円			〇	週1回		〇	〇	週2回以上10分350円		〇	週1回
入院中の見舞い訪問(病院一覧表外)	〇			〇	〇	10分350円			〇			〇	〇	10分350円		〇	

\*自立支援サービスは、介護保険の申請を前提とした認定時までのサービスとなります。事業所長の判断により、自立支援ケアプランに基づいたサービス提供を行います。

※1:病院一覧表の内協力医療機関については、別途通院付き添いの費用は発生しません。(特定契約者のみ)

※2:洗濯室における洗濯となります。

※3:入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。

注)介護サービス欄の◎は、日中介護フロアでのサービス提供となります。

注)上記サービスに関わる交通費は実費入居者負担です。但し、緊急時対応及び週1回のお見舞いについては除きます。

注)自立支援サービスは、介護保険の申請を前提とした認定時までのサービスとなります

※上記は、本体価格表記です。  
別途、消費税(税率10%)を負担いただきます。  
・350円(消費税込385円)  
・2,100円(消費税込2,310円)  
・5,000円(消費税込5,500円)

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(下記の内容はケア計画に基づきサービスします)

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		要介護1、要介護2		なし		〇あり		自立	
居室の例		一般居室				介護居室			
	特定施設入居者生活介護費等で、実施するサービス(利用者一部負担)	備考	個別の利用料で、実施するサービス				管理費で実施するサービス		備考
			(利用者が全額負担)	包含	都度	料金	なし	あり	
		なし	あり	なし	あり			なし	あり
<介護予防サービス>									
運動機能向上訓練		〇	週2回(指定日)	〇				〇	
口腔機能向上訓練		〇	週1回(指定日)	〇				〇	
栄養改善		〇	月1回	〇				〇	
<介護サービス>									
巡回・安否確認									
昼間(9:00-17:00)		〇	1日1回(ボード)	〇				〇	1日1回(ボード)
夜間(17:00-9:00)		〇	1日1回(必要時)	〇				〇	1日1回(必要時)
◎食事介助(形態対応含む)		〇	必要時見守り一部介助	〇				〇	必要時見守り一部介助
◎排泄介助・おむつ交換		〇	必要時	〇				〇	
おむつ代					〇	〇	実費		
◎入浴介助・清拭		〇	週3回	〇	〇		週4回以上1回2,100円	〇	
◎特浴介助		〇	週3回	〇	〇		週4回以上1回2,100円	〇	
居室からの移動		〇	必要時見守り一部介助	〇				〇	
◎体位交換		〇	必要時見守り一部介助	〇				〇	
◎身だしなみ介助		〇	必要時見守り一部介助	〇				〇	
◎機能訓練		〇		〇				〇	
◎生活リハビリ		〇		〇	〇		10分350円	〇	
通院付き添い(病院一覧表内) ※1		〇	月1回	〇	〇		月2回以上10分350円	〇	初回のみ
通院付き添い(病院一覧表外)	〇			〇	〇		10分350円	〇	
外出介助	〇			〇	〇		10分350円	〇	
緊急時対応		〇	随時	〇				〇	随時
<生活サービス>									
居室清掃		〇	週1回(指定日)	〇	〇		週2回以上10分350円	〇	週1回(指定日)
日常の洗濯 ※2	〇			〇	〇		5,000円/月	〇	10分350円
環境整備		〇	必要時	〇				〇	毎日(ゴミ出し)
居室配膳・下膳		〇	必要時	〇				〇	必要時
食事案による特別な食事		〇	カロリー、塩分調整のみ	〇	〇		左記備考以外実費	〇	カロリー、塩分調整のみ
◎おやつ	〇			〇	〇		実費	〇	
◎理美容師による理美容サービス	〇			〇	〇		実費	〇	
買い物代行		〇	週1回(指定日)	〇	〇		週2回以上10分350円	〇	週1回(指定日)
役所手続き代行		〇	月1回(指定日)	〇	〇		月2回以上10分350円	〇	
支払い代行(立替払い)		〇	必要時	〇				〇	
新聞・郵便物等の管理		〇	随時	〇				〇	随時
代筆・代読		〇	必要時	〇				〇	必要時
貴重品類の保管		〇	入院、判断力低下等の場合	〇	〇		1回350円	〇	入院、判断力低下等の場合
<健康管理サービス>									
バイタルチェック		〇	必要時					〇	必要時
健康診断のご案内		〇	年1回は管理費内にて実施	〇				〇	年1回は管理費内にて実施
健康相談		〇	随時	〇				〇	随時
生活指導・栄養指導		〇	随時	〇				〇	随時
薬の仕分け管理・服薬支援		〇	必要時	〇				〇	必要時
入退院時・入院中のサービス ※3									
入退院時の付き添い(病院一覧表内)		〇	必要時	〇				〇	必要時
入退院時の付き添い(病院一覧表外)	〇			〇	〇		10分350円	〇	
入院中の見舞い訪問(病院一覧表内)		〇	週1回	〇	〇		週2回以上10分350円	〇	週1回
入院中の見舞い訪問(病院一覧表外)	〇			〇	〇		10分350円	〇	

※1:病院一覧表の内協力医療機関については、別途通院付き添いの費用は発生しません。(特定契約者のみ)

※2:15日以上不在の場合、費用は半額となります。

※3:入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。

注)介護サービス欄の◎は、日中介護フロアでのサービス提供となります。

注)上記サービスに関わる交通費は実費入居者負担です。但し、緊急時対応及び週1回のお見舞いについては除きます。

※上記は、本体価格表記です。

別途、消費税(税率10%)を負担いただきます。

・350円(消費税込385円)

・2,100円(消費税込2,310円)

・2,200円(消費税込2,420円)

・5,000円(消費税込5,500円)

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(下記の内容はケア計画に基づきサービスします)

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		なし		あり		なし		あり		なし		あり										
居室の例		要支援1・要支援2 介護居室						要介護1、要介護2 介護居室						要介護3、要介護4、要介護5 介護居室												
	介護予防特定施設入居者生活介護費等で、実施するサービス(利用者一部負担)	備考		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	都度	料金	備考	備考		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	都度	料金	備考	備考		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	都度	料金		
		なし	あり	なし	あり					なし	あり	なし	あり					なし	あり	なし	あり				なし	あり
<介護予防サービス>																										
運動機能向上訓練	○	週2回(指定日)	○						○	週2回(指定日)	○							○	週2回(指定日)	○						
口腔機能向上訓練	○	週1回(指定日)	○						○	週1回(指定日)	○							○	週1回(指定日)	○						
栄養改善	○	月1回	○						○	月1回	○							○	月1回	○						
<介護サービス>																										
巡回・安否確認																										
昼間(9:00-17:00)	○	4時間毎及び必要時	○						○	4時間毎及び必要時	○							○	4時間毎及び必要時	○						
夜間(17:00-9:00)	○	7~8時間毎及び必要時	○						○	7~8時間毎及び必要時	○							○	2時間毎及び必要時	○						
◎食事介助(形態対応含む)	○	必要時見守り一部介助	○						○	必要時見守り一部介助	○							○	一部介助、全介助	○						
◎排泄介助・おむつ交換	○		○						○	必要時随時	○							○	必要時随時	○						
おむつ代			○					実費			○							○		○						実費
◎入浴介助・清拭	○	週3回(一部介助)	○					週4回以上1回2,100円	○	週3回(一部介助)	○							○	週3回(全介助)	○						週4回以上1回2,100円(要介護3) / 4,200円(要介護4,5)
◎特浴介助	○		○					1回2,100円	○	週3回(一部介助)	○							○	週3回(全介助)	○						週4回以上1回2,100円(要介護3) / 4,200円(要介護4,5)
居室からの移動	○		○						○	必要時随時一部介助	○							○	必要時随時、全介助	○						
◎体位交換	○		○						○	必要時随時	○							○	必要時随時	○						
◎身だしなみ介助	○	必要時見守り一部介助	○						○	必要時随時一部介助	○							○	必要時随時、全介助	○						
◎機能訓練	○		○						○		○							○		○						
◎生活リハビリ	○		○					10分350円	○	毎日	○							○	毎日	○						10分350円
通院付き添い(病院一覧表内) ※1	○	月1回	○					月2回以上10分350円	○	月4回	○							○	月4回	○						月5回以上10分350円
通院付き添い(病院一覧表外)	○		○					10分350円	○		○							○		○						10分350円
外出介助	○		○					10分350円	○		○							○		○						10分350円
緊急時対応	○	随時	○						○	随時	○							○	随時	○						
<生活サービス>																										
居室清掃																										
居室清掃	○	週1回(指定日)	○					週2回以上10分350円	○	週1回及び必要時	○							○	週1回及び必要時	○						
日常の洗濯 ※2	○		○					5,000円/月	○		○							○		○						5,000円/月
環境整備	○	必要時	○						○	必要時	○							○	必要時	○						
居室配膳・下膳	○	必要時	○						○	必要時	○							○	必要時	○						
食事箋による特別な食事	○	カロリー、塩分調整のみ	○					左記備考以外実費	○	カロリー、塩分調整のみ	○							○	カロリー、塩分調整のみ	○						左記備考以外実費
◎おやつ	○		○					実費	○		○							○		○						実費
◎理美容師による理美容サービス	○		○					実費	○		○							○		○						実費
買い物代行	○	週1回(指定日)	○					週2回以上10分350円	○	週1回(指定日)	○							○	週1回(指定日)	○						週2回以上10分350円
役所手続き代行	○	月1回(指定日)	○					月2回以上10分350円	○	月1回(指定日)	○							○	月1回(指定日)	○						月2回以上10分350円
支払い代行(立替払い)	○	必要時	○						○	必要時	○							○	必要時	○						
新聞・郵便物等の管理	○	随時	○						○	随時	○							○	随時	○						
代筆・代読	○	必要時	○						○	必要時	○							○	必要時	○						
貴重品類の保管	○	入院、判断力低下等の場合	○					1回350円	○	入院、判断力低下等の場合	○							○	入院、判断力低下等の場合	○						1回350円
<健康管理サービス>																										
バイタルチェック																										
バイタルチェック	○	必要時	○						○	必要時	○							○	必要時	○						
健康診断のご案内	○	年1回は管理費内にて実施	○						○	年1回は管理費内にて実施	○							○	年1回は管理費内にて実施	○						
健康相談	○	随時	○						○	随時	○							○	随時	○						
生活指導・栄養指導	○	随時	○						○	随時	○							○	随時	○						
薬の仕分け管理・服薬支援	○	必要時	○						○	必要時	○							○	必要時	○						
入退院時・入院中のサービス ※3																										
入退院時の付き添い(病院一覧表内)																										
入退院時の付き添い(病院一覧表内)	○	必要時	○						○	必要時	○							○	必要時	○						
入退院時の付き添い(病院一覧表外)	○		○					10分350円	○		○							○		○						10分350円
入院中の見舞い訪問(病院一覧表内)	○	週1回	○					週2回以上10分350円	○	週1回	○							○	週1回	○						週2回以上10分350円
入院中の見舞い訪問(病院一覧表外)	○		○					10分350円	○		○							○		○						10分350円

※1: 病院一覧表の内協力医療機関については、別途通院付き添いの費用は発生しません。(特定契約者のみ)  
 ※2: 15日以上不在の場合は、費用は半額となります。  
 ※3: 入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。

※上記は、本体価格表記です。  
 別途、消費税(税率10%)を負担いただきます。  
 ・350円(消費税込385円)  
 ・2,100円(消費税込2,310円)  
 ・2,200円(消費税込2,420円)  
 ・4,200円(消費税込4,620円)  
 ・5,000円(消費税込5,500円)

注) 上記サービスに関わる交通費は実費入居者負担です。但し、緊急時対応及び週1回のお見舞いについては除きます。