

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

記入年月日	2023 年 12 月 1 日
記入者名	勝又 訓子
所属・職名	施設長
取込種別	1 追加
被災確認事業所番号	2220392000003

1 事業主体概要

種類	2 法人	
	※法人の場合、その種類	1 社会福祉法人（社協以外）
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん あおぞら	
	社会福祉法人 青空	
法人番号	法人番号有無	1 有
	法人番号	5080105002598
主たる事務所の所在地	〒 410 - 0872	
	静岡県沼津市小諏訪15-1	
連絡先	電話番号	055 - 926 - 9600
	FAX番号	055 - 927 - 2600
	メールアドレス	shiwase @ aozora-h.com
	ホームページ有無	1 有
	ホームページアドレス	http:// www.aozora-h.com
代表者	氏名	大谷貴美子
	職名	理事長
設立年月日	2010 年 4 月 1 日	
主な実施事業	※別添1（別を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) ゆうりょうろうじんほーむ あおぞら				
	有料老人ホーム 青空				
所在地	〒	410	-	0872	
	静岡県沼津市小諏訪15-1				
所在地 (建物名等)					
市区町村コード	都道府県	静岡県	市区町村	222038 沼津市	
主な利用交通手段	最寄駅	JR東海道線 片浜駅又は 沼津駅			
	交通手段と所要時間	①電車を利用の場合 沼津駅からタクシー10分 片浜駅からタクシー 5分 ②自動車を利用の場合 沼津ICより約8km 30分			
連絡先	電話番号	055	-	926	- 9600
	FAX番号	055	-	927	- 2600
	メールアドレス	shiwase @ aozora-h.com			
	ホームページ有無	1 有			
	ホームページアドレス	http://	www.aozora-h.com		
管理者	氏名	勝又訓子			
	職名	施設長			
建物の竣工日		2002	年	11	月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		2010	年	4	月 1 日

(類型) 【表示事項】

類型	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）					
1 又は 2 に該当する 場合	介護保険事業者番号	No2271101863				
	指定した自治体名	静岡県 ・ 沼津市				
	事業所の指定日	2010	年	4	月	1 日
	指定の更新日（直近）	2016	年	4	月	1 日

3 建物概要

土地	敷地面積	2458	m ²			
	所有関係	2 事業者が賃借する土地				
		2 事業者が賃借する土地の場合				
		賃貸の種別	2 定期貸借			
		抵当権の有無	2 なし			
		契約期間	1 あり			
			開始	2010	年	4 月 1 日
			終了	2045	年	3 月 31 日
契約の自動更新	1 あり					
建物	延床面積	全体	1818.54	m ²		
		うち、老人ホーム部分	579.63	m ²		
	耐火構造	1 耐火建築物				
		3 その他の場合				
	構造	2 鉄骨造				
		4 その他の場合				

	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の場合				
		賃貸の種別				
		抵当権の有無				
		契約期間		開始		
				年	月	日
				終了		
		年	月	日		
契約の自動更新						
居室の状況	居室区分 【表示事項】	2 相部屋あり				
		2 相部屋ありの場合				
		最少	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分
	タイプ1	2 無	2 無	13.01 m ²	1	3 介護居室個室
	タイプ2	2 無	2 無	13.5 m ²	6	3 介護居室個室
	タイプ3	2 無	2 無	14.33 m ²	1	3 介護居室個室
	タイプ4	2 無	2 無	15.13 m ²	1	3 介護居室個室
	タイプ5	2 無	2 無	18.16 m ²	1	1 一般居室個室
	タイプ6	2 無	2 無	20.07 m ²	1	4 介護居室相部屋
タイプ7	2 無	2 無	19.58 m ²	1	4 介護居室相部屋	
タイプ8	2 無	2 無	18.5 m ²	2	4 介護居室相部屋	
タイプ9			m ²			
タイプ10			m ²			

共用施設	共用便所における 便房	4	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2	ヶ所
				うち車椅子等の対応が可能な便房	3	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	3	ヶ所	チェアー浴	1	ヶ所
				リフト浴	0	ヶ所
				ストレッチャー浴	1	ヶ所
				その他 小浴	1	ヶ所
	食堂	1	あり			
	入居者や家族が利 用できる調理設備	2	なし			
エレベーター	1	あり（車椅子対応）				
消防用設備 等	消火器	1	あり			
	自動火災報知設備	1	あり			
	火災通報設備	1	あり			
	スプリンクラー	1	あり			
	防火管理者	1	あり			
	防災計画	1	あり			
緊急通報装 置等	居室	1	全ての居室あり			
	便所	1	全ての便所あり			
	浴室	1	全ての浴室あり			
	その他					
その他						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	個人のニーズや特性、意思や希望に基づく適切な援助を18床という小規模で家庭的な雰囲気の中で提供する。 たとえ障害があっても個人が人生の主役として生きがいのある人生作りをお手伝いをさせて頂く。
サービスの提供内容に関する特色	個人のニーズや特性、意思や希望に基づく適切な援助を18床という小規模で家庭的な雰囲気の中で提供する。 たとえ障害があっても個人が人生の主役として生きがいのある人生作りをお手伝いをさせて頂く。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施
食事の提供	2 委託
洗濯・掃除等の家事の供与	1 自ら実施
健康管理の供与	1 自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施
生活相談サービス	1 自ら実施

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	2	なし	
	生活機能向上連携加算	2	なし	
	個別機能訓練加算	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	
	若年性認知症入居者受入加算	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	
	口腔衛生管理体制加算	2	なし	
	栄養スクリーニング加算	2	なし	
	退院・退所時連携加算	1	あり	
	看取り介護加算	1	あり	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	2	なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1	あり
(Ⅰ)ロ		2	なし	
(Ⅱ)		2	なし	
(Ⅲ)		2	なし	

	介護職員処遇改善加算	(I)	1	あり
		(II)	2	なし
		(III)	2	なし
		(IV)	2	なし
		(V)	2	なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(I)	1	あり
		(II)	2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	2 なし			
	1 ありの場合			
	(介護・看護職員の配置率)	2		: 1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="radio"/>	救急車の手配		
	<input type="radio"/>	入退院の付き添い		
	<input type="radio"/>	通院介助		
	<input type="checkbox"/>	その他		
1	名称	医療法人社団真養会 田沢医院		
	住所	静岡県沼津市大手町3丁目7番1号		
	診療科目	内科・外科・整形外科		
	協力科目	内科・外科・整形外科		
	協力内容	・施設への月2回の往診、24時間異常時の対応・指示・受診・訪問診療 ・年1回の健康診断 (利用者負担)		

協力医療機関	2	名称	津野歯科
		住所	静岡県大岡2275-6
		診療科目	歯科
		協力科目	歯科
		協力内容	<ul style="list-style-type: none"> ・通院が困難な方の往診（随時） ・定期歯科検診の実施
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	1	名称	
		住所	
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		一時介護室へ移る場合	
	○	介護居室へ移る場合	
		その他	
判断基準の内容	自立でのトイレ、食事ができなくなった場合、居室移動あり、但し、病状が急激に悪化した場合や、他入居者に著しく迷惑をかけると介護人が判断した場合、主治医の意見・家族・身元保証人の意見を聞き了承を得た上で居室移動するか決定する		
手続きの内容	1) 事業者の指定する医師の意見を聞く 2) 入居者の意思を確認する 3) 入居者の身元引受人の意見を聞く		
追加的費用の有無	2	なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	2	なし	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	1	あり
	便所の変更	2	なし
	浴室の変更	2	なし
	洗面所の変更	2	なし
	台所の変更	2	なし
	その他の変更	2	なし
1		ありの場合	
		(変更内容)	

(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
	要支援の者	1 あり
	要介護の者	1 あり
留意事項	概ね60歳以上で、健康な方及び日常生活に支援・介護が必要な方	
契約解除の内容	①入居者が死亡した時（入居者が2名の場合は両方死亡したとき） ②下記の「事業者の契約解除」に基づき解除を通告し、通告期間が満了したとき ③下記の「入居者からの解約」に基づき解約を行ったとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	備考欄参照
	解約予告期間	2 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	
	1 ありの場合	(内容) (内容：1泊2日13,125円（3食付）介護保険は適用外となります)
入居定員	18 人	
その他		

5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1 ※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.3
生活相談員	2	2	0	1
直接処遇職員	16	7	9	8
介護職員	14	7	7	7
看護職員	2	1	1	1
機能訓練指導員	2	1	1	0.1
計画作成担当者	1	1	0	0.5
栄養士	1		1	1
調理員	2		2	2
事務員	2	1	1	0.2
その他職員	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 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	1	1	0
介護福祉士	11	6	5
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	3	0	3
介護支援専門員	2	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	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
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(19 時 0 分 ~ 6 時 45 分)		
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0	人	0 人
介護職員	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】	d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.1 : 1
※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	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								
	業務に係る資格等		1 あり								
			1 ありの場合								
			資格等の名称						社会福祉士 介護支援専門員		
		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		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
に業務に 応じた 従事した 職員の 人経験 年数	1年未満	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0
	5年以上 10年未満	1	0	4	2	2	0	0	0	1	0
	10年以上	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況											

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	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	3 月払い方式	
	4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択	
		全額前払い方式
		一部前払い・一部月払い方式
		月払い方式
年齢に応じた金額設定	2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	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	1 減額なし	
	3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合	
		不在期間が 日以上
利用料金の改定	条件	地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案する
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上行う

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	支援1～2 要介護1～5	支援1～2 要介護1～5	
	年齢	二人部屋 60以上 歳	一人部屋 60以上 歳	
居室の状況	床面積	18.15～20.07 m ²	13.01～18.16 m ²	
	便所	2 無	2 無	
	浴室	2 無	2 無	
	台所	2 無	2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		203,881 円	256,381 円	
家賃		40,000 円	88,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	19,031 円	19,031 円	
	介護保険外※2	食費	71,400 円	71,400 円
		管理費	46,000 円	46,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	17,300 円	17,300 円
		その他	13,200 円	13,200 円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 ※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)				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	専用介護居室の家賃相当額の一部に相当。地代、標準設備、修繕費等を基礎として算出
敷金	家賃の 0 ヶ月分
介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	

管理費	共有施設等の維持管理費、事務費、管理部門に係る人件費
食費	厨房維持管理費 39,600円/月 食材料費 1,150円/日 行事食 250～500円/回
光熱水費	各居室、共有スペース、厨房、浴室等施設管理維持に係る水道 光熱費 夏期/冬期 (7, 8, 9/12, 1, 2)は冷暖房費追加加算分として2,000円/月
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	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)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	別添3 自己負担額資料参照
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)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間 (償却年月数)		ヶ月
償却の開始日		入居日
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)		円
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	
	入居後 3 月を超えた契約終了	
前払金の保全先		
	1 全国有料老人ホーム協会以外の場合	
	名称	

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	3	人
	女性	14	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	0	人
	75歳以上85歳未満	5	人
	85歳以上	12	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	3	人
	要介護 2	3	人
	要介護 3	5	人
	要介護 4	2	人
入居期間別	要介護 5	2	人
	6ヶ月未満	3	人
	6ヶ月以上1年未満	0	人
	1年以上5年未満	7	人
	5年以上10年未満	4	人
	10年以上15年未満	2	人
	15年以上	1	人

(入居者の属性)

平均年齢	89.2	歳
入居者数の合計	17	人
入居率※	94	%
※ 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)

退居先別の人数	自宅等	0	人
	社会福祉施設	0	人
	医療機関	0	人
	死亡	2	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) なし	
	入居者側の申し出	0	人
		(解約事由の例)	

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1										
窓口の名称		青空苦情受付								
電話番号		055	-	926	-	9600				
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	日曜・祝日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
定休日		年中無休								

窓口2											
窓口の名称			沼津長寿福祉課								
電話番号			055		-		934		-		4865
対応している時間	平日		8	時	30	分	～	17	時	15	分
	土曜			時		分	～		時		分
	日曜・祝日			時		分	～		時		分
定休日			土日祝祭日								
窓口3											
窓口の名称			静岡県国保連苦情処理部門								
電話番号			054		-		253		-		5590
対応している時間	平日		9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜			時		分	～		時		分
	日曜・祝日			時		分	～		時		分
定休日			土日祝祭日								
窓口4											
窓口の名称											
電話番号					-				-		
対応している時間	平日			時		分	～		時		分
	土曜			時		分	～		時		分
	日曜・祝日			時		分	～		時		分
定休日											
窓口5											
窓口の名称											
電話番号					-				-		
対応している時間	平日			時		分	～		時		分
	土曜			時		分	～		時		分
	日曜・祝日			時		分	～		時		分
定休日											

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	
	1 ありの場合	
	その内容	介護労働安全センター
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	
	1 ありの場合	
	その内容	緊急安全対策委員会規定に応じて事故発生時の対応、原因究明、再発防止を講じる
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	

(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	
	1 ありの場合	
	実施日	令和5年10月
	結果の開示	1 あり
第三者による評価の実施状況	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

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
管理規程	1 入居希望者に公開
事業収支計画書	1 入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 1 回	
	2 なしの場合	
提携ホームへの移行 【表示事項】	2 なし	
	1 ありの場合	
	提携ホーム名	
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	
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	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	2 なし	
	1 ありの場合	
	合致しない事項が ある場合の内容	
有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項	なし	
	「6. 既存建築物 等の活用の場合等 の特例」への適合 性	

	不適合事項がある 場合の内容	
--	-------------------	--

備考

事業主体から解約を求める場合	解約条項
<p>*解約条項 ・入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約解除することがあります。</p> <p>①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>②月額の利用料その他支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき 60日以上支払いがない場合など、本契約における事業者と入居者の信頼関係を著しく害するものであると判断した場合。</p> <p>③総則第20条「禁止又は制限される行為」の規定に違反したとき</p> <p>④入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、通常の介護方法ではこれを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合</p> <p>⑤身元引受人及び連帯保証人との連絡がとれなくなった場合</p>	
<p>*契約解除の手続き ・上記の場合、事業者は次の各号の手続きをとります</p> <p>1) 契約解除の通告について②は60日①③④⑤は90日の予告期間をおく</p> <p>2) 解除通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>3) 解除予告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し移転先がない場合には入居者や身元引受人、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>4) 上記解除事由④に該当する場合は*医師の意見を聴く*一定の観察期間をおく*通告に先立ち、入居者本人の意思を確認すると共に入居契約で定める身元引受人等の意見を聴きます。</p>	

添付書類： 別添1（別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）

※ _____ 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。

有料老人ホーム青空介護サービス等の一覧表

介護付特定施設入居者生活介護サービス一覧表

- この一覧表は、当ホームにおいて可能かどうかを示す目的で作成されています。
- それぞれの入居者の状態に応じて、当ホームにおいて医師の意見を聞くとともに入居者の意思を確認した上で、下記に示したサービスを取捨選択し必要なサービスを提供します。
- それぞれの入居者の「要介護認定等」の確定や変更が市区町村によりなされた場合、又ご負担される利用料金や支払方法が変更された場合などには、書面にて入居者の意見を確認します。（特定施設入居者生活介護利用契約書第6条）
- それぞれの入居者に提供するサービスの内容が変更される場合には、当ホームの「特定施設サービス計画」の作成担当者が、入居者に対して説明し、協議し、同意を得た上で行います。内容は書面にて通知します。（同第7条）

1、 介護の程度について

介護の程度	軽度	中度	重度
介護保険による認定の区分	・ 認定外（自立）の場合でホームが必要と判断した場合 ・ 要支援 1.2 の場合	・ 要介護度Ⅰ～Ⅲの場合	・ 要介護度Ⅳ、Ⅴの場合
介護の場所	一般居室	一般居室状態により介護用居室へ改装	介護居室

- 上記の「認定の区分」と「介護の場所」は、一般的な場合の目安です。それぞれの入居者の状態に応じて、変更される場合があります。

2. 提供される介護サービスの内容

介護度	軽 度		中 度		重 度	
介護サービス	保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
■巡回 ・昼間 ・夜間	19時～8時 2時間毎巡回 必要時応じて順次		9時～19時 必要に応じ随時巡回 19時～8時 2時間毎巡回 必要に応じ順次		9時～19時 必要に応じ随時巡回 19時～8時 2時間毎巡回 必要に応じ順次	
■食事介助			食事の都度本人の状況に応じて介助		食事の都度本人の状況に応じて介助	
■排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代		1枚35～220円 別途料金表による	身体状況に合わせてトイレ又は居室で排泄の都度一部介助 状態に合わせて就寝時に使用することあり	1枚35～220円 別途料金による	2時間毎及び随時身体状況に合わせて一部又は全面介助 状況に合わせて随時交換	1枚35～220円 別途料金による
■入浴等 ・清拭 ・一般介助 ・特浴介助	週2回 但し、体調により増減あり。	3回目より費用負担あり2000円/回	週2回 介助身体状況により一般浴介助～機械浴 但し、体調による	3回目より費用負担あり2000円/回	週2回 介助身体状況により一般浴介助～機械浴 但し、体調による	3回目より費用負担あり2,000円/回
■身辺介助 ・体立交換 ・居室からの移動 ・衣類の着脱 ・身だしなみ介助			身体状況に合わせて杖又は歩行器等で移動を介助 ・毎日朝・夜及び入浴時の状況に合わせて介助 ・毎日朝・夜及び入浴時の状況に応じて一部介助		1～2時間毎及び随時のおむつ交換時 身体状況に合わせて歩行器又は車椅子での移動を介助 ・毎日朝・夜及び入浴時の状況に応じて介助 ・毎日朝・夜及び入浴時の状況に応じて介助	

■機能回復訓練	希望に合わせて体操など	症状により施設外のリハビリ希望時には有料（医療保険適応・適応外自費）	希望をあわせて体操など	症状により施設外のリハビリ希望時には有料（医療保険適応・適応外自費）。	希望をあわせて体操など	症状により施設外のリハビリ希望時には有料（医療保険適応・適応外自費）。
■通院の介助 受診の介助		当園指定病院以外への通院 3,000円・時間		当園指定病院以外への通院 3,000円・時間		当園指定病院以外への通院 3,000円・時間
■緊急対応 ナースコール	24時間		24時間		24時間	
生活サービス						
■家事 ・ベッドメイク	1日1回		1日1回		1日1回	
・洗濯	必要に応じて随時	クリーニング代実費	必要に応じて随時	クリーニング代実費	必要に応じて随時	クリーニング代実費
・居室掃除・下膳	希望があれば随時		希望があれば随時		希望があれば随時	
・希望食		希望があれば実費		希望があれば実費		希望があれば実費
■理美容		実費		実費		実費
■各種代行サービス ・買い物	希望があれば随時	商品代実費	希望があれば随時	商品代実費	希望があれば随時	商品代実費
付添での外出		1時間5000円介助者1人につき車両別途		1時間5000円介助者1人につき車両別途		1時間5000円介助者1人につき車両別途
健康管理サービス						
■健康診断	年1回	医療保険で負担される以外の部分は自己負担	年1回	医療保険で負担される以外の部分は自己負担	年1回	医療保険で負担される以外の部分は自己負担
■健康相談・生活相談	必要に応じて随時	個人負担 約15610円程度	希望に応じて随時	個人負担 約15610円程度	希望に応じて随時	個人負担 約15610円程度
■医師の往診(提携病院)	田沢医院による月2回の往診 病状に合わせて	必要に応じて随時	田沢医院による月2回の往診 病状に合わせて	必要に応じて随時	田沢医院による月2回の往診 病状に合わせて	必要に応じて随時

<input checked="" type="checkbox"/> 指定病院以外への通院・受診 <input checked="" type="checkbox"/> 入居前検診 <input checked="" type="checkbox"/> 入院中のサービス <input type="checkbox"/> 移送サービス <input type="checkbox"/> 入院中の付き添い その他サービス <input type="checkbox"/> レクリエーション その他サービス続き <input type="checkbox"/> クラブ活動 <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> おやつ嗜好品 <input type="checkbox"/> 水分補給 金銭管理 <input type="checkbox"/> 日常支払い代行 療養上のお世話 <input type="checkbox"/> 与薬管理	基本的になし 毎日 天気、様子により 随時散歩などの野外活動 華道・絵手紙 習字 健康状態、気候による 健康状態、気候による 15時のおやつは食費を含む 食事、10時15時 夜間の水分補給 随時 立替代行料は無料 毎回の服薬はホーム管理（体調変化時のとんぷく、坐	左記の内医療保険制度で支給される以外の費用は実費 指定医以外への通院：交通費、付添料込3000円/時間 付添 2000 円～/時間 実費 応相談 希望するレクの材料費等は実費負担 材料費は実費 必要経費は実費 個人の希望物品は自費 おやつ以外の嗜好品は実費負担 本人の希望する特別な飲み物（酒、ジュース等）は実費負担 立て替えた品物の代金は自己負担 嚥下困難時の服薬ゼリー等自費	基本的になし 毎日 天気、様子により 随時散歩などの野外活動 華道・絵手紙 習字 健康状態、気候による 体調、希望等により随時 15時のおやつは食費を含む 食事、10時15時 夜間の水分補給 随時 立替代行料は無料 毎回の服薬はホーム管理（体調変化時のとんぷく、坐	左記の内医療保険制度で支給される以外の費用は実費 指定医以外への通院：交通費、付添料込3000円/時間 付添 2000 円～/時間 実費 応相談 希望するレクの材料費等は実費負担 材料費は実費 必要経費は実費 個人の希望物品は自費 おやつ以外の嗜好品は実費負担 本人の希望する特別な飲み物（酒、ジュース等）は実費負担 立て替えた品物の代金は自己負担 嚥下困難時の服薬ゼリー等自費	左記の内医療保険制度で支給される以外の費用は実費 指定医以外への通院：交通費、付添料込3000円/時間 付添 2000 円～/時間 実費 応相談 希望するレクの材料費等は実費負担 材料費は実費 必要経費は実費 個人の希望物品は自費 おやつ以外の嗜好品は実費負担 本人の希望する特別な飲み物（酒、ジュース等）は実費負担 立て替えた品物の代金は自己負担 嚥下困難時の服薬ゼリー等自費
--	--	---	---	---	---

	薬等も含む)		薬等も含む)		薬等も含む)	
<input type="checkbox"/> バイタルチェック	毎日血圧、脈、体温測定		毎日血圧、脈、体温測定		毎日血圧、脈、体温測定	
清潔保持						
<input type="checkbox"/> 洗髪	入浴時ご随時		入浴時ご随時		入浴時ご随時	
<input type="checkbox"/> 髭剃り	毎朝声掛けにて促す		本人の状況に応じ声掛け等一部介助		本人の状況に応じ介助	
<input type="checkbox"/> 口腔等の衛生	毎朝夜声掛けにて促す	口腔ケア物品	本人の状況に応じ声かけ等一部介助	口腔ケア物品	本人の状況に応じ介助	口腔ケア物品
<input type="checkbox"/> その他		希望する化粧品等の購入		希望する化粧品等の購入		希望する化粧品等の購入
家事援助						
<input type="checkbox"/> 居室清掃整理	居室清掃、洗濯物の整理	衣替え支援	居室清掃、洗濯物の整理	衣替え	居室清掃、洗濯物の整理	衣替え
<input type="checkbox"/> シーツ交換	週1回、必要に応じて随時	汚染対応のシーツ購入・洗濯費用自費	週1回、必要に応じて随時	汚染対応のシーツ購入・洗濯費用自費	週1回、必要に応じて随時	汚染対応のシーツ購入・洗濯費用自費
<input type="checkbox"/> 衣類補修		左記についてかかる材料費、本人が希望するものについては自己負担		左記についてかかる材料費、本人が希望するものについては自己負担		左記についてかかる材料費、本人が希望するものについては自己負担
<input type="checkbox"/> 洗濯		洋服・タオル等の持ち込み・洗濯に応じて雑費として計270円・440円/日 クリーニング代実費		洋服・タオル等の持ち込み・洗濯に応じて雑費として計270円・440円/日 クリーニング代実費		洋服・タオル等の持ち込み・洗濯に応じて雑費として計270円・440円/日 クリーニング代実費
<input type="checkbox"/> その他	本人との話し合いによる		本人との話し合いによる		本人との話し合いによる	

平成22年4月 平成24年4月1日 (改) 平成25年4月1日 (改) 令和4年12月1日 (改) 令和5年4月1日 (改)

重要事項説明書及び介護サービスの一覧表の説明及び確認についての署名

(事業者)

事業者 社会福祉法人 青空
代表者名 理事長 大谷 貴美子

説明年月日 令和 年 月 日
施設名 有料老人ホーム 青空
住所 静岡県沼津市小諏訪 1 5 - 1
理事長 大谷 貴美子
説明者名 _____ 印

私は、本書面に基づいて重要事項・介護サービスの一覧及び個人情報保護について説明を受け
たうえで、指定特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

(利用者) ご本人

住所 _____

氏名 _____ 印

(契約者) ご本人・ご親族・成年後見人

住所 _____

氏名 _____ 印

TEL _____

(身元引受人) ご家族・ご親族

住所 _____

氏名 _____ 印