

**伊豆高原〈ゆうゆうの里〉有料老人ホーム重要事項説明書**  
**(入居契約 兼 指定(介護予防)特定施設利用契約)**

記入年月日	令和6年12月1日
記入者名	高橋 渉
所属・職名	施設長

**1. 事業主体概要**

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	一般財団法人
名称	(ふりがな) いっぱんざいだんほうじん にほんろうじんふくしざいだん 一般財団法人 日本老人福祉財団	
主たる事務所の所在地	〒103-0012 東京都中央区日本橋堀留町 1-7-7	
連絡先	電話番号	03-3662-3611
	FAX番号	03-3662-3656
	ホームページアドレス	<a href="https://www.yuyunosato.or.jp/">https:// www.yuyunosato.or.jp/</a>
代表者	氏名	小口 明彦
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成48年12月1日	
主な実施事業	高齢者問題の調査、研究、出版事業、有料老人ホーム事業、介護保険事業、診療所事業 ※別添1 (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)	

**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) いずこうげんゆうゆうのさと 伊豆高原〈ゆうゆうの里〉	
所在地	〒413-0232 静岡県伊東市八幡野 1027	
主な利用交通手段	最寄り駅	伊豆急行線「伊豆高原」駅
	交通手段と所要時間	伊豆急線伊豆高原駅下車約 1.5 km (徒歩 20 分)
連絡先	電話番号	0557-54-9988
	FAX番号	0557-54-1241
	ホームページアドレス	<a href="https://www.yuyunosato.or.jp/place/izu/">https://www.yuyunosato.or.jp/place/izu/</a>

管理者	氏名	高橋 渉
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成54年3月27日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成54年5月15日

**(類型)【表示事項】**

<input checked="" 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	特定施設入居者生活介護事業所 静岡県指定第 2270400076 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 静岡県指定第 2270400076 号
	指定した自治体名	静岡県
	事業所の指定日	平成 12 年 1 月 1 日 (介護予防特定施設 平成 18 年 4 月 1 日)
	指定の更新日 (直近)	令和 2 年 4 月 1 日 (介護予防特定施設 令和 6 年 4 月 1 日)

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	82,713.22 m <sup>2</sup>	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	25,082.07 m <sup>2</sup> (1~10号棟：地上2階建)
		うち、老人ホーム部分	24,358.82 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 3 その他 ( )	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ( )	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物	
		2 事業者が賃借する建物	

		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td>1 あり ( 年 月 日～ 年 月 日) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の設定	1 あり 2 なし	契約期間	1 あり ( 年 月 日～ 年 月 日) 2 なし	契約の自動更新	1 あり 2 なし
抵当権の設定	1 あり 2 なし							
契約期間	1 あり ( 年 月 日～ 年 月 日) 2 なし							
契約の自動更新	1 あり 2 なし							
居室の状況	居室区分 【表示事項】	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	戸数・室数	区分※		
	Aタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	30.93 m <sup>2</sup>	36	一般居室個室		
	Bタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	39.80 m <sup>2</sup>	67	〃		
	Cタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	45.03 m <sup>2</sup>	114	〃		
	Dタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	53.22 m <sup>2</sup>	68	〃		
	M1タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.32 m <sup>2</sup>	15	介護居室個室		
	M2タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	25.00 m <sup>2</sup>	9	〃		
	M3タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	31.10 m <sup>2</sup>	1	〃		
	M4タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	25.20 m <sup>2</sup>	28	〃		
	共用介護個室(一時介護室兼用) 1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.03 m <sup>2</sup>	1	共用介護個室(一時介護室兼用)		
	〃 2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.06 m <sup>2</sup>	1	〃		
	〃 3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.07 m <sup>2</sup>	1	〃		
	〃 4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.23 m <sup>2</sup>	1	〃		
	〃 5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.22 m <sup>2</sup>	1	〃		
	〃 6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.52 m <sup>2</sup>	1	〃		
	〃 7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	23.42 m <sup>2</sup>	1	〃		
〃 8	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	32.81 m <sup>2</sup>	1	〃			
〃 9	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.80 m <sup>2</sup>	2	〃			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。								
共用施設	共用便所における便房	28ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	15ヶ所				
			うち車椅子等の対応が可能な便房	15ヶ所				
	共用浴室	6ヶ所	個室	4ヶ所				
			大浴場	2ヶ所				
共用浴室における介護浴槽	4ヶ所	チェアー浴	2ヶ所					
		リフト浴	1ヶ所					

			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他 ( )	ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)	
		<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	
		<input type="checkbox"/> 4	なし	
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし (ケアセンター本館・新館に設置)
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
その他	大食堂 (481.74 m <sup>2</sup> )、ケアセンター本館食堂 (203.08 m <sup>2</sup> )、ケアセンター新館 2 階食堂 (87.98 m <sup>2</sup> )、ケアセンター新館 3 階食堂 (87.98 m <sup>2</sup> )、機能訓練室 (50.055 m <sup>2</sup> )、応接室、集会室、娯楽室、麻雀室、理美容室 (理美容代実費負担)、工作室、売店 (購入代金は実費)、庭園、会員室、洗濯室兼コインランドリー (洗濯機 100 円/回、乾燥機 100 円/回)、ゲストルーム (宿泊は有料)、駐車場 (有料)、アスレチックジム、サロン、図書室、書庫、相談室、屋外テラス 等			

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	入居契約書の規程に基づいて、施設利用並びに各種サービス全般に関する諸基準を定め、入居生活の安全と便宜をはかると共に、相互扶助の精神を持って施設内の豊かな人間関係を育成していくことを目的とする
サービスの提供内容に関する特色	伊豆高原〈ゆうゆうの里〉では、健康な時はご自分ですべてのことは行っていただくことが原則です。要介護認定を受け、介護保険法に定める指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護のサービスを利用される場合は、計画作成担当者が利用者の状況に応じた特定施設サービス計画を作成し、別添「介護サービス等の一覧表」に基づきサービスを提供致します。特定施設サービス計画の作成にあたっては、原案の内容について利用者本人または契約立会人に説明し、文書にて同意を得ることとします。「介護

	サービス等の一覧表」の内容に変更がある場合は、事前にご説明させていただきます。		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	ADL 維持等加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生産性向上推進体制加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算			1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算 (相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合)			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	協力医療機関連携加算 (上記以外の協力医療機関と連携している場合)			1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	科学的介護推進体制加算			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	新興感染症等施設療養費			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
退院・退所時連携加算			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
退居時情報提供加算			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	

	看取り介護加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員等処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(IV)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V)1	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V)2	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V)3	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V)4	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V)5	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V)6	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V)7	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(V)8	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
(V)9		1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
(V)10		1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
(V)11	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
(V)12	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
(V)13	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
(V)14	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 1.5 : 1		
	2 なし			

**(医療連携の内容)**

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input type="checkbox"/> 3 通院介助	
		<input type="checkbox"/> 4 その他（健康相談）	
協力医療機関	1	名称	伊豆高原〈ゆうゆうの里〉診療所 (同一敷地内に当財団が別に運営する診療所)
		住所	伊東市八幡野 1027

		診療科目	内科				
		協力科目	健康診断（年1回）、健康診査（月1回）、緊急時の対応、他の医療機関への紹介、健康相談（月1回） ※医療費その他の費用は入居者の自己負担				
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1	あり	2	なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1	あり	2	なし
	2	名称	長谷川眼科				
		住所	伊東市松原本町 16-1 ハブビル 2F (施設から 15.4 km)				
		診療科目	眼科				
		協力科目	眼科医隔月の派遣 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担				
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1	あり	2	なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1	あり	2	なし
新興感染症発生時に対応を行う医療機関との連携	1 あり 2 なし						
(ありの場合) 医療機関の名称	伊豆高原〈ゆうゆうの里〉診療所 (同一敷地内に当財団が別に運営する診療所)						
(ありの場合) 医療機関の住所	伊東市八幡野 1027						
協力歯科医療機関	名称	下村歯科					
	住所	伊東市吉田 404 (施設から 9.2 km)					
	協力内容	歯科医師が週1回歯科診療。 入居者・介護職員への口腔ケアに関する知識及び技術向上の為の助言・指導。(年2回) ※医療費その他の費用は入居者の自己負担					

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

<p>入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可</p>	<p>① 共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合 ② 介護居室へ移る場合 ③ その他（ ）</p>
<p>判断基準の内容</p>	<p>入居者に対してより適切な介護を提供するために必要と判断する場合には、入居契約に基づくサービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。</p> <p><b>【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】</b> 退院後や日常生活上で一時的介護を要する場合など、入居者の希望に応じて、共用介護個室（一時介護室兼用）において介護を行います。（原則3か月以内、但し、二人入居の場合この限りではありません。）</p> <p><b>【介護居室へ移る場合】</b> 日常的に介護が必要となった場合には、医師の意見、介護職員による会議の決定を踏まえ、一定の観察期間の後、継続的に介護居室での介護が必要とされる場合には、本人同意の上、一般居室から介護居室へ住替えていただきます。</p>
<p>手続きの内容</p>	<p><b>【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】</b> 入居者に対し、介護サービスの提供の場所を一時介護室に変更する場合は、次の手続きを行います。なお、それぞれの手続きは書面にて確認します。</p> <p>① 事業者の指定する医師の意見を聴く。 ② 入居者の意思を確認する。 ③ 身元引受人等の意見を聴く。</p> <p>共用介護個室（一時介護室兼用）を利用された場合は、リネン費103円/日、洗濯諸雑費131円/日が必要となります。</p> <p><b>【介護居室へ移る場合】</b> 入居者に対し、介護居室への住み替えを求める場合は、次の手続きを行います。なお、それぞれの手続きは書面にて確認します。</p> <p>① 事業者の指定する医師の意見を聴く。 ② 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。 ③居室の権利や前払金又は月払い利用料の額その他の本契約内容に重大な変更が生じる場合は、次の項目について入居者・連帯保証人及び身元引受人等に説明を行う</p> <p>ア 居室の権利の変動 イ 居室の変更及び居室の専有面積の変更に伴う費用負担の増減又は費用調整の有無 ウ 提供する介護サービスの変更内容</p> <p>④入居者の同意を得る。</p>

追加的費用の有無		<p>【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】</p> <p><input type="checkbox"/> 1 あり（水光熱費・リネン費等実費） <input type="checkbox"/> 2 なし</p> <p>【介護居室へ移る場合】</p> <p><input type="checkbox"/> 1 あり（入居一時金の住替え調整金） <input type="checkbox"/> 2 なし</p>	
居室利用権の取扱い		<p>共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合は、一般居室の利用権は継続します。</p> <p>介護居室へ移る場合は、当初入居した一般居室の利用に関する権利は消滅し、新たに介護居室の利用に関する権利が発生します。</p> <p>2人入居の方で、1人が介護状態となり、一般居室で2人で住まうことが難しくなった場合、1人（介護が必要な方）に共用介護個室（一時介護室兼用）の利用をお勧めします。</p> <p>ただし、共用介護個室（一時介護室兼用）は、専用利用権が発生するものではありません。お体の状態や他の利用者の状況等により、利用する共用介護個室を変更する場合があります。</p> <p>なお、2人入居の方で1人がそのまま一般居室の利用に関する権利を有し、他の1人が新たに介護居室の利用に関する権利を取得する場合は、介護居室の新規契約を締結していただきます。</p> <p>ただし入居者が希望しないにもかかわらず、介護居室の新規契約を施設から要請することは一切ありません。</p>	
前払金償却の調整の有無		<p>【共用介護個室（一時介護室兼用）へ移る場合】</p> <p><input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</p> <p>【介護居室へ移る場合】</p> <p><input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</p> <p>当初入居した一般居室と住替後の介護居室とで、入居金の調整（返金または追加負担）を行います。ただし、居室の構造や仕様の変更又は専有面積の減少に応じた調整ではありません。当初入居した一般居室の原状回復費用は、通常の使用に伴い生じた居室の損耗をのぞき、入居者負担となります。</p>	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	(変更内容) 室内全体の仕様が異なる
		<input type="checkbox"/> 2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者	自立している者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
----------	---------	---

【表示事項】	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	65 歳以上の方。夫婦の場合はお二人とも 65 歳以上の方。原則として、ご自分で身の回りのことができる方。また、本人に入居の意思があり、施設見学か体験入居を済まされていること。介護居室については入居者の住替用として確保している為、外部募集は行っていません。	
契約の解除の内容	1. 入居者が死亡したとき（入居者が 2 名の場合は両者とも死亡したとき） 2. 事業者からの契約解除条項に基づき本契約を解除したとき 3. 入居者からの解約又は契約解除条項に基づき本契約を解約又は解除したとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	事業者は、入居者が次の事由があり、かつ信頼関係を著しく害する場合には、本契約を解除することができます。 <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. 月払いの利用料その他の支払を正当な理由なく、6 ヶ月以上遅滞するとき</li> <li>3. 入居契約書第 3 条 4 項の規定に違反したとき</li> <li>4. 禁止又は制限される行為の規定に違反したとき</li> <li>5. 入居者の行動が、他の入居者又は事業者の役職員の生命・身体・健康・財産（事業者の財産を含む）に危害を及ぼし、ないしは、その危害の切迫したおそれがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</li> </ol> （その他は入居契約書 27 条を参照）
	解約予告期間	90 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり（内容：2 泊 3 日以内の日程で体験入居が可能です。事情によっては、1 週間程度の体験入居も相談に応じます。（1 泊 2 日 3,000 円〔税込み〕*2 食付） <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	427 人	

その他	
-----	--

## 5. 職員体制（令和6年7月1日現在）

※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※ <sup>1</sup> ※ <sup>2</sup>
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1.0
生活相談員	2	2	0	1.5
直接処遇職員	68	56	12	60.1
介護職員	60	54	6	56.8 (内自立対応 15.7)
看護職員	8	2	6	3.3
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	4	3	1	2.2
栄養士	3	3	0	3.0
調理員	7	7	0	7
事務員	12	11	1	11.0
その他職員	37	13	24	23.9
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ <sup>2</sup>				40時間
※ <sup>1</sup> 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。				
※ <sup>2</sup> 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	2	2	0
介護福祉士	45	41	4
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	4	3	1
介護支援専門員	8	8	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	1	1	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

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 20 時 ~ 5 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	4 人	2 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)	1.5 : 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 (特定施設の管理者) 2 なし			
	業務に係る資格等	1 あり				
		資格等の名称	介護福祉士・介護支援専門員			
	2 なし					
	看護職員	介護職員	生活相談員	機能訓練指導員	計画作成担当者	

		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		1	0	5	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		1	3	4	3	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	4	5	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	1	0	6	1	0	0	0	0	0	1
	3年以上5年未満	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	1	1	12	2	0	0	0	0	1	0
	10年以上	0	1	24	3	2	0	1	0	2	0
	従業者の健康診断の実施状況		1		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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	改定する利用料の収支状況等や目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数、人件費等を勘案します。
	手続き	改定理由について、運営連絡会議の意見を聴きます。また、改定に当たっては、入居者・連帯保証人・身元引受人へ事前に通知します。

### (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1（1人入居）	プラン2（2人入居）
入居者の状況	要介護度	自立	自立
	年齢	65歳以上	65歳以上
居室の状況	床面積	39.8 m <sup>2</sup>	45.0 m <sup>2</sup>
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	浴室	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	台所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	2,851万円	4,454万円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		125,900円	225,720円
家賃		0円	0円
サービス費用	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	0円
		食費 (3食30日食堂利用の場合)	63,990円
		管理費	58,720円
		介護費用	0円
		光熱水費	2,200円
		その他	ケーブルテレビ利用料990円/月。各サービス提供時に発生する消耗品代の実費は別途必要となります。
<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
家賃	
敷金	
介護費用	
管理費	共用施設等の維持管理費、事務費並びに各種相談、余暇活動サービスに要する費用及び、事務管理課職員、コミュニティサービス職員、施設長と各課職場長と診療所師長の人件費に充当する。
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。 ※各居室にはキッチンが設置されており自炊可能
光熱水費	<b>【一般居室】</b> 居室内の光熱水費、電話代等は別途実費負担（メーター付）

	<p>○水道料金の計算方法（伊東市水道料金に準じる）  （基本料金 + 従量料金）× 1.1（消費税率）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本料金は伊東市水道料金 水道メーター口径 13・20mm を適用しています。</li> <li>・伊東市水道料金の改定時にはその都度見直しを行います。</li> </ul> <p>○電気は電力会社と直接契約</p> <p><b>【介護居室】</b>  居室内の光熱水費、電話代等は別途実費負担（メーター付）</p> <p>○水道料金の計算方法（伊東市水道料金に準じる）  （基本料金 + 従量料金）× 1.1（消費税率）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本料金は伊東市水道料金 水道メーター口径 13・20mm を適用しています。</li> <li>・伊東市水道料金の改定時にはその都度見直しを行います。</li> </ul> <p>○電気料金の計算方法（東京電力料金 従量電灯 B に準じる）  基本料金（税込）+ 電力量料金単価（税込）× 使用電力 ± 燃料費調整額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本料金は東京電力エナジーパートナー（株） 従量電灯 B の電気容量 20A を適用しています。</li> </ul>
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	ケーブルテレビ利用料 990 円/月

**（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	要介護度に応じ介護費用の 1 割、2 割又は 3 割を徴収する。
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）	人員を配置基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。
※ 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	<p>■入居一時金</p> <p>入居一時金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡（平成 24 年 3 月 16 日付）で示された算式に基づき算定します。</p>
------	---

■介護等一時金

介護等一時金 7,560千円（1人当たり）は、費用設定時の長期推計額です。内訳は、

1. 要支援者及び要介護者に対して、特定施設入居者生活介護等のサービスを、平成12年3月30日老企第52号により、介護・看護職員を手厚く配置した場合の介護サービス利用料として4,681千円
2. 要支援者及び要介護者以外の入居者に対して、緊急、臨時的、又は、一時的に入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話に要する費用として2,879千円

【生活支援サービス例】

- 一時的に体調を崩した時の日常生活上の介助
- 緊急時又は一時的に体調を崩した時の医療機関への付添い（但し協力医療機関と、施設より片道の道のり60km以内の医療機関に限ります。施設の受診介助専用車両（2台）により送迎した場合のガソリン代及びタクシーを利用した場合のタクシー代を合算し、毎月1キロあたりの単価を算出して、各入居者の利用距離に応じた金額を負担していただきます。その他、通行料・駐車場等の実費は都度入居者の負担となります。）
- 入院時の医療機関への見舞い訪問（原則週1回、但し協力医療機関と、施設より片道の道のり60km以内の医療機関に限る。）
- 居室等からの緊急用コールの対応
- アスレチックジムトレーニングサービス
- 散歩支援サービス

3. 上記1の費用は、費用設定時において、人員を配置基準以上に配置して提供する介護サービスのうち、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいて算出されています（要介護者等2人に対し、週40時間換算で看護・介護職員1人以上）。

介護等一時金は、指針及び事務連絡に示された考え方に基づいて算定します。

■健康管理一時金 2,090千円（1人当たり）

人間ドック（年1回）について聖隷沼津健康診断センターに委託する費用及び健康診断（年1回）、健康診査（月1回）、健康

		相談、緊急時対応についてゆうゆうの里診療所に委託する費用です。 健康管理一時金は、指針及び事務連絡に示された考え方に基 づいて算定します。
想定居住期間（償却年月数）		180 ヶ月
償却の開始日		入居日の翌日
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）		入居一時金：入居一時金ごとに異なる 加算入居一時金：426,300円 介護等一時金：1人あたり1,096,200円 健康管理一時金：1人あたり303,050円
初期償却率		入居一時金：14.50% 加算入居一時金：14.50% 介護等一時金：14.50% 健康管理一時金：14.50%
返還金の 算定方法	入居後 3 月以内の契 約終了	入居者が入居日の翌日から 3 月が経過するまでの間に契約が 解約又は死亡により終了する場合、受領済みの額から以下の 費用を除いた全額を無利息で返還いたします。 なお、一室 2 人入居の場合において、入居者のうちどちらか 一方が解約した場合又は死亡した場合は、2 人目に関わる前 払金を対象として返還いたします。 1. 入居日から契約終了日までの目的施設の利用対価とし て、1 日あたりの居室利用料に利用日数を乗じた金額 ○入居一時金の利用料 2,416円/日（Aタイプ）～ 4,009円/日（Dタイプ） ○加算入居一時金の利用料 465円/日 ○介護等一時金の利用料 1,197円/日 ○健康管理一時金の利用料 330円/日 *1 日あたりの利用料は前払金のうち返還対象部分の月額を 30日で割り返した額です。 *入居一時金の利用料は、居室タイプによって異なります。 *前払金のうち非返還部分は、全額を無利息で返還します。 2. 日割り計算による管理費等の費用 3. 居室の原状回復のための費用
	入居後 3 月を超えた 契約終了	○入居一時金 前払金×返還対象部分の割合【85.50%】÷償却期間の日数×契 約終了日から償却期間満了日までの日数



	要介護5	16人
入居期間別	6ヶ月未満	16人
	6ヶ月以上1年未満	13人
	1年以上5年未満	81人
	5年以上10年未満	99人
	10年以上15年未満	81人
	15年以上	87人

#### (入居者の属性)

平均年齢	82.4歳
入居者数の合計	377人
入居率*	88.3%
*入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

#### (前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	17人
	その他	1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	1人
		(解約事由の例) ・高齢者マンション入居

### 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		伊豆高原〈ゆうゆうの里〉
電話番号		0557-54-9988 内線：359・350・323・560
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
-----	----

窓口の名称	伊東市役所 高齢者福祉課	
電話番号	0557-36-0111(代)	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日	土日・祝祭日・年末年始等	

窓口の名称	静岡県国民健康保険団体連合会苦情相談窓口	
電話番号	054-253-5590	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日	土日・祝祭日・年末年始等	

窓口の名称	公益社団法人全国有料老人ホーム協会	
電話番号	03-5207-2763	
対応している時間	月~金	10:00~17:00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日	土日・祝祭日・年末年始等	

**(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) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入
	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) 契約に基づくサービスの提供にあたって、万一、事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行う。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがある。
	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	令和6年8月(アンケート実施) 食事サービスに関するアンケート調査
		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	令和5年3月22日
		評価機関名称	公益社団法人全国有料老人ホーム協会 有料老人ホームサービス第三者評価事業(特・非)京都府認知症グループホーム協議会
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開	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12回 運営連絡会議 6回 入居者懇談会 6回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
高齢者虐待防止のための取り組みの状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	1 あり 2 なし
	指針の整備	1 あり 2 なし
	研修の定期的な実施	1 あり 2 なし
	担当者の配置	1 あり 2 なし
身体的拘束等廃止のための取り組み状況	身体拘束適正化委員会の開催	1 あり 2 なし
	指針の整備	1 あり 2 なし
	研修の実施	1 あり 2 なし



重要事項説明書の開示状況：開示

開示の方法：一般財団法人 日本老人福祉財団のホームページに掲載

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）

※\_\_\_\_\_様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

被説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

被説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、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			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	伊豆高原〈ゆうゆうの里〉	伊東市八幡野1027
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	伊豆高原〈ゆうゆうの里〉	伊東市八幡野1027
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		

別添 2

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	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			備考	
	なし	あり	なし	あり	包含※2	都度※2	料金※3
介護サービス							【自】：自立者へ「介護等一時金」で提供する一時的介護サービス（原則3か月）
食事介助	なし	あり	なし	あり	○		保険給付＋上乗せ介護費 【自】
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		保険給付＋上乗せ介護費 【自】
おむつ代			なし	あり		○	実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		週2回（共用浴室） 個別のケースでそれ以上実施することあり（保険給付＋上乗せ介護費） 【自】
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○		週2回（共用浴室） 個別のケースでそれ以上実施することあり（保険給付＋上乗せ介護費）
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○		保険給付＋上乗せ介護費 【自】
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○		状況に応じ機能維持向上の為の支援（生活リハ等）保険給付＋上乗せ介護費 【自】
通院介助	なし	あり	なし	あり	○		保険給付＋上乗せ介護費 協力医療機関以外：施設より片道の道のり60km以内の医療機関 交通費：実費負担 【自】
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり	○		保険給付＋上乗せ介護費 【自】
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		【自】
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		週1回交換 リネン代 103円/日 【自】

日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		【自】洗濯諸雑費 131 円/日
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		【自】
入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ	/	/	なし	あり		○	実費負担
理美容師による理美容サービス	/	/	なし	あり		○	外部業者（要予約）：実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	週 1 回；指定店舗 実費負担 【自】
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○		週 1 回：伊東市役所 【自】
金銭・貯金管理	/	/	なし	あり	○		「伊豆高原〈ゆうゆうの里〉入居者預り金 等取扱規程」に準じて実施
健康管理サービス							
定期健康診断	/	/	なし	あり	○		月 1 回 *伊豆高原〈ゆうゆうの里〉診療所へ委託 入居時「健康管理一時金」で提供
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		【自】
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		【自】
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		【自】
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		【自】
入退院時・入院中のサービス							
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○		協力医療機関以外：施設より片道の道のり 60km 以内の医療機関 交通費：実費負担 【自】
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	週 1 回（見舞訪問時に実施） 協力医療機関 協力医療機関以外：施設より片道の道のり 60km 以内の医療機関 洗濯諸雑費：1 日 131 円 【自】
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○		週 1 回 協力医療機関 協力医療機関以外：施設より片道の道のり 60km 以内の医療機関 【自】

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。