

## 重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「栃木県サービス付き高齢者向け住宅事業登録制度実施要綱」の別記様式第 15 号の内容と重複している以下の 1 から 3 まで及び 6 については、同様の内容を記載するか、別記様式第 15 号の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ えすあーる 株式会社 SR	
主たる事務所の所在地	〒327-0031 栃木県佐野市田島町 149 番地 2	
連絡先	電話番号	0283-23-4187
	FAX 番号	0283-23-4587
	ホームページアドレス	<a href="http://kyonohana-sano.jp/">http://kyonohana-sano.jp/</a>
代表者	氏名	高田 國夫
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 29 年 6 月 24 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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ きょうのはな 住宅型有料老人ホーム 京の華
----	---

所在地	〒327-0031 栃木県佐野市田島町 149 番地 2	
主な利用交通手段	最寄駅	東武佐野線田島駅
	交通手段と所要時間	①電車利用の場合 東武佐野線田島駅より徒歩 7 分 ②自動車利用の場合 東北自動車道 佐野藤岡 I C より 15 分
連絡先	電話番号	0283-23-4187
	FAX 番号	0283-23-4587
	ホームページアドレス	http://kyonohana-sano.jp/
管理者	氏名	高田 茂
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 19 年 5 月 30 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 19 年 7 月 3 日

【類型】【表示事項】

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） 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） ③ 住宅型 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	㎡	
	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	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	1,075.61 ㎡

		うち、老人ホーム部分	1,075.44 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="radio"/> 2 準耐火建築物 3 その他 ( )				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="radio"/> 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				
		<input checked="" type="radio"/> 2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="radio"/> 1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="radio"/> 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※
	タイプ1	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	13.04~14.05 m <sup>2</sup>	30	一般居室個室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
タイプ7	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
※「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	3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	1ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
共用浴室における	1ヶ所	チェア浴	1ヶ所			

	介護浴槽		リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（ ）	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		
その他				

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ご入居者が今まで生活してきた延長に近い環境作り</li> <li>・ 身体機能が低下してもご入居者が安心した生活が維持できる介護スタッフによるサービス提供</li> <li>・ ご入居者が入院治療を要すると認めた場合、病院等の医療施設を速やかに連携調整いたします。</li> <li>・ ご入居者において開かれた施設として、地域住民との交流を大切に、相互のふれあいを大切にしていく。</li> <li>・ 常に提供したサービスの「質の管理」「質の評価」を行う。</li> </ul>
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ご入居者と地域社会とのつながりや医療介護との連携を図り、衣食住一体においてQOLを高めていけるように支援いたします。</li> </ul>

提供するサービスの種類	提供状況及び入居者への提供実績（記入年月日現在）				
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施	2 委託	3 なし		人
食事の提供	1 自ら実施	② 委託	3 なし		人
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし		人
健康管理の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし		人
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		人
生活相談サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし		人

(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	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	
	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	
	医療機関連携加算	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	
	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)イ	1 あり 2 なし
		(I)ロ	1 あり 2 なし
(II)		1 あり 2 なし	
(III)		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) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="radio"/> ① 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> ② 入退院の付き添い <input type="radio"/> ③ 通院介助 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	平野外科医院
		住所	栃木県佐野市赤坂町 68 番地
		診療科目	外科、内科、泌尿器科、皮膚科
		協力内容	外来受診、往診、健康診断、他専門医療期間への紹介
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		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		<input type="radio"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="radio"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> ③ その他 (環境が違う別の居室へ移動の場合 )		
※複数選択可				
判断基準の内容				
手続きの内容				
追加的費用の有無		<input checked="" type="radio"/> ① あり    2 なし    (移動を業者に頼む場合は別途料金)		
居室利用権の取扱い				
前払金償却の調整の有無		<input type="radio"/> 1 あり    2 なし		
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="radio"/> 1 あり    2 なし		
	便所の変更	<input type="radio"/> 1 あり    2 なし		
	浴室の変更	<input type="radio"/> 1 あり    2 なし		
	洗面所の変更	<input type="radio"/> 1 あり    2 なし		
	台所の変更	<input type="radio"/> 1 あり    2 なし		
	その他の変更	<input type="radio"/> 1 あり	(変更内容)	
		<input type="radio"/> 2 なし		

(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		
契約の解除の内容	<p>利用者が次の各号の1又は2以上に該当し、かつ、そのことがこの契約における施設側と利用者の信頼関係を著しく害する者である場合には、利用者に対して予告期間をおいて、この契約の解除を通告することができるものとする。</p> <p>①入居申込書に虚偽の事項を記載するなど不正手段により入居したとき</p> <p>②利用料その他の費用の支払いを3か月以上滞納したとき</p> <p>③利用料その他の費用の支払いを再三にわたり滞納したとき</p> <p>④甲の承諾を得ずに契約当事者以外の第三者を居住させたとき</p> <p>⑤建物及びその付属設備又は敷地を故意又は、重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき</p> <p>⑥入居契約書第5条（管理規程）、第18条（使用上の注意）、第19条（禁止又は制限される行為）、第20条（修繕）の規定に違反したとき</p> <p>⑦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、かつ入居に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	上記①～⑦
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<p>① あり（内容：基本1週間を限度〈但し状況により延長可〉夕食＋朝食込み）※昼食プラスは550円</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	30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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	1	1		
看護職員	2	2		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
宿直職員	4	4		
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※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	1	1	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員			



(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		
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		
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 ( 時～ 時)	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員		人		人
介護職員		人		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
※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		社会福祉施設長資格認定講習課程修了 介護福祉士									
	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	0		0									
前年度1年間の退職者数	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									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上			1						
	5年未満									
	5年以上	1								
	10年未満									
	10年以上	1								
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】	① 利用権方式 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	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 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 ② 日割り計算で減額 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	消費者物価指数及び人件費等を勘案
	手続き	運営懇談会等で意見を聴く

(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	自立・要支援・要介護		
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	13.04~14.05 m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
	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	0 円	円	
	敷金	0 円	円	
月額費用の合計		135,000 円	円	
家賃		60,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用		円	
	2 介護保険外 <sup>※</sup>	食費（30日）	40,500 円	円
		安心サポート費	34,500 円	円
			円	円
			円	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	利用居室の家賃
敷金	無し
安心サポート費	水道光熱費等・バイタルチェック・日常的見守り・生活相談・設備使用料
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	
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 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他（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		人
	女性		人
年齢別	65歳未満		人
	65歳以上 75歳未満		人
	75歳以上 85歳未満		人
	85歳以上		人
要介護度別	自立		人
	要支援 1		人
	要支援 2		人
	要介護 1		人
	要介護 2		人
	要介護 3		人
	要介護 4		人
	要介護 5		人
入居期間別	6ヶ月未満		人
	6ヶ月以上 1年未満		人
	1年以上 5年未満		人
	5年以上 10年未満		人
	10年以上 15年未満		人
	15年以上		人

### (入居者の属性)

平均年齢		歳
入居者数の合計		人
入居率※		%
※ 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		人
	医療機関		人
	死亡者		人
	その他		人
	施設側の申し出		人

生前解約の状況		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	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) ※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		苦情相談窓口
電話番号		0283-23-4187
対応している時間	平日	月曜日～金曜日 9:00～16:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土・日・祝日

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(その内容) 福祉事業者総合賠償責任保険 (三井住友海上保険株式会社)
	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) 福祉事業者総合賠償責任保険 (三井住友海上保険株式会社)
	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	廊下に意見箱を常時設置
		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			

### 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 回
	② なし	
	1 代替措置あり	(内容) 郵便やご家族が来所した時などに、文書等にて通知または報告する
	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「6. 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	
「7. 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）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 令和 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。



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	ヘルパーステーション京の華	栃木県佐野市田島町 149 番地 2
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		
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		
地域密着型通所介護	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>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーション京の華	栃木県佐野市田島町 149 番地 2
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		
介護予防通所介護	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		
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	（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			外部介護保険サービス等
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			外部介護保険サービス等
おむつ代			なし	あり			外部介護保険サービス等
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			外部介護保険サービス等
特浴介助	なし	あり	なし	あり			外部介護保険サービス等
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			外部介護保険サービス等
機能訓練	なし	あり	なし	あり			外部介護保険サービス等
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,000円/30分 ※要介護は外部訪問介護サービス等 ※自立・要支援は施設スタッフにより実費
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			外部介護保険サービス等
リネン交換	なし	あり	なし	あり			外部介護保険サービス等
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			外部介護保険サービス等
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		無料
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	相談により実費
おやつ			なし	あり			提供サービス無し（各個人が用意）
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	1,500円～
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	750円/30分
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	3,000円/月
金銭・貯金管理			なし	あり		○	1,000円/月
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり		○	本人・家族の希望により実施 ※実費
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		施設看護師対応
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			応相談
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		分包、飲み忘れ防止、服薬確認
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		施設看護師対応
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			1,000円/30分
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			750円/30分
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○		基本はご家族が対応、ご家族が出来ない場合は施設対応 看護師による入院中の状態確認訪問

※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。