

彦根ひらたデイサービス
指定通所介護 重要事項説明書

株式会社サンガジャパン
ひらた翔裕館Ⅱ号館
滋賀県彦根市平田町448-1

通所介護 重要事項説明書

1 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 0749-21-3715 FAX 0749-21-3716

※ 午前8時30分～午後5時30分 担当 中村 加奈 (管理者)

* ご不明な点は、お気軽におたずねください。

2 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	彦根ひらたデイサービス
所在地	滋賀県彦根市平田町448-1
介護保険指定番号	2570201562
サービスを提供する対象地域	彦根市全域

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

	人数	業務内容
管理者	1名	事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らも通所介護の提供にあたる。
生活相談員	2名以上	利用者及び家族等からの相談に応じ、職員に対する技術指導、事業計画の作成、関係機関との調整を行う。
機能訓練指導員	1名以上	機能の減衰を防止するための訓練を行う。
看護職員	2名以上	利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。
介護職員	2名以上	利用者の入浴、給食等の介助及び援助を行う。

(3) 事業所の設備の概要

定員	20名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	1室 64㎡	相談室	1室
浴室	一般浴槽	送迎車	5台 (内リフト車1台)

(4) 営業時間

営業時間	午前8時30分～午後5時30分まで 月曜日～土曜日 (祝日も含む)
サービス提供時間	午前9時00分～午後4時10分
休業日	日曜日、12/31～1/2は休業
※緊急連絡先	0749-21-3715

3 サービス内容

①送迎（交通渋滞・交通事故等により、送迎時間が遅延することがありますが、この場合でも通常の9時00分から、16時10分のご提供とさせていただきますので、ご了承ください。）

・原則としてご自宅の玄関から当施設の玄関までとさせていただきます。

②食事

③入浴

④機能訓練・レクリエーション

⑤生活相談（相談・援助等）

⑥健康チェック

⑦アクティビティ（集団レクリエーション・創作活動等の機能訓練）

4 料金

(1) 利用料金

① 通所介護利用料（7時間以上8時間未満のご利用の場合）（通常規模事業所）

要介護度区分	単位数	利用料金 (1日あたりの目安)	介護保険適用時の 一割自己負担額 (1日あたりの目安)	介護保険適用時の 二割自己負担額 (1日あたりの目安)	介護保険適用時の 三割自己負担額 (1日あたりの目安)
要介護1	658	6,757円	676円	1,352円	2,028円
要介護2	777	7,979円	798円	1,596円	2,394円
要介護3	900	9,243円	925円	1,849円	2,773円
要介護4	1023	10,506円	1,051円	2,102円	3,152円
要介護5	1148	11,789円	1,179円	2,358円	3,537円

※送迎費は上記金額に含まれます。

	加算・減算項目	単位数	利用料金 (1回あたりの目安)	介護保険適用時の 一割自己負担額 (1回あたりの目安)	介護保険適用時の 二割自己負担額 (1日あたりの目安)	介護保険適用時の 三割自己負担額 (1日あたりの目安)
②	入浴介助加算I	40	410円	41円	82円	123円
③	通所介護送迎減算 (片道)	▲47	▲483円	▲48円	▲96円	▲144円
④	同一建物減算	▲94	▲966円	▲96円	▲193円	▲289円
⑤	個別機能訓練 加算(I)イ	56	575円	58円	115円	173円

② 入浴介助加算とは、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定されるものである。

③ 通所介護送迎減算とは、事業所が送迎を行わなかった場合に減算されます。

④ 同一建物減算とは、事業所と同一建物に居住する利用者に対して、サービスを提供した場合に減算を行います。

⑤ 個別機能訓練加算（Ⅰ）イとは、利用者ごとに心身の状態や居宅での環境を踏まえた個別機能訓練計画を作成し、当該計画書に基づき計画的に機能訓練を行うことで、利用者の生活機能の維持・向上を図り、住み慣れた地域で居宅において可能な限り自立して暮らし続けることを目指すため設けられたものです。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師から直接機能訓練を受けた利用者のみが算定されます。

⑥ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ

介護現場で働く職員の処遇改善を行い人材確保に努め、良質なサービス提供を続けることができるようにするための取り組みです。介護現場における人材確保を更に推し進めるため、令和8年6月以降、加算充実策を講じます。

当事業所の場合：基本報酬に各種加算減算を加えた総単位数に対して、1000分の109（10.9%）に当たる単位数となります。

⑦ 食事の提供に要する費用 昼食（全額自己負担）780円 おやつ200円

*尚、①・②・③・④・⑤・⑥に関して地域加算（彦根市：6級地・1単位＝10.27円）を含んでいます。

*介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合の支払いとなります。

(2) おむつ代 実費

(3) その他

- ・ご利用者は、サービス提供の記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費（1枚あたり10円）をいただきます。
- ・救急搬送ならびに病院受診等の付き添いに伴いタクシー等を使用した場合には、その実費分（往復）をお支払い頂きます。
- ・領収書の再発行
領収書は原則として再発行しないものとします。但し、サービス利用の支払いに対する領収書紛失等の理由により、利用者又は利用者代理人から領収証明書の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行するものとします。なお、発行に際しては、文書料として、一通につき金500円（税別）を申し受けます。

(4) キャンセル料

ご利用者の御都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

利用日の当日午前8時半までに御連絡いただいた場合 無料

利用日の当日午前8時半までに御連絡がなかった場合 昼食780円 おやつ200円

(5) サービス提供対象地域外の送迎費

サービス提供対象地域を超えた場合は、以下の通り徴収させていただきます。

サービス提供対象地域外から10km未満 片道 300円

以後5km毎に 片道 300円

有料道路を使用した場合は、通行料金の実費を徴収します。

(6) 支払方法

原則として、毎月15日頃までに前月分のご請求をいたしますので、月末日までにお支払いください。お支払い方法は、ご指定口座より口座引落とさせていただきます。（但し、口座引落手続きが完了するまでは、現金支払いとなります。）

※尚、費用を変更する場合には、予め、利用者又はその家族に対し、事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書、押印を受けることといたします。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

本重要事項説明書によりサービス内容等の説明を行い、ご理解、ご納得いただきましたら契約を結び、通所介護計画書を作成しサービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合には、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

① ご利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までに文書でお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 小規模多機能居宅介護及び看護小規模多機能居宅介護を利用された場合
- ・ 介護保険給付・介護予防給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合
- ・ ご利用者が遠隔地に転居された場合

④ その他

当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当社が破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

ご利用者が、サービス利用料金を支払わない場合、ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、ご利用者が入院又は病気等により、3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合又はご利用者やご家族などが当施設や当施設の従事者に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6 当社の通所介護の特徴

(1) 事業の目的

株式会社サンガジャパンが運営する、彦根ひらたデイサービスが行う指定通所介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

事業所の従事者は、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練及び必要な日常生活の世話をを行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消、及び心身機能の維持、並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。

事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、市区町村、地域包括支援センター、居宅

支援事業者、他の居宅サービス事業者、並びにその他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

(3) 施設利用にあたっての留意事項

- ① 指定通所介護の提供に当たっては、通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営む上で必要な援助を行う。
- ② 通所介護従事者は、通所介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- ③ 通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術を持ってサービスの提供を行う。
- ④ 通所介護は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。
特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。
通所介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。やむを得ず身体拘束を行う場合は、家族に理由・内容を十分に説明し、同意を得た上で行う。

(4) 通所介護計画の作成

- ① 管理者及び生活相談員は、利用者の心身の状況及び意向並びにその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するものとする。
- ② 管理者は、上記の通所介護計画を作成した時は、利用者又はその家族に対し、その内容等について説明するものとする。
- ③ 通所介護計画の作成にあたっては、既に居宅サービス計画が作成されている場合には、その内容に沿って作成するものとする。
- ④ 通所介護従業者は、それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況を記録する。

7. 健康上の理由による中止

- ① 風邪等病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスの内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上適切に対応します。

8. 事故発生時の対応

サービス提供中の事故発生時には、速やかに家族、介護支援専門員に連絡します。また必要と思われる場合は市町村に報告いたします。

市町村担当課名 彦根市高齢福祉課 0749-24-0828

9. 緊急時の対応方法

サービス提供時に利用者に病状の急変その他緊急事態が生じた時は、必要に応じて臨時応急の手当てを行うと共に、速やかに家族並びに主治医に連絡し、適切処置を行うとともに、管理者に報告しなければならない。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講ずる。

10. 損害賠償について

当事業所において、当事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、当事業所は速やかにその損害を賠償します。

但し、その損害の発生について、ご利用者に故意または過失が認められる場合は、ご利用者の置かれた心身の状態を勘案して相当と認められるときには、当事業所の損害賠償を減じることがあります。

11. 非常災害対策

当事業所は、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

12. 虐待防止に関する事項

1 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに

その結果について、従業員に周知徹底を図る。

(2) 虐待の防止のための指針を整備する。

(3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。

(4) 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所の従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

13. 身体拘束に関する事項

事業所は、サービスの提供にあたって、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。なお、やむを得ず身体拘束等行動制限を行う場合は、次の事項を実施するものとする。

1. やむを得ず身体拘束を行う場合は、管理者を中心とした事業所全体で検討し、次の手順による説明書を作成し、家族へ説明・同意を得る。

① 利用者がいかなる状態であるかの客観的解説。

② 当該事業所で行いうる介護手法での対応が困難な理由。

③ 今後の当該利用者に対する介護の方針。

④ 具体的な身体拘束の内容とその手段についての解説。

2. 拘束中は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録し、完結の日から5年間保存する。

3. 身体拘束中は常に事業所全体で解除するための検討を行う。

4. 身体拘束の適正化

① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、従業員に周知徹底を図る。

② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。

③ 身体的拘束等の適正化のため、研修は（新規採用時及び年間研修計画に位置付け）を2回以上実施する。

14. 衛生管理及び感染症の対策等

1 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。

2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

15. 業務継続計画の策定等

(1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

(2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年2回以上）に実施するものとする。

(3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

16. サービス内容に関する相談・苦情

①□ 当社ご利用者相談・苦情担当（受付時間 8:30~17:30）

担当 管理者 中村 加奈 電話 0749-21-3715

③ 当社以外に、市区町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

彦根市高齢福祉課 電話 0749-24-0828

滋賀県国民健康保険団体連合会 電話 077-522-0065

17. 提供するサービスの第三者評価 実施 有 無

評価機関（ ） 評価日（ 年 月 日） 評価結果の公開状況 有 無

18. 当社の概要

名称・法人種別	株式会社サンガジャパン
代表者役職・氏名	代表取締役 山口 智博
本社所在地	埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9
定款の目的に定めた事業	1. 介護保険による通所介護事業 2. 前各号に付帯する一切の業務

説明を希望される方に対し、本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目11番地9

名称 株式会社サンガジャパン

説明者 所属 彦根ひらたデイサービス

氏名 印

私は、本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

(ご本人) 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄: _____)

介護予防通所介護相当サービス

重要事項説明書

株式会社サンガジャパン

彦根ひらたデイサービス

彦根ひらたデイサービス
介護予防通所介護相当サービス
重要事項説明書

1 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 0749-21-3715 (受付時間: 8:30~17:30)

担当 管理者 中村 加奈

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 事業所の概要

(1) 事業所名称等

事業所名	彦根ひらたデイサービス
所在地	滋賀県彦根市平田町448-1
介護保険指定番号	2570201562
通常の事業の実施地域	彦根市全域

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

令和 年 月 日現在

	人数	業務内容
管理者	1名	事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
生活相談員	2名以上	本人及び家族等からの相談に応じ、職員に対する技術指導、通所介護・介護予防通所介護相当サービス計画の作成、関係機関との調整を行う。
機能訓練指導員	1名以上	機能の維持回復及び減衰を防止するための訓練を行う。
看護職員	2名以上	本人の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。
介護職員	2名以上	本人の入浴、給食等の介助又は支援を行う。

(3) 事業所の設備の概要

定員	20名	静養室	1室 1床
食堂兼機能訓練室	1室 65.74㎡	相談室	1室
浴室	一般浴槽	送迎車	3台

(4) 営業時間

営業時間	午前8時30分~午後5時30分まで 月曜日~土曜日(祝日も含む)
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時10分まで 介護予防通所介護相当サービス 午前9時00分から午後4時10分
休業日	日曜日、12/31~1/2は休業
※緊急連絡先	0749-21-3715

3 サービス内容

- ①介護予防通所介護相当サービス計画の作成
- ②送迎（交通事情等により、送迎時間が前後することがあります。）
 - ・原則としてご自宅の玄関から当施設の玄関までとさせていただきます。
- ③食事
- ④入浴
- ⑤機能訓練・レクリエーション
- ⑥生活相談（相談・援助等）
- ⑦健康チェック
- ⑧アクティビティ（集団レクリエーション・創作活動等の機能訓練）
- ⑨その他日常生活上の世話（支援）

4 料金

(1) 利用料金

※介護サービス基本料金＜利用者の負担割合は「介護保険負担割合証」に記載された割合になります＞

※介護保険のサービス利用料は要支援認定を受けたご利用者が、介護予防サービス計画に基づいた介護予防通所介護相当サービスを受けた場合にご利用者は全体の介護保険負担割合証に記載された割合の費用を支払い、その負担分を除いた分については事業者が市町村等に請求し、市町村等から支払いを受けます。これを法定代理受領といいます。

法定代理受領が適用されるためには、指定事業者から介護予防通所サービス計画に基づく介護予防通所介護相当サービスを受け、あらかじめ介護予防支援サービスを受ける旨を市町村に届け出るという要件を満たした場合に限られます。

※下記の場合には利用料をいったん全額（10割分）事業者に対し支払った上で、後日、市に対して介護保険負担割合証に記載された割合分との差額の支給を請求することになります。これを償還払いといいます。

- ケアプランがないまま、サービスを利用したとき
 - 保険料の未納や滞納により、「支払方法の変更」がされているとき
- 償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付致します。

①介護予防通所介護相当サービス利用料（事業対象者・要支援1・要支援2）

ご利用回数	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援1・事業対象者	1798	1,847円／月額	3,693円／月額	5,540円／月額
要支援2・事業対象者	3621	3,719円／月額	7,438円／月額	11,157円／月額

※ 送迎・入浴は上記金額に含まれます。

②若年性認知症利用者受入加算

対象	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
事業対象者 要支援1・要支援2	240	247円／月額	493円／月額	740円／月額

③介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ

介護現場で働く職員の処遇改善を行い人材確保に努め、良質なサービス提供を続けることができるようにするための取り組みです。介護現場における人材確保を更に推し進めるため、令和8年6月以降、加算充実策を講じます。

当事業所の場合：基本報酬に各種加算減算を加えた総単位数に対して、1000分の109（10.9%）に当たる単位数となります。

④食事の提供に要する費用 1食あたり 780円（全額自己負担）

⑤おやつ代 1回あたり 200円（全額自己負担）

⑥サービス提供記録等の複写物の交付を希望される場合は、1枚につき10円ご負担いただきます。

*尚、①・②・③に関しては地域単価（彦根市：6級地・1単位=10.27円）を含みます。

■若年性認知症利用者受入加算とは、受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うことです。

(2) おむつ代 実費

(3) その他の日常生活の便宜に係わる費用（コピー代等）及びレクリエーション・機能訓練等において発生する材料・教材費 実費

(4) 救急搬送ならびに病院受診等の付き添いに伴いタクシー等を使用した場合には、その実費分（往復）をお支払い頂きます。

(5) キャンセル料

ご本人の御都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料（食事代及びおやつ代）がかかります。

利用日の午前8時30分までに御連絡いただいた場合	無料
利用日の午前8時30分までに御連絡がなかった場合	650円（食事代）

(6) 通常の事業の実施地域外の送迎費

通常の事業の実施地域外から10km未満 片道 300円

以後5km毎に 片道 300円

(7) 支払方法

原則として、毎月15日頃までに前月分の請求をいたしますので、27日までにお支払いください。お支払い方法は、指定口座より口座引落とさせていただきます。（但し、口座引落手続きが完了するまでは、現金支払いとなります。）

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。

本重要事項説明書によりサービス内容等の説明を行い、ご理解、ご納得いただけましたら契約を結び、介護予防通所介護相当サービス計画を作成しサービスの提供を開始します。

介護予防サービス計画の作成を依頼している場合には、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

① 本人の都合でサービス利用契約を終了する場合

本人は、事業者に対して、1週間の予告期間を置いて文書で通知することにより、この契約を

解約することができます。ただし、本人の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

② 事業者の都合でサービスを終了する場合

事業者は、やむを得ない事情がある場合、本人に対して、1ヶ月間の予告期間を置いて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ 本人が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護予防給付でサービスを受けていた本人の要支援認定区分が、非該当（自立）と認定された場合（事業対象者となる場合を除く）
- ・ 本人がお亡くなりになった場合
- ・ 本人が遠隔地に転居された場合

④ その他

- ・ 当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、本人家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当事業者が破産した場合、本人は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ 本人のサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず2週間以内に支払われない場合、本人が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、本人が入院又は病気等により、3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合又は本人や家族などが当施設や当施設の従事者に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただくことができます。

6 当社の介護予防通所介護相当サービスの特徴等

(1) 事業の目的

株式会社サンガジャパンが運営する、彦根ひらたデイサービスにおいて、事業所の従業員が、要支援状態にある高齢者に対し、適正な介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

事業の実施に当たっては、本人の意思及び人格を尊重して、常に本人の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

事業所の従事者は、本人がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、本人の社会的孤立感の解消、及び心身機能の維持、並びに本人の家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。

事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村及び他の介護予防サービス事業者、並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

(3) サービス提供における事業者の義務

当事業所では、本人に対してサービスを提供するに当たって、次のことを守ります。

- ① 本人の生命・身体・財産の安全確保に配慮します。
- ② 本人に提供したサービスについて記録を作成し、契約終了から5年間保管するとともに、本人

又は代理人の請求に応じて閲覧していただけます。

- ③ 本人へのサービス提供時において、本人に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに家族に連絡の上、主治医への連絡を行う等必要な措置を講じます。尚、主治医に連絡が取れない場合は、当事業所の協力医療機関に連絡を行う等必要な措置を講じます。

★協力医療機関 : ひらたクリニック

- ④ 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得た本人または家族等に関する事項をサービス担当者会議等の必要時以外は正当な理由なく、第三者に漏洩しません。守秘義務はサービス従業者が当社を退職してからも継続いたします。

サービス担当者会議等において本人または家族の書面による同意を得ない限り個人情報を使用いたしません。

但し、本人に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に本人の心身等の情報を提供します。

- ⑤ 事業者は、防火管理についての責任者を定め、火災・風水害・地震等に関する具体的な防災計画を作成し、非常災害に備えるため、年2回以上定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。また、非常災害等の発生の際に事業が継続することができるよう、他の社会福祉施設と連携し、協力することができる体制を構築するよう努力いたします。
- ⑥ 事業を運営する当該法人の役員及び介護予防通所介護相当サービス事業所の管理者その他の従業者は、暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6項に規定する暴力団員をいう。）では一切ありません。また、事業所は、その運営について、暴力団員の支配を一切受けておりません。

（4）施設利用にあたっての留意事項

- ① 介護予防通所介護相当サービスの提供にあたっては、介護予防通所介護相当サービス計画に基づき、本人の機能訓練及びその者が日常生活を営む上で必要な援助を行う。

介護予防通所介護相当サービス従事者は、介護予防通所介護相当サービスの提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、本人またはその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

介護予防通所介護相当サービスの提供にあたっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術を持ってサービスの提供を行う。

介護予防通所介護相当サービスの提供にあたっては、常に本人の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に、認知症の状態にある要支援者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

- ② 本人は、サービス提供を受ける際には医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を従業者と確認し、心身の状況に応じた適切なサービスを受けることができるよう留意するものとする。

7. 健康上の理由による中止

- ① 風邪等病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスの内容の変更又は中止することがあります。その場合、家族に連絡の上適切に対応します。

8. 事故発生時の対応

サービス提供中の事故発生時には、速やかに家族、介護支援専門員に連絡します。また、必要な場合は市町村に報告いたします。

9. 緊急時の対応方法

サービス提供時に利用者に病状の急変その他緊急事態が生じた時は、必要に応じて臨時応急の手当てを行うと共に、速やかに家族並びに主治医に連絡し、適切処置を行うとともに、管理者に報告しなければならない。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講ずる。

10. 損害賠償について

当事業所において、当事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、当事業所は速やかにその損害を賠償します。

但し、その損害の発生について、ご利用者に故意または過失が認められる場合は、ご利用者の置かれた心身の状態を勘案して相当と認められるときには、当事業所の損害賠償を減じることがあります。

11. 非常災害対策

当事業所は、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

12. 虐待防止に関する事項

1 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに

その結果について、従業者に周知徹底を図る。

(2) 虐待の防止のための指針を整備する。

(3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。

(4) 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所の従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

13. 身体拘束に関する事項

事業所は、サービスの提供にあたって、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。なお、やむを得ず身体拘束等行動制限を行う場合は、次の事項を実施するものとする。

1. やむを得ず身体拘束を行う場合は、管理者を中心とした事業所全体で検討し、次の手順による説明書を作成し、家族へ説明・同意を得る。

① 利用者がいかなる状態であるかの客観的解説。

② 当該事業所で行いうる介護手法での対応が困難な理由。

③ 今後の当該利用者に対する介護の方針。

④ 具体的な身体拘束の内容とその手段についての解説。

2. 拘束中は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録し、完結の日から5年間保存する。
3. 身体拘束中は常に事業所全体で解除するための検討を行う。
4. 身体拘束の適正化
 - ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、従業員に周知徹底を図る。
 - ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
 - ③ 身体的拘束等の適正化のため、研修は（新規採用時及び年間研修計画に位置付け）を2回以上実施する。

1 4. 衛生管理及び感染症の対策等

- 1 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。
- 2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。
 - (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

1 5. 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年2回以上）に実施するものとする。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

1 6. サービス内容に関する相談・苦情

① 当社ご利用者相談・苦情担当

担当 中村 加奈 電話 0749-21-3715

受付時間 月～日曜日 8:30～17:30

② 当社以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

彦根市高齢福祉課 電話 0749-24-0828

滋賀県国民健康保険団体連合会 電話 077-510-6605

1 6. 提供するサービスの第三者評価

実施 有 無 評価機関 ()

評価日 (年 月 日) 評価結果の公開状況 有 無

17. 当社の概要

名称・法人種別	株式会社サンガジャパン
代表者役職・氏名	代表取締役 山口 智博
本社所在地	埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9
定款の目的に定めた事業	1. 介護保険による通所介護、第1号通所事業 認知症対応型共同生活介護事業 2. 前各号に付帯する一切の業務

介護予防通所介護相当サービスについて、本書面に基ついて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所 彦根ひらたデイサービス
所在地 滋賀県彦根市平田町448-1
説明者 印

私は、本書面により、事業者から介護予防通所介護相当サービスについての重要事項の説明を受けました。

ご本人 住所 _____

氏名 _____ 印

(ご家族) 住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 ()

認知症対応型共同生活介護
介護予防認知症対応型共同生活介護
[ひらたグループホーム翔裕館]
重要事項説明書

株式会社サンガジャパン
ひらた翔裕館Ⅱ号館

ひらたグループホーム翔裕館 重要事項説明書

1. 法人及び施設の概要

法人名 : 株式会社サンガジャパン
代表者 : 代表取締役 山口智博
事業所名 : ひらたグループホーム翔裕館
指 定 : 認知症対応型共同生活介護 第2590200370号
 : 介護予防認知症対応型共同生活介護
開 設 : 令和3年1月1日
定 員 : 9名 【1ユニット9名】
所在地 : 彦根市平田町448-1
 Tel 0749-21-3715 Fax 0749-21-3716

2. 運営方針

- (1) 利用者の心身機能の状態を把握し、自立支援の観点に立ったサービスを提供します。
- (2) 心身、生活機能の回復もしくは低下の予防を行う為に、サービス計画を作成し、計画に沿ったサービスを提供します。
- (3) 上記計画に基づき目標が達成できるよう効果的で効率的なサービスを提供します。
- (4) 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、心身の状況に応じた自主的且つ意欲的な共同生活がおくれるよう援助するものとします。
- (5) サービスの実施にあたっては関係市町村、地域の医療、保健、福祉サービス機関、地域包括支援センター、地域住民と密接な連携に努め、協力と理解のもとに適切な運営を図るものとします。

3. 利用者及び、利用者代理人の権利

利用者及び利用者代理人は、事業所のサービスを受けることに関して、以下の権利を有し、または、これらの権利を行使することにより利用者はいかなる不利益を受けることはないこととします。

- (1) 個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を保った生活ができること。
- (2) 生活歴が尊重され、安全と衛生が保たれた環境で生活できること。
- (3) 適切な医療を受けることについて支援を受けられること。
- (4) 地域社会の一員としての社会生活、選挙その他一般市民としての行為を行えること。
- (5) 暴力や虐待及び身体的精神的拘束を受けないこと。
- (6) 生活やサービスについて職員に要望・苦情を自由に伝えることができること。
- (7) 苦情等について専門家又は第三者機関の支援を受けること（苦情受付窓口等は重要事項説明書に記載）。
- (8) 事業所が保持している利用者の個人情報の開示請求ができること。

4. 職員配置

本事業所は、介護保険法に定める人員配置基準を満たしています。

職 種	配 置 数
1. 管理者兼介護職員	1名
2. 計画作成担当者	1名以上
3. 介護職員	6名以上

5. 本事業所が提供するサービスと利用料金

本事業所では、利用者個々に対して介護計画を立案し、計画に基づき以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付対象となるサービスの概要

- ① 入 浴 : 入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ② 排 泄 : 排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。
- ③ 機能訓練 : 利用者の心身の状況に応じて、日常生活に必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
- ④ 健康管理 : 当社の看護師又は訪問看護ステーションが介護職員と協力して、主治医または医療機関と連携して、健康管理を行います。
- ⑤ 介護予防 : 主治医または医療機関、地域包括支援センター等と連携して、介護職員が口腔機能向上、転倒予防、栄養改善の視点からケアを行います。
- ⑥ 夜間の体制 : 専任の夜勤者を各ユニット1名配置しています。
- ⑦ その他自立への支援 :
 - ・寝たきり防止のためにできる限り離床に配慮します。
 - ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
 - ・清潔で快適な生活が送れるよう適切な整容が行われるよう援助します。

(2) 介護保険の給付対象となるサービスの利用料金

別紙（利用料金一覧）

(3) 介護保険の給付対象とならないサービスの概要と利用料金

別紙（利用料金一覧）

6. 利用料金の支払い方法

介護保険給付に係る利用者負担金（1割、2割または3割分）は、1ヶ月ごとに計算し翌月15日頃までに請求しますので、翌月27日までにお支払い下さい。

1ヶ月に満たない期間の利用料金等は以下の通りとなります。

- ・月の途中で入居した場合の「専用居室利用料（家賃）、共益費、管理費」は、日割り計算するものとする。
- ・月の途中で退居した場合の「専用居室利用料（家賃）、共益費、管理費」は、日割り計算するものとする。但し、荷物搬出終了日を持って退居日とする。

お支払方法につきましては、自動引き落としを原則とさせていただきますが、銀行振込若しくは現金支払いの方法も取り扱いさせていただきます。但し、銀行振込の場合の振込手数料はご利用者の負担となります。

7. 入居に当たっての留意事項

利用者は、サービスの利用に当たって、共同生活の秩序を保ち相互の親睦を図るもの

とし、次の行為は行わないものとする。

- (1) 喧嘩、口論等他の利用者に迷惑をかけること。
- (2) 指定した場所以外での喫煙等火気を用いること。
- (3) 宗教や習慣の相違等で他人を排斥し、又は他人の自由を侵すこと。
- (4) その他、契約に当たって取り決めたこと。

8. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合、利用者のご希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。

これは、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院を義務づけるものでもありません。

<協力医療機関及び協力歯科医療機関>

医療機関名	医療法人 中西医院
所在地	滋賀県彦根市芹橋二丁目9-14
診療科	内科、消化器科

医療機関名	医療法人悠悠会 いそクリニック
所在地	滋賀県米原市磯 1729-1
診療科	歯科

9. 緊急時（急変時）の対応について

利用者の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに家族並びに主治医、当社の看護職員またはあらかじめ定められた医療機関へ連絡・緊急受診を行うなどの必要な処置を講じます。

また、夜間帯は職員配置が日中より少ないため、緊急連絡体制を確立しています。

10. 非常災害対策について

当施設では、自然災害、火災、その他防災対策について、計画的な防災訓練と設備の改善を図り、利用者の安全に対して万全を期します。

防災訓練の実施は、具体的計画を立て、非常災害に備えるため、避難、救出その他必要な訓練を年2回以上行います。

11. 事故発生時の対応

事業所は、サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに彦根市その他市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。また、賠償すべき事故が発生した場合は、協議の上速やかに損害賠償を行います。なお、事故の状況等については、関係市町村に報告いたします。

12. 虐待防止に関する事項

利用者の人権擁護・虐待防止のため、次の措置を講ずるものとします。

- ① 人権の擁護、虐待の防止等の重要性に鑑み、管理者を責任者として設置。
- ② 虐待防止のために、従業者に対する研修の実施。
- ③ 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備。
- ④ その虐待防止の為に講ずる必要な措置。
- ⑤ サービス提供中に当該事業所従業者または、養護者による虐待を受けたと思われる

利用者を発見した場合には、速やかに市町村に通報するものとします。

13. 身体拘束

事業所は、サービスの提供にあたって、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。なお、やむを得ず身体拘束等行動制限を行う場合は、次の事項を実施するものとする。

- (1) 身体拘束を行う場合は、管理者を中心とした事業所全体で検討し、やむを得ず身体拘束を実施する場合は、次の手順による説明書を作成し、家族へ説明・同意を得る。
 - ① 利用者がいかなる状態であるかの客観的解説
 - ② 当該事業所で行いうる介護手法での対応が困難な理由
 - ③ 今後の当該利用者に対する介護の方針
 - ④ 具体的な身体拘束の内容とその手段についての解説
- (2) 拘束中は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録し、完結の日から5年間保存する。
- (3) 身体拘束中は常に事業所全体で解除するための検討を行う。

身体拘束の適正化

- ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、従業員に周知徹底を図る。
- ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
- ③ 身体的拘束等の適正化のため定期的な研修(新規採用時及び年間研修計画に位置付け)を実施する。

14. 衛生管理及び感染症の対策等

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。
- (2) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。
 - ① 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - ② 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的(年2回以上)に実施する。

15. 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定介護予防認知症対応型共同生活介護ならびに指定認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的(年2回以上)に実施するものとする。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

16. グループホームの退居について（契約の終了）

下記の場合契約は終了し退居していただくことになります。

（１）利用者からの退居申し出（契約解除）

利用者はいつでも契約の解除を申し出、退居することができます。ただし、退居を希望する場合は前もって解約届の提出をお願いします。

（２）下記の場合は自動的に契約解除となり退居していただくことになります。

- ① 利用者が介護保険施設へ入所した場合。
- ② 利用者が死亡した場合。
- ③ 利用者が要介護認定により自立・要支援１と判定された場合。
- ④ 利用者が診療所や病院に入院し、３カ月を超える期間治療等が必要となった場合又は、見込まれる場合。
- ⑤ 事業者が解散命令や破産した場合等やむを得ない事由でホームを閉鎖した場合。
- ⑥ 天変地異その他の事由により施設が滅失、重大な毀損によりサービス提供が不可能になった場合。
- ⑦ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は辞退した場合。

（３）下記の場合、事業者は利用者に対し、３０日の予告期間において、文書で通知することにより本契約を解除できます。

- ① 利用者のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく２カ月以上遅延し、支払うよう催告したにもかかわらず１０日以内に支払われない場合。
- ② 利用者が事業者や他の入居者に対し契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。

（４）下記の場合は即時に契約を解除し退居することができます。

- ① 介護保険給付対象外の利用料の変更に同意できない場合。
- ② 事業者もしくはサービス従事者（職員）が正当な事由なく、契約書に定めるサービスの提供を実施しない場合。
- ③ 事業者もしくはサービス従事者（従事者であった者）が守秘義務に違反した場合。
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑤ 他の利用者が利用者本人の身体・財産・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合に、事業者が適切な対応を取らない場合。

17. 身元引受人

当施設へ入居される場合、利用者のご家族等の身元引受人を求めます。

身元引受人は、入居契約に基づく利用者の事業者に対する一切の債務について、利用者と連帯して履行の責任を負います。ただし、その極度額は１００万円を上限とする。

また、特に死亡等により契約が終了した際の、利用者の所持品等、残置物をお引き取り願います。

18. 苦情窓口の設置について

当施設における運営について苦情等がある場合、下記にお申し出下さい。

《事業所》

☆ 苦情受付窓口（担当者）……<管理者> 大橋 正人

☆ 連絡先 …… ０７４９－２１－３７１５

その他 …… 投書箱を設置します。皆様のご意見等を遠慮なく投函下さい。

《運営法人（(株)サンガジャパン西日本支社）》

☆ 苦情受付窓口……(株)サンガジャパン西日本支社

☆ 連絡先 …… 075-256-8700

《行政関係》

・彦根市 高齢福祉推進課

電話番号：0749-24-0828

・滋賀県国民健康保険団体連合会

電話番号：077-522-0065（苦情相談窓口）

☆苦情を処置するために講ずる措置の概要は別紙参照下さい。

19. 利用者の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

意見書等、利用者・ご家族の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
	2 なし	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 あり	実施日	令和7年11月27日
		評価機関名称	運営推進会議
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービス・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項と外部評価結果及び利用料金の説明を行いました。

説明者 職 名 _____

氏 名 _____ 印 _____

私は、本書面に基づき事業者から重要事項と外部評価結果及び利用料金の説明を受け、認知症対応型共同生活介護サービス・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意します。

本人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

①身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

利用者との関係 _____

②身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

利用者との関係 _____

苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	ひらたグループホーム翔裕館
申請するサービス種類	認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護

1. 利用者からの相談または苦情に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

相談・苦情に対する常設の窓口として、下記窓口を設置する。相談担当者が不在の時は、基本的事項については、本事業所職員が苦情に対応できるように体制を整えるとともに、事後に担当者が責任を持って対応する。

担当者： 管理者 大橋 正人
連絡先： 電話 0749-21-3715

担当者： (株)サンガジャパン西日本支社
連絡先： 電話 075-256-8700

(その他の苦情等の相談窓口)
彦根市福祉保健部高齢福祉推進課
電話番号：0749-24-0828
滋賀県国民健康保険団体連合会
電話番号：077-522-0065（苦情相談窓口）

2. 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

①苦情があった場合には、相談担当者が面接を行うなどして、詳しい事情を聞く。
②相談担当者は、上記の内容を所定の「苦情事故発生報告書」により、株式会社サンガジャパン西日本支社に報告の上、処理内容を決定し、速やかに申立者に連絡する。
③上記によっても苦情処理を行えない場合には、事業所として検討会議を開催し、処理内容を決定する。
④苦情の内容、処理結果について「苦情事故発生報告書」に記録した上保管し、再発防止に役立てる。

3. その他の参考事項

上記に記載した以外の対応措置については、その都度事業所内で検討し、利用者の立場に立って処理する。

介護保険の給付対象となるサービス 別紙「利用料金一覧（1ユニット用）」

介護保険の対象となるサービスの利用料金は、下記のとおり介護保険法に定める単位数に地域単価を乗じた額の合計額となります。

該当に ○印	利用者の介護度とサービス利用料	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
○	基本単位（1日あたり）	761 単位	765 単位	801 単位	824 単位	841 単位	859 単位
○	初期加算	30 単位/1 日（入所後 30 日間のみ）					
○	協力医療機関連携加算	40 単位/1 月（要支援 2 は加算なし）					
	医療連携体制加算（I）イ	57 単位/1 日（要支援 2 は加算なし）					
	医療連携体制加算（I）ロ	47 単位/1 日（要支援 2 は加算なし）					
	医療連携体制加算（I）ハ	37 単位/1 日（要支援 2 は加算なし）					
	医療連携体制加算（II）	5 単位/1 日（要支援 2 は加算なし）					
	口腔衛生管理体制加算	30 単位/月 歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対する口腔ケアの技術的助言・指導を月 1 回以上行い、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成する					
	サービス提供体制強化加算（I）	22 単位/日 介護職員総数の 70%以上が介護福祉士である。「又は」勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上いる。					
	サービス提供体制強化加算（II）	18 単位/日 介護職員総数の 60%以上が介護福祉士である。					
	サービス提供体制強化加算（III）	6 単位/日 勤続 7 年以上の職員が 30%以上いる。「又は」介護職員総数の 75%以上が常勤職員である。「又は」介護職員総数の 50%以上が介護福祉士である。					
	夜間支援体制加算（I）	50 単位/日 夜勤を行う介護職員および宿直勤務の者の合計数が 2.0 以上					
	夜間支援体制加算（II）	25 単位/日 夜勤を行う介護職員および宿直勤務の者の合計数が 1.9 以上 夜勤時間帯を通じて利用者の動向を検知できる見守り機器を利用者の 10%以上に設置					
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位/日（入所日から 7 日を上限）ショートステイ申請の場合					
	認知症専門ケア加算（I）	3 単位/日 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方が、利用者の 1/2 以上 認知症介護実践者リーダー研修修了者 1 名配置					
	認知症専門ケア加算（II）	4 単位/日 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方が、利用者の 1/2 以上 認知症介護指導者研修修了者 1 名配置					
	認知症チームケア推進加算（I） ※認知症専門ケア加算未算定時	150 単位/月 日常生活自立度Ⅱの入居者の割合が 50%以上 認知症介護の指導に係る専門的な研修修了者を 1 人以上 配置しチームを組み、対象者個別にチームケアを実施					
	認知症チームケア推進加算（II） ※認知症専門ケア加算未算定時	120 単位/月 日常生活自立度Ⅱの入居者の割合が 50%以上 認知症介護に係る専門的な研修修了者を 1 人以上 配置しチームを組み、対象者個別にチームケアを実施					

該当者がおられる場合算定する加算（該当される場合、別途ご説明をさせていただきます。）

該当に ○印	加算種類	単位数と要件
○	入院時費用	246 単位/日（月 6 日を限度とする）
	看取り介護加算 （看取りを行った場合に必要になります）	72 単位/日（看取りの対応）死亡日以前 31 日以上 45 日以下 144 単位/日（看取りの対応）死亡日以前 4 日以上 30 日以下 680 単位/日（看取りの対応）死亡前日及び前々日 1280 単位/日（看取りの対応）死亡日
	若年性認知症利用者受入加算	120 単位/日
	退居時情報提供加算	250 単位/回 利用者が退居し医療機関に入院する場合 当該医療機関に対し利用者の同意を得て、心身状況、生活歴等の情報を提供した上で利用者の紹介を行った場合
	退居時相談援助加算	400 単位/回 利用者が退居し、その居宅で居宅サービス等を利用するとき、サービスについて相談援助を行い、利用者の同意を得て退居から 2 週間以内に市町村などに対し、介護状況を示す文書を添えて必要な情報を提供する

介護保険改正に伴う加算（事業所の体制に変更があった場合、別途ご説明をさせて頂き同意書を頂きます。）

該当に ○印	利用者の介護度とサービス利用料	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
○	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	介護職員の賃金の改善等を実施している事業所 算定した合計単位数の 1000 分の 202 単位（20.2%）					

■ 地域単価 彦根市：10.27円（単位数合計に乗じる）

介護保険の給付対象とならないサービス 別紙「利用料金一覧」

料金は利用者の全額負担となり、①～④については後払い(利用月の翌月末日までに支払い)となります。ただし、月の途中で退居される場合は、日割り計算で請求します。

- ① 食材料費：69,000円／月（2,300円／1日）
[朝食・昼食・夕食・おやつ] で1日 2,300円
* 1日に1食（おやつ含む）でも食された場合には、1日分(1日2,300円)の請求となります。
* 本事業所では、利用者の栄養、身体の状態及び、嗜好等を考慮した食事を提供します。また、利用者の残存機能を引き出す為に、調理・配膳・後片付け及び、食事を共同でおこないます。
食事時間 朝食：7：30～ 昼食12：00～ 夕食：17：30～
- ② 家賃：65,000円／月（2,166円／1日）
専用居室内の電灯及びカーテン等は事業者が設置します。
- ③ 共益費：26,500円／月（883円／1日）
建物の維持管理費等に充当
管理費：15,000円／月（500円／1日）※課税対象のため別途消費税
専用居室及び共用部の水道光熱費等
- ④ オムツ代等
費用は利用者の実費負担です。
- ⑤ 理・美容代
費用は利用者の実費負担です。
- ⑥ 医療機関等への受診費用
その都度、受診した医療機関で、お支払いいただきます。
- ⑦ 救急搬送ならびにその他の対応が生じた場合の実費
病院受診等の付き添いに伴いタクシー等を使用した場合には、その実費分（往復）をお支払い頂きます。
- ⑧ 領収書の再発行
領収書は原則として再発行しないものとします。但し、サービス利用の支払いに対する領収書紛失等の理由により、利用者又は利用者代理人から領収証明書の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行するものとします。なお、発行に際しては、文書料として、一通につき金500円（税別）を申し受けます。
- ⑨ 原状回復費用
費用は利用者の実費負担です。

登録事項等についての説明(高齢者住まい法第17条関係)

年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-11-9
 氏名 株式会社サンガジャパン 代表取締役 山口智博
 代理人 住所
 氏名

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) ひらたしょうゆうかんにごうかん ひらた翔裕館Ⅱ号館
所在地	(住居表示) 滋賀県彦根市平田町448-1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(JR琵琶湖線 南彦根 駅から バス で 10分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他(南彦根駅から徒歩で40分)
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用賃借による権利 期間 2015年 4月 1日から 2045年 3月 31日まで
施設に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用賃借による権利 期間 2015年 4月 1日から 2045年 3月 31日まで
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用賃借による権利 期間 2015年 4月 1日から 2045年 3月 31日まで

注)住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきかいしゃさんがじゃぱん 株式会社サンガジャパン
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 330-0854) 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目11番地9 電話番号 048-614-1541
法人の役員	別添 1 のとおり
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	(ふりがな) 商号、名称、又は氏名
	住所 (法人に あっては主 たる事務所 の所在地)
法人の役員	別添 2 のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃさんがじゃぱん 株式会社サンガジャパン		
事務所の所在地	(郵便番号 330-0854) 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目11番地9	電話番号	048-614-1541

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	24 戸	
居住部分の規模	(最小)	19.15	m ²
	(最大)	23.18	m ²
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	構造	鉄骨(増設棟は木造)	造
竣工の年月	2015 年 2 月 28 日	階数	地上2 階建
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している		
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている		

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

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

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	年 月 日から
--------	---------

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

サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	
高齢者生活支援サービス	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 22,000 円
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 68,940 円
	介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 30,800 円
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 4,400 円
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 3,300 円
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 1,100 円
家賃の概算額	(最低) 約 65,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 65,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 30,000 円		
	(最高) 約 30,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 0 円	家賃の 0 月分	
	(最高) 約 0 円		
水道光熱費の支払方法			
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約	円	(最高) 約
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃		
	サービス提供の対価		
返還額の算定方法			
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで		
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)		
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証	<input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託	
	<input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険	<input type="checkbox"/> その他()	
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)		

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

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託	
委託する業務の内容 (契約事項)		
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
住所 <small>(法人にあつては 主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号)
		電話番号
修繕計画		
計画策定の 有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の 実施予定	頃実施予定	
その他計画的 な修繕予定		
登録の更新申請の 日前一年間における 入居者の数及び 退去者の数	入居者の数	10 人
	退去者の数	5 人

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

施設の名 称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
ひらたグループホーム翔裕館	(介護予防を含む)認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
ひらたクリニック	無床診療所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
彦根ひらたデイサービス	通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力(該当する場合のみ)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな)
事業所の所在地	(郵便番号)) 電話番号
連携又は協力の内容	

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針(別添5のとおり)

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

当住宅(施設)は「高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針」及び県の「高齢者居住安定確保計画」に基づき適切に運営します。
--

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条第1項に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日
借主(乙) 住所
氏名

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
かなりゆうすけ 神成裕介	代表取締役
やまぐちともひろ 山口智博	代表取締役
ほらぐちじゅんいち 洞口淳一	代表取締役
とみおかしんすけ 富岡慎介	取締役
やまもとまさお 山本政男	取締役
しょうの あゆみ 庄野 歩	取締役
ふじいしんご 藤井真吾	監査役

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

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	19.22	×	○	○	×	×	○	3	212.213.215	65,000
1	19.15	×	○	○	×	×	○	6	201.202.203.208 209.210	65,000
1	19.30	×	○	○	×	×	○	2	206.207	65,000
1	19.52	×	○	○	×	×	○	1	214	65,000
1	20.54	×	○	○	×	×	○	2	204.211	65,000
1	22.63	×	○	○	×	×	○	1	205	65,000
1	23.18	×	○	○	×	×	○	9	111.112.113.114.221 222.223.224.225	65,000

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

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

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

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室及び脱衣室	2	16.63	2階	24	
リビング	1	45.04	2階	24	
共用トイレ	1	4.08	2階	24	
台所	1	7.34	2階	24	
洗濯・汚物	1	4.72	2階	24	
談話室	1	19.86	2階	24	
浴室及び脱衣室	1	7.74	1階	24	増設棟
リビング1	1	8.98	1階	24	増設棟

リビング2	1	4.5	2階	24	増設棟
洗濯・汚物	1	1.79	1階	24	増設棟
談話コーナー	1	5.23	1階	24	増設棟

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

別添 4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する						
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)						
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号						
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等							
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	人		
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	人		
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	1 人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	3人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	1 人		
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)							
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()							
常駐する時間	日中	9 時	00分	17 時	00分	人員 1 人		
	上記以外の時間	17 時	00分	~	9 時	00分	人員 1 人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	居室に1日2回の安否確認含む訪問					毎日 2 回		
	<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問 (近接する土地に常駐する場合のみ)							
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日		00時	00分	~	24時	00分
		上記以外の日		<input type="checkbox"/> 24時間				
	通報方法	ナースコール(各居室・共用トイレ・リビング・脱衣室に設置)						
	通報先	1階事務室又は2階事務室		通報先から住宅までの到着予定時間		1 分		
緊急時における対応の内容	各居室に設置されている緊急呼び出しボタンのコールが押された場合や、トイレに設置されている緊急呼び出しボタンのコールが押された場合は、介護職員が居室等に駆け付け対応します。(24時間対応)							
生活支援サービスの内容	日常生活の相談、困りごと、健康・体調に関すること、地域情報に関すること等のご相談に応じます。							
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応		<input type="checkbox"/> その他()				
	提供時間	9 時	00分	~	17 時	00分		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	22,000 円	前払金の算定方法				
	前払金	約	円					
備考	費用は月額制となります。							

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

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input checked="" type="checkbox"/> 委託する		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃの一むこあ 株式会社ノームコア		
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 446-0058) 愛知県安城市三河安城南町1丁目15-8サンテラス三河安城6階オフィス604 電話番号 0566-71-5828		
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 446-0058) 愛知県安城市三河安城南町1丁目15-8サンテラス三河安城6階オフィス604 電話番号 0566-71-5828		
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他()		
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
	内容	<input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない()		
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他()		
	入居者の健康状態に合わせた食事対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
	入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 68,940 円	内訳 朝食 648 円 昼食 858 円 夕食 792 円	
	前払金	約 円	前払金の算定方法	
備考	希望によりおやつを提供します。料金は1食あたり220円が別途必要となります。 排せつ、食事等の介護サービスによる月額定額制を選択されない場合には、配膳・下膳1回につき220円が必要となります。			

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

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ナースコール対応、24時間の定時巡回、その他介護支援)		
サービス提供の対価(概算額)		月額	約 30,800 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 円		
備考		介護保険では賄えない、入浴介護、排せつ介護、食事介護を入居者の希望により行います。費用は月額定額制となります。 (但し、1日の延べサービス提供時間は1.5時間を上限とし、1.5時間を超える場合には30分1,100円が別途必要になります。			

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)		月額	約 4,400 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 円		
備考		介護保険の対象とならない、洗濯・清掃については、入居者の希望により行います。 ※週1回のサービス費用は、入浴、排せつ、食事等の介護サービス費に含みます。 ※週2回以上のサービスを希望される場合は、30分1,100円が必要となります。 (例)週2回目を利用の場合、30分1,100円を4週で月額4,400円になります。			

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 3,300 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 円			
備考	入居者の希望により、健康上の相談、血圧等の測定を行います。 健康管理サービスは、入居者の選択制となり、選択された場合は月額定額制となります。但し、1日の延べサービス提供時間は30分を上限とし、30分を超える場合には30分毎に1,320円が別途必要となります。通院等の付き添いサービスは30分1,100円が別途必要となります。				

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
			日常生活上で必要となる各種代行サービス等		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 1,100 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 円			
備考	介護保険の対象とならない、行政等への各種手続き等代行サービスを入居者の希望により行います。 ※1か月に1回までの代行サービスは入浴、排せつ、食事等の介護サービス費に含みます。2回目以降は30分1,100円が別途必要となります。				

別添5

運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

別添6

滋賀県有料老人ホーム設置運営指導指針で定められた説明

記入年月日	2025/7/1
記入者名	田村 紗野花
所属・職名	施設長

1. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	利用者の自立を助け、日常生活全般に必要な支援を行います。				
サービスの提供内容に関する特色	快適で健やかに過ごして頂けるよう、日常生活全般に必要な支援を行います。				
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
食事の提供	1 自ら実施	②	委託	3	なし
入浴、排せつ又は食事の介護	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

(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	
	個別機能訓練加算	1 あり	2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり	2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり	2 なし	
	科学的介護推進体制加算	1 あり	2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり	2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり	2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	1 あり	2 なし	
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
		(III)	1 あり	2 なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
		(III)	1 あり	2 なし
		(IV)	1 あり	2 なし
(V)		1 あり	2 なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	1 あり	2 なし	
	(II)	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	: 1		

(医療連携の内容)

医療支援		① 救急車の手配 ※複数選択可 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 五心会 ひらたクリニック
		住所	滋賀県彦根市平田町448-1
		診療科目	内科
		協力科目	
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	医療法人悠悠会 いそクリニック
		住所	滋賀県米原市磯1729-1
		協力内容	訪問歯科

(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	年齢:60歳以上		
契約の解除の内容	入居者又は事業者から契約解除が行われた場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	本物件の使用目的厳守義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至った場合等(入居契約書第11条参照)	
	解約予告期間	1ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	① あり (内容: 6泊7日迄無料、7泊目より1泊2日で10,000円(税込)) 2 なし		
入居定員	24 人		
その他			

2. 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務所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.2
生活相談員	0	0	0	0
直接処遇職員	8	2	6	2.71
介護職員	8	2	6	2.71
看護職員	0	0	0	0
機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				40
<p>※1 常勤換算人数とは、当該事務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、当該事務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> <p>※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。</p>				

(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	3	2	1
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	0	0	0
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	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	0	0	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
きゆう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜間帯の設定時間 (17 時 ~ 9 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 (記入時点での利用者数:常勤換算職員数)	: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 2 なし							
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称								
		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										
前年度1年間の退職者数										
業務に従事した経験年数に応じた 従事者の人数	1年未満									
	1年以上 3年未満									
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満									
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況					① あり 2 なし					

3. 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	4	人
	女性	20	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	1	人
	75歳以上85歳未満	2	人
	85歳以上	21	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	8	人
	要介護2	8	人
	要介護3	3	人
	要介護4	3	人
	要介護5	0	人
入居期間別	6ヶ月未満	4	人
	6ヶ月以上1年未満	3	人
	1年以上5年未満	12	人
	5年以上10年未満	5	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	86.5	歳
入居者数の合計	24	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	1人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	2人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	5人 (解約事由の例) 医療機関での永続的な加療が必要になったため

4. 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	ひらた翔裕館Ⅱ号館 苦情受付窓口	
電話番号	0749-21-3715	
対応している時間	平日	9:00-17:00
	土曜	9:00-17:00
	日曜・祝日	9:00-17:00
定休日	なし	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(その内容) サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① あり	(その内容) サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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	
		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			

5. 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

6.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 指針の不適合事項		
不適合事項がある場合 の内容		

※ _____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。

事業主体が滋賀県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	あり	なし	併設・隣接	平田訪問介護ステーション爽やかな風 滋賀県彦根市平田町788
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	
通所介護	あり	なし	併設・隣接	彦根ひらたデイサービス 滋賀県彦根市平田町448-1
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	平田ケアホテル翔裕館 滋賀県彦根市平田町1114-1
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	
<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	併設・隣接	
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接	
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接	平田デイサービス爽やかな風 滋賀県彦根市平田町1114-1
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	平田小規模多機能ホーム爽やかな風 滋賀県彦根市平田町1114-1
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	ひらたグループホーム翔裕館 滋賀県彦根市平田町448-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	平田ケアレジデンス翔裕館 滋賀県彦根市平田町1114-1
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	平田ケアプランセンター爽やかな風 滋賀県彦根市平田町1114-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	平田ケアホテル翔裕館 滋賀県彦根市平田町1114-1
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	
<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	併設・隣接	平田デイサービス爽やかな風 滋賀県彦根市平田町1114-1
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接	平田小規模多機能ホーム爽やかな風 滋賀県彦根市平田町1114-1
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	ひらたグループホーム翔裕館 滋賀県彦根市平田町448-1
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接	
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接	
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接	
介護医療院	あり	なし	併設・隣接	
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	平田訪問介護ステーション爽やかな風 滋賀県彦根市平田町788
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	彦根ひらたデイサービス 滋賀県彦根市平田町448-1
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接	

別添8

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}		料金 ^{※3}
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり			1,100 30分につき1,100円	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			1,100 30分につき1,100円	
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			1,100 30分につき1,100円	
特浴介助	なし	あり	なし	あり			1,100 30分につき1,100円	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			1,100 30分につき1,100円	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり			1,100 30分につき1,100円※彦根市内（救急搬送時除く）	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり			1,100 30分につき1,100円	
リネン交換	なし	あり	なし	あり			1,100 30分につき1,100円	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			1,100 30分につき1,100円	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			220 1回につき220円	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり			実費	
おやつ			なし	あり			220 1食につき220円	
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり			1,100 30分につき1,100円 ※施設より15分圏内	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			1,100 30分につき1,100円	
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				
健康相談	なし	あり	なし	あり			1,320 30分につき1,320円	
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			5,500 希望により月額定額制	
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			病院受診等の付き添いに伴いタクシー等を使用した場合には、その実費分（往復）ご請求します。	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
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、月額サービスの費用に包括される場合と、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回あたりの金額と、単位を明確にして記入する。

※4：入院中の見舞い訪問は、協力医療機関に限る。また、病院受診等の付き添いに伴いタクシー等を使用した場合には、その実費分（往復）ご請求します。