

サービス付き高齢者向け住宅

登録番号：130031

特定施設入居者生活介護

(介護予防特定施設入居者生活介護)

埼玉県指定第1171901729号

ハーベスト戸田

特定施設入居者生活介護重要事項説明書

株式会社ワイグッドケア

本書記載の内容は令和元年10月1日時点の料金、消費税率及び
介護保険給付費等に基づいており、全て税込み表示となっています。
軽減税率（8％）の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。
それ以外の飲食料品の提供及び1食あたり670円を超える特別な食事については
軽減税率の対象となりません。

ハーベスト戸田
 特定施設入居者生活介護（介護予防特定施設入居者生活介護）
 重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和6年8月1日 |
| 記入者名 | 中島一郎 |
| 所属・職名 | 運営本部 |

1. 事業主体概要

| | |
|------------|--|
| 種類 | 個人/法人 |
| | ※法人の場合、その種類 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃわいぐっどけあ 株式会社ワイグッドケア |
| 主たる事務所の所在地 | 〒367-0023 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号 |
| 連絡先 | 電話番号 0495-71-6551 |
| | FAX番号 0495-71-6575 |
| | ホームページアドレス https://ygood.jp |
| 代表者 | 氏名 中島 一郎 |
| | 職名 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成25年6月4日 |
| 主な実施事業 | ※別添1（別に実施する介護サービス一覧表） |

2. 有料老人ホーム事業の概要

（住まいの概要）

| | |
|---------------|--|
| 名称 | (ふりがな) はーべすととだ ハーベスト戸田 |
| 所在地 | 〒335-0031 埼玉県戸田市美女木四丁目13番2号 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 JR埼京線「北戸田」駅 |
| | 交通手段と所要時間 JR埼京線「北戸田」駅から国際興業バス西川口駅西口行17分「市民医療センター」停降車徒歩5分 |
| 連絡先 | 電話番号 048-421-1616 |
| | FAX番号 048-421-1618 |
| | ホームページアドレス https://ygood.jp |
| 管理者 | 氏名 戸島 幸枝 |
| | 職名 施設長 |
| 建物の竣工日 | 平成26年4月30日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成30年3月1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を提供する場合） <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を提供する場合） <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 | 1171901729 |
| | 指定した自治体名 | 埼玉県 |
| | 事業所の指定日 | 平成30年3月1日 |
| | 指定の更新日（直近） | 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|---------|---|---|---|--------------------------------|--------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 1,463.23 m ² | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| | | 契約期間 | <input type="checkbox"/> 1 あり (平成26年5月1日～令和26年4月30日) | <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1,593.47 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1,593.47 m ² | | | |
| | 耐火構造 | <input 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 () | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 | | |
| | | 3 木造 | | 4 その他 () | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物 | | | | |
| | | 抵当権の設定 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| | | 契約期間 | <input type="checkbox"/> 1 あり (平成26年5月1日～令和26年4月30日) | <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| | 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | 人部屋 | | | |
| | 最大 | 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積（壁芯） | 戸数・室数 | 区分※ |
| | タイプ1 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 18.00 m ² | 27 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 19.20 m ² | 9 | 介護居室個室 |
| タイプ3 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 19.80 m ² | 5 | 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」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

| | | | | | | | | |
|----------------------|---|------------|-----------------|----------------|------|------------------|---|----|
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 1ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 0ヶ所 | | | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 1ヶ所 | | | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 | | | | |
| | | | 大浴場 | 1ヶ所 | | | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | 0ヶ所 | | | | |
| | | | リフト浴 | 1ヶ所 | | | | |
| | | | ストレッチャー浴 | 0ヶ所 | | | | |
| | | | その他 () | 0ヶ所 | | | | |
| 食堂 | 1 | あり | 2 | なし | | | | |
| 入居者や家族が利 用できる調理設備 | 1 | あり | 2 | なし | | | | |
| エレベーター | 1 | あり (車椅子対応) | 2 | あり (ストレッチャー対応) | 3 | あり (上記1・2に該当しない) | 4 | なし |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 | あり | 2 | なし | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり | 2 | なし | | | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり | 2 | なし | | | |
| | スプリンクラー | 1 | あり | 2 | なし | | | |
| | 防火管理者 | 1 | あり | 2 | なし | | | |
| | 防災計画 | 1 | あり | 2 | なし | | | |
| 緊急通報 装置等 | 居室 | 便所 | 浴室 | その他 () | | | | |
| 1 | あり | 1 | あり | 1 | あり | | | |
| 2 | 一部あり | 2 | 一部あり | 2 | 一部あり | | | |
| 3 | なし | 3 | なし | 3 | なし | | | |
| その他 | 【共用設備】 事務所 (兼健康管理室)、食堂 (兼機能訓練室)、談話室、相談室 等 | | | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | | | | | | |
|-----------------|---|------|---|----|---|----|
| 運営に関する方針 | お客様と共に過ごす私たちは、笑顔を決やさず、感謝と尊敬の気持ちで奉仕し、アットホームな心あたたまる施設を目指して、お客様が幸せに暮らせる支援者であり続けます。 | | | | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | ご入居者やご家族様との連携を重視し、ご入居者の気持ちに寄り添った生活の細やかな部分に対応した、自立支援に力を入れたお手伝いを提供します。 | | | | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |
| 食事の提供 | 1 | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |
| 健康管理の供与 | 1 | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |
| 生活相談サービス | 1 | 自ら実施 | 2 | 委託 | 3 | なし |

(介護サービスの内容)

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------|----|---------|----|----|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 個別機能訓練加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | A D L 維持等加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 夜間看護体制加算 | 1 | あり (II) | 2 | なし |
| | 若年性認知症入居受入加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 協力医療機関連携加算 | 1 | あり (I) | 2 | なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 退居時情報提供加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 障害者等支援加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | L I F E への登録 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 看取り介護加算 | 1 | あり (I) | 2 | なし |
| | 認知症専門ケア加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 生産性向上推進体制加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | 1 | あり | 2 | なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 | 1 | あり (II) | 2 | なし |
| 短期利用 (介護予防) 特定施設入居者生活介護の算定 | 1 | あり | 2 | なし | |

| | | | |
|--------------|------|---------------|-----|
| 人員配置が手厚い | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) | : 1 |
| 介護サービスの実施の有無 | 2 なし | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|------|----------------------------|-------------------------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | 1 | 救急車の手配 | |
| | 2 | 入退院の付き添い | |
| | 3 | 通院介助 | |
| | 4 | その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団優青会 あおぞらクリニック埼玉 |
| | | 住所 | 埼玉県さいたま市緑区東浦和4-26-17 サニーハイム201号室 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 月2回の訪問診療、往診 |
| | 2 | 名称 | 青木中央クリニック |
| | | 住所 | 埼玉県川口市柳崎3-7-24 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 月2回の訪問診療、往診 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 高輪会 浦和歯科 | |
| | 住所 | 埼玉県さいたま市南区别所3-16-9 安藤ビル102 | |
| | 協力内容 | 月2回の訪問診療、往診 | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|--|-------------------------|------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 1 あり | 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | 1 あり | 2 なし |
| 留意事項 | 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。） | | |
| 契約の解除の内容 | 特定施設入居者生活介護契約書 第15条、第17条の定め通り | | |
| 事業主体から 解約を求める場合 | 解約条項 | 特定施設入居者生活介護契約書第16条の定め通り | |
| | 解約予告期間 | 原則として、90日 | |
| 入居者からの 解約予告期間 | 利用者は、特定施設入居者生活介護契約書の有効期間中、いつでも特定施設入居者生活介護契約を解約することができます。この場合、利用者は契約終了を希望する日の30日前までに事業者へ書面により通知するものとします。 | | |

| | |
|---------|---|
| 体験入居の内容 | <p>1 あり（内容：6泊7日：53,900円（税込）） ※利用契約の締結に先立ち、体験利用をしていただけます。 ※介護保険は適用されませんので、全額自己負担となります。 ※上記料金には、食費・管理費・介護サービス費（ただし、個別の要望に基づく外出同行等を除く）が含まれます。</p> <p>2 なし</p> |
| 入居定員 | 41人 |
| その他 | |

5. 職員体制

（職種別の職員数）

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数※ 1※2 |
|--|----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1.0 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 19 | 10 | 9 | 14.2 |
| 介護職員 | 17 | 8 | 9 | 12.2 |
| 看護職員 | 2 | 2 | | 2.0 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 1 | 0.1 |
| 計画作成担当者 | 1 | | 1 | 0.3 |
| 栄養士 | | | | 外部委託 |
| 調理員 | | | | 外部委託 |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40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 | | | |
| 介護福祉士 | 5 | 2 | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 5 | 3 | 2 |
| 初任者研修の修了者 | 8 | 4 | 4 |
| 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 | 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 | 1 | | 1 |
| はり師 | | | |
| きゅう師 | | | |

(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 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員 | 0人 | 0人 |
| 介護職員 | 1人 | 1人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.7 : 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 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | 資格等の名称 | 介護福祉士 | | | | | | |
| | 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 | 2 | | 1 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | | 2 | 2 | | | | | | |
| 業務に従事した職員の人数 経験年数に | 1年未満 | 1 | 1 | | 1 | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | | 2 | 2 | | | | | 1 |
| | 3年以上 5年未満 | | | 2 | 2 | | | 1 | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | 2 | 4 | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | 1 | | | | |
| | 従業者の健康診断の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | |
|----------------------------|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | 1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 |
| 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利用料金（月払い）の取扱い | <input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし（家賃、管理費） <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額（食費） 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |

| | | |
|---------|-----|---|
| 利用料金の改定 | 条件 | <ul style="list-style-type: none"> 介護保険法令等の改正に伴い特定施設入居者生活介護契約書第8条第2項第1号に定める費用に変更があった場合、事業者は利用者等へ説明を行い、当該利用料金を変更します。 特定施設入居者生活介護契約書第8条第2項第2号に定める費用を改定する場合、事業者は、消費者物価指数及び人件費、又は諸種の経済状況を勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、当該利用料金を変更します。 消費税等が改定になった場合は、法令の定めに従い当該利用料金を変更します。 |
| | 手続き | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】) ※1か月を30日で計算しています。

| | | プラン1 | プラン2 | |
|---|-------------------------------|-------------|-------------|---------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護1 (1割負担) | 要介護3 (1割負担) | |
| | 年齢 | 85歳 | 85歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.00㎡ | 18.00㎡ | |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 円 | 円 | |
| | 敷金 | 63,000円 | 63,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 191,899円 | 196,718円 | |
| 家賃 | | 63,000円 | 63,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 19,499円 | 24,318円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 47,400円 | 47,400円 |
| | | 共益費(非課税) | 62,000円 | 62,000円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 円 |
| その他 | 円 | 円 | | |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)</p> | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|------|---|
| 賃料 | 【家賃相当額】居室及び共用施設の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定しています。 |
| 敷金 | 家賃の1か月分 |
| 介護費用 | 要支援認定、要介護認定が自立の場合：「自立」は介護保険給付の対象とはなりません。「自立者生活支援費用」をご負担いただきます。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まれていません。 |
| 共益費 | 施設の維持・管理費、水光熱費、居室設備利用料等に充当します。 |

| | |
|----------------------|--|
| 食費 | 47,400 円（1 か月） 欠食の場合は次の基準で減額します。 ※1 日単位 1,580 円、1 食単位（朝食 320 円、昼食 630 円、夕食 630 円） |
| 光熱水費 | 共益費に含む |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | （別添 2）を参照 |
| その他のサービス利用料 | 利用者は、医療費、紙おむつ等の介護消耗品、化粧品、衣類、クリーニング、理美容、嗜好品等、専ら利用者の個人的利用・使用に係る費用を負担します。 |

（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※に対する自己負担 | 要介護度に応じて、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額をご負担いただきます。 |
| 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（上乘せサービス） | なし |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

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 | 14 人 |
| | 女性 | 27 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 2 人 |
| | 65 歳以上 75 歳未満 | 8 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 14 人 |
| | 85 歳以上 | 17 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援 1 | 人 |
| | 要支援 2 | 人 |
| | 要介護 1 | 7 人 |
| | 要介護 2 | 10 人 |
| | 要介護 3 | 10 人 |
| | 要介護 4 | 5 人 |
| | 要介護 5 | 9 人 |
| 入居期間別 | 6 か月未満 | 4 人 |
| | 6 か月以上 1 年未満 | 2 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 18 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 14 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 3 人 |
| | 15 年以上 | 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|-------|
| 平均年齢 | 82.1歳 |
| 入居者数の合計 | 41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 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 2人 |
| | 死亡者 | 4人 |
| | その他 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 1人 |
| | | (解約事由の例) 自宅の近くの特養へ転居するため |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

| | | |
|----------|-------|--------------------------|
| 窓口の名称 | | ハーベスト戸田 |
| 電話番号 | | 048-421-1616 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | 9:00~18:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~18:00 |
| 定休日 | | 8月13日~8月15日、12月30日~翌1月3日 |

| | | |
|----------|-------|--------------------------|
| 窓口の名称 | | 株式会社ワイグッドケアお客様相談室 |
| 電話番号 | | 0495-71-6551 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | - |
| | 日曜・祝日 | - |
| 定休日 | | 8月13日~8月15日、12月30日~翌1月3日 |

| | | |
|----------|-------|-------------------|
| 窓口の名称 | | 戸田市健康福祉部健康長寿課 |
| 電話番号 | | 048-441-1800 (代表) |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | 土曜 | - |
| | 日曜・祝日 | - |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |

| | | |
|----------|-------|--------------|
| 窓口の名称 | | 埼玉県福祉部高齢者福祉課 |
| 電話番号 | | 048-830-3254 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | 土曜 | - |
| | 日曜・祝日 | - |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |

| | | |
|----------|-------|----------------------------|
| 窓口の名称 | | 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係 |
| 電話番号 | | 048-824-2568 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~12:00、13:00~17:00 |
| | 土曜 | - |
| | 日曜・祝日 | - |
| 定休日 | | 土日、祝日、年末年始 |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 「超ビジネス保険」 |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) サービス提供により事故が発生した場合は、速やか利用者の家族、市町村、介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | | | |
|----------|------------|------------|-----------|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--|------------|
| 運営懇談会 | 1 あり | (開催頻度) 年1回 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり | (内容) |
| | 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名:) | |
| | 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置時の老人 福祉法第29条第1項に規定 する届出 | 1 あり 2 なし | |
| | 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の 居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要 | |
| 高齢者の居住の安定確保に関 する法律第5条第1項に規定 するサービス付き高齢者向け 住宅の登録 | 1 あり 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導 指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項 | 1 あり 2 なし | |
| 合致しない事項がある 場合の内容 | | |
| 「6.既存建築物等の 活用の場合等の特例」への 適合性 | 1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない | |
| 有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項 | なし | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類：別添1 (別を実施する介護サービス一覧表)

別添2 (個別選択による介護サービス一覧表)

| |
|------------------------|
| 利用者の介護サービスに関する料金内容等の目安 |
|------------------------|

(1) 利用者の介護サービス利用についての負担金額 (30日利用の場合の目安)

① 介護報酬基本単位数

| 要介護認定等 | 基本報酬 | 生活機能向上 連携加算 | 個別機能 訓練加算 | 入居継続 支援加算 | 夜間看護 体制加算 | ADL維持等加算 |
|------------|--------------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | | 単位/月 | 単位/- | 単位/日 | 単位/日 | 単位/月 |
| 要支援1 | 183 単位 | (I) 100 単位 (II) 200 単位 ※ただし、個別 機能訓練加算を 算定している場 合は、100 単位 | (I) 12 単位/日 (II) 20 単位/月 | 適応外 | 適応外 | 適応外 |
| 要支援2 | 313 単位 | | | | | |
| 要介護1 | 542 単位 | | | (I) 36 単位 (II) 22 単位 | (I) 18 単位 (II) 9 単位 | (I) 30 単位 (II) 60 単位 |
| 要介護2 | 609 単位 | | | | | |
| 要介護3 | 679 単位 | | | | | |
| 要介護4 | 744 単位 | | | | | |
| 要介護5 | 813 単位 | | | | | |
| 当施設での加算の算定 | × | × | × | ○(II) | × | |
| | 若年性認知症 入居者受入加算 | 協力医療機関 連携加算 | 新興感染症等 施設療養費 | 口腔・栄養スク リーニング加算 | 科学的介護 推進体制加算 | |
| | 単位/日 | 単位/月 | 単位/日 | 単位/回 | 単位/月 | |
| | 120 単位 | (I) 100 単位 (II) 40 単位 | 240 単位 | 20 単位 (6月に1回を 限度) | 40 単位 | |
| 当施設での加算の算定 | × | ○(I) | × | × | × | |
| × | 退院・退所時連携加算 1日につき30単位 ※要介護のみ | | | | | |
| ○ | 退居時情報提供加算 1回につき250単位 ※対象者のみ | | | | | |
| ○ (I) | 看取り介護加算 (夜間看護体制加算を算定する場合のみ算定) ※要介護のみ | | | | | |
| | | (I) | (II) | | | |
| | (1) 死亡日以前31日以上45日以下 | 1日につき72単位 | 1日につき572単位 | | | |
| | (2) 死亡日以前4日以上30日以下 | 1日につき144単位 | 1日につき644単位 | | | |
| | (3) 死亡日以前2日又は3日 | 1日につき680単位 | 1日につき1,180単位 | | | |
| (4) 死亡日 | 1日につき1,280単位 | 1日につき1,780単位 | | | | |
| × | 認知症専門ケア加算 | (I) 1日につき3単位 | (II) 1日につき4単位 | | | |
| × | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (I) 1月につき10単位 | (II) 1月につき5単位 | | | |
| × | 生産性向上推進体制加算 | (I) 1月につき100単位 | (II) 1月につき10単位 | | | |
| × | サービス提供体制強化加算 | | | | | |
| | (1) サービス提供体制強化加算 (I) | 1日につき22単位 | | | | |
| | (2) サービス提供体制強化加算 (II) | 1日につき18単位 | | | | |
| | (3) サービス提供体制強化加算 (III) | 1日につき6単位 | | | | |
| ○ (II) | 介護職員等処遇改善加算 | | | | | |
| | (1) 介護職員等処遇改善加算 (I) | 1月につき12.8% | | | | |
| | (2) 介護職員等処遇改善加算 (II) | 1月につき12.2% | | | | |
| | (3) 介護職員等処遇改善加算 (III) | 1月につき11.0% | | | | |
| | (4) 介護職員等処遇改善加算 (IV) | 1月につき8.8% | | | | |

※地域区分 5級地 所在地における「1単位当たりの単価」10.45円

② 介護報酬総額見込額（単位：円 消費税非課税）

| 要介護認定等 | 介護保険給付費 (日額) | 【参考】介護保険の自己負担額 | | | | | |
|--------|-----------------|----------------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | | 1割の場合 | | 2割の場合 | | 3割の場合 | |
| | | (日額) | (30日) | (日額) | (30日) | (日額) | (30日) |
| 要支援1 | 1,912 | 192 | 5,737 | 383 | 11,474 | 574 | 17,211 |
| 要支援2 | 3,270 | 327 | 9,813 | 654 | 19,625 | 981 | 29,438 |
| 要介護1 | 5,663 | 567 | 16,992 | 1,133 | 33,984 | 1,699 | 50,976 |
| 要介護2 | 6,364 | 637 | 19,093 | 1,273 | 38,185 | 1,910 | 57,277 |
| 要介護3 | 7,095 | 710 | 21,287 | 1,419 | 42,574 | 2,129 | 63,860 |
| 要介護4 | 7,774 | 778 | 23,325 | 1,555 | 46,649 | 2,333 | 69,974 |
| 要介護5 | 8,495 | 850 | 25,488 | 1,699 | 50,975 | 2,549 | 76,463 |

- 要支援認定又は要介護認定の認定結果が「自立」の方は、生活を支援する費用として、以下の費用をお支払いいただきます。

| | |
|-----------|----------------|
| 自立者生活支援費用 | 60,500円（月額・税込） |
|-----------|----------------|

- ※ 自立者生活支援費用は、契約期間の開始日を起算日として算定します。
- ※ 利用者の不在期間において、返金・割引等はありません。
- ※ 要支援認定又は要介護認定の結果が変更され、自立となった場合、その変更日（従来の要支援認定又は要介護認定の結果の満了日）に遡って、自立者生活支援費用を適用します。
- ※ 月途中で本契約が開始若しくは終了した場合及び要支援認定又は要介護認定の結果に変更があった場合、当該月を30日で割った金額を日額として算出します。

③ 上記以外の介護サービス利用料等

「介護保険給付対象外サービス」に対する対価は、別添2の通りです。

加算給付について

特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護において、以下の加算給付があります。

| | |
|---|----------|
| <p>夜間看護体制加算の給付（要介護のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「重度化対応指針」に基づき、看護職員が夜勤を行い、又は自宅でオンコールの連絡体制をとるなどし、夜間の緊急時には医療機関と連携して対応を図るための体制加算です。 | ○ (Ⅰ) |
| <p>若年性認知症入居受入加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症の人を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供するための加算です。 | × |
| <p>協力医療機関連携加算の給付、及びこれに伴う主治医への健康情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護職員が利用者の健康の状況を継続的に記録し、主治医等に対して月に1回以上情報提供を行う個別加算です。 | ○ (Ⅱ) |
| <p>口腔・栄養スクリーニング加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の加算です。 | × |
| <p>科学的介護推進体制加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所者・利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出し、サービスの提供に当たって、情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に加算します。 | × |
| <p>新興感染症等施設療養費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診察、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に算定します。 | × |
| <p>退居時情報提供加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合の個別加算です。 | ○ |
| <p>退院・退所時連携加算（要介護のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療提供施設を退院・退所して病院等と連携して、特定施設に入居する利用者を受け入れた場合に加算します。 | × |
| <p>入居継続支援加算（要介護のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・たんの吸引などのケアの提供を行う体制を整えた特定施設に対する加算です。 | × |
| <p>生活機能向上連携加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等と連携する場合の加算です。 | × |
| <p>個別機能訓練加算の給付</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専従の機能訓練指導員が、必要な利用者毎に目標・実施方法・評価等を含む個別機能訓練計画書に基づき個別機能訓練を行うための管理期間に係る個別加算です。 | × |
| <p>ADL維持等加算（要介護のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合に加算します。 | × |
| <p>看取り介護加算の給付</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、「看取り、介護指針」に基づき看取り介護計画書を合意の上で作成、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して介護サービスを行うための個別加算です。 | ○ (Ⅰ) |
| <p>認知症専門ケア加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症に対して専門的な知識と技術を持つ介護職員を一定数配置し、質の高い認知症ケアを提供するための体制加算です。 | × |
| <p>高齢者施設等感染対策向上加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設での感染症対策を行うための取り組みを評価し、その成果に応じて支給される加算です。 | × |
| <p>生産性向上推進体制加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことで加算されます。 | × |
| <p>サービス提供体制強化加算の給付</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手厚い介護体制の確保を推進する観点から創設されたもので、職員の配置要件に応じた体制加算です。 | × |
| <p>介護職員等処遇改善加算の給付</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたもので、基本報酬と各種加算報酬の合計に一定率を乗じる体制加算です。 | ○ (Ⅱ) |

別添Ⅰ 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | | 併設・隣接 の状況 | | 事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|
| <居宅サービス> | | | | | |
| 訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 訪問介護ハートランド・アイリ本庄I 他2件 | 本庄市北堀 1796 |
| 訪問入浴介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 訪問看護ステーション悠楽々川越 | 川越市藤木町 37-1 |
| 訪問リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | デイサービスハートランド・アイリ熊谷 デイサービスハートランド・アイリ本庄II | 熊谷市間々田 101 本庄市児玉町児玉字下八幡 1216-2 |
| 通所リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 短期入所生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 短期入所療養介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ハートランド戸田公園 他3件 | 戸田市氷川町 2-6-19 |
| 福祉用具貸与 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ハッピーケアサプライ | 戸田市美女木 4-13-2 |
| 特定福祉用具販売 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <地域密着型サービス> | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 夜間対応型訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 認知症対応型通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 多機能ホームのぞみ | 上尾市小敷谷 716-1 |
| 認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | グループホーム五感の里本庄早稲田 他3件 | 本庄市北堀 1931-1 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 居宅介護支援 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | | |
| 介護予防訪問介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防訪問看護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ハートランド戸田公園 他3件 | 戸田市氷川町 2-6-19 |
| 介護予防福祉用具貸与 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ハッピーケアサプライ | 戸田市美女木 4-13-2 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <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 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 多機能ホームのぞみ | 上尾市小敷谷 716-1 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | グループホーム五感の里本庄早稲田 他3件 | 本庄市北堀 1931-1 |
| 介護予防支援 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護老人保健施設 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護療養型医療施設 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | なし | | | | あり | | 備考 |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|--|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 包含※2 | 都度※2 | |
| 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 | | | |
| 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 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,640円/H 協力医療機関以外の医療機関へ対応の場合 |
| 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 | | ○ | 右記 シーツ交換週1回無料、 布団550円（1回）、枕330円（1回）、ベッドパッド330円（1回） 週2回 体調不良等の場合のみ |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | | |
| 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 月1回訪問理美容の機会を提供 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | | 週1回の無料実施 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,640円/H 利用者からの依頼によりサービスを行います。 |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | | 実費 年1回の機会を提供 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,640円/H 協力医療機関以外の医療機関へ対応の場合 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は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。

説明年月日 _____ 年 月 日

重要事項説明書及びその添付書類の各項目について、重要な事項を説明しました。

【事業所】 ハーベスト戸田

説明者名 _____ (役職)

重要事項説明書及びその添付書類の各項目について説明を受け、理解しました。

【利用者】 氏名 _____

【利用者代理人】 氏名 _____