

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 7 月 1 日
記入者	丹野 祐大
所属・職名	総務部・総務部長

※ 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、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 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. 設置者概要

種類	個人 / <span style="border: 1px solid black;">法人</span>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな)	かぶしきがいしゃとうほくふくしきーびす 株 式 会 社 東 北 福 祉 サービス
主たる事務所の所在地	〒990-0886 山形県山形市嶋南一丁目 10 番 7 号	
連絡先	電話番号	023-673-0294
	F A X 番号	023-682-1038
	メールアドレス	info@t-fukushi-service.co.jp
	ホームページ アドレス	http://www.t-fukushi-service.co.jp
代表者	氏名	松田 浩二
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 11 年 2 月 1 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)	しるばーこーとまえた シルバーコートまえた
所在地	〒990-2411 山形市前田町 6 番 40 号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 山形駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・山形警察署停留所で下車、徒歩 3 分 ②自動車利用の場合 ・高速道路、山形インターチェンジから車で西進 10 分
連絡先	電話番号	023-615-4227
	F A X 番号	023-615-4228
	メールアドレス	info@t-fukushi-service.co.jp
	ホームページアドレス	http://www.t-fukushi-service.co.jp
管理者	氏名	會田 康樹
	職名	管理者
建物の竣工日		令和 4 年 7 月 12 日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 4 年 7 月 13 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	
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	1606.52 m <sup>2</sup>				
	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 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり ( 平成22年5月1日～令和22年4月30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	871.875 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	871.875 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ( )				
	構造	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	1 事業者が自ら所有する建物				
2 事業者が賃借する建物 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )						
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり ( 平成22年5月1日～令和22年4月30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 ( 縁故者居室を含む )				
		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	有/無	有/無	9.0 m <sup>2</sup>	34 部屋	
	共同 施設	共用便所における便房	7 ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0 ヶ所
うち車椅子等の対応が可能な便房				7 ヶ所		
共用浴室		2 ヶ所	個室		2 ヶ所	
			大浴場		0 ヶ所	
共用浴室における介護浴槽		0 ヶ所	チェアー浴		0 ヶ所	
			リフト浴		0 ヶ所	
			ストレッチャー浴		0 ヶ所	

			その他（ ）	0ヶ所
	食堂	1 あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理施設	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 緊急通報装置等	消火器	1 あり	2 なし	
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし	
	スプリンクラー	1 あり	2 なし	
	火災通報設備	1 あり	2 なし	
	防火管理者	1 あり	2 なし	
	防災計画	1 あり	2 なし	
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他（ ）
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし
その他	各居室、便所、浴室にナースコールの設置あり			

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

運営に関する方針	事業者は、利用者一人一人の個性を尊重した生活環境を提供することを目指す。		
サービスの提供内容に関する特色	利用者が安心して過ごせるよう家庭的な雰囲気の中で一人ひとりに合わせたケアを提供しております。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可		1 <div>救急車の手配</div> 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他（ <div></div> ）	
協力医療機関	1	名称	TF メディカル嶋北 内科・脳神経外科クリニック
		住所	山形市嶋北三丁目 1-11
		診療科目	胃腸内科 内科 脳神経外科 神経内科
		協力科目	胃腸内科 内科 脳神経外科 神経内科
		協力内容	訪問診療、健康相談、生活指導等
	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	福田歯科クリニック
		住所	天童市東久野本一丁目 6-33
		協力内容	訪問診療、口腔ケア指導等

**(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
	要介護の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	自立している者、要支援 1～2 までが対象	
契約解除の内容	要介護になった場合、退居。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	住宅型有料老人ホーム利用契約書 第 22 条第 1 項～第 3 項
	解約予告期間	30 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	1 あり (内容 : )	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	34 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の必要はありません）。

**(職種別の職員数)**

	職員数（実人数）			常勤換算人数 <sup>※1</sup>
	合計			※2
		常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	0	0	0	
介護職員	0	0	0	
看護職員	0	0	0	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	0	0	0	
その他職員	0	0	0	
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員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	0	0	0
介護福祉士	0	0	0
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
柔道整復師	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 ( 20 時 ~ 7 時 )		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	0 人	0 人

(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		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	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度 1 年間の退職者数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1 年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1 年以上 3 年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3 年以上 5 年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5 年以上 10 年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10 年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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】	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 減額あり 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	経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合
	手続き	事業者が利用者又は利用者代理人に対して事前に説明をした上、予告期間（30 日）をもって当該サービス利用料金を変更する

（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	自立・要支援	1～2	
	年齢	不問	歳
居室の状況	床面積	9.0 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	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計（30 日）		82,100 円	円
家賃		35,000 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	円
	食費（朝、夕のみ）	32,100 円	円
	管理費	10,000 円	円
	介護費用	0 円	円
	光熱水費	5,000 円	円
	その他	0 円	円

※1 食費は 1 日あたり 1,070 円とし、30 日計算のものを記載。実際の請求金額は暦月による。

※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）

※3 駐車場を借用したい場合、別途月額 3,000 円が加算される。

（利用料金の算定根拠）

費用	算定根拠
家賃	居室の使用権、事務手続き等にかかる費用
敷金	なし
介護費用	なし



管理費	・施設共有部分の維持管理及び日常生活廃棄物処理代等費用 10,000 円 (居室維持管理、安否確認等の健康管理等)																								
食費	食費（一日あたり内訳：朝食 535 円、夕食 535 円）																								
光熱水費	冷暖房費用																								
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	<p>○福祉用具貸与・クリーニング費用 福祉用具の貸与を受ける場合にかかる費用</p> <table> <tr> <th>福祉用具種別</th><th>利用料金（月額）</th></tr> <tr> <td>電動ベッド（マットレス付）</td><td>1,000 円</td></tr> <tr> <td>車イス（介護型標準タイプ）</td><td>600 円</td></tr> <tr> <td>エアマット</td><td>600 円</td></tr> <tr> <td>歩行器</td><td>600 円</td></tr> <tr> <td>リクライニング車イス</td><td>800 円</td></tr> </table> <p>福祉用具の貸与終了後にかかるクリーニング費用</p> <table> <tr> <th>福祉用具種別</th><th>クリーニング料金</th></tr> <tr> <td>電動ベッド（マットレス付）</td><td>3,500 円</td></tr> <tr> <td>車イス（介護型標準タイプ）</td><td>1,800 円</td></tr> <tr> <td>エアマット</td><td>3,500 円</td></tr> <tr> <td>歩行器</td><td>1,800 円</td></tr> <tr> <td>リクライニング車イス</td><td>3,500 円</td></tr> </table>	福祉用具種別	利用料金（月額）	電動ベッド（マットレス付）	1,000 円	車イス（介護型標準タイプ）	600 円	エアマット	600 円	歩行器	600 円	リクライニング車イス	800 円	福祉用具種別	クリーニング料金	電動ベッド（マットレス付）	3,500 円	車イス（介護型標準タイプ）	1,800 円	エアマット	3,500 円	歩行器	1,800 円	リクライニング車イス	3,500 円
福祉用具種別	利用料金（月額）																								
電動ベッド（マットレス付）	1,000 円																								
車イス（介護型標準タイプ）	600 円																								
エアマット	600 円																								
歩行器	600 円																								
リクライニング車イス	800 円																								
福祉用具種別	クリーニング料金																								
電動ベッド（マットレス付）	3,500 円																								
車イス（介護型標準タイプ）	1,800 円																								
エアマット	3,500 円																								
歩行器	1,800 円																								
リクライニング車イス	3,500 円																								
その他のサービス利用料																									

## 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	25 人
	女性	3 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	9 人
	75 歳以上 85 歳未満	9 人
	85 歳以上	10 人
要介護度別	自立	18 人
	要支援 1	5 人
	要支援 2	5 人
	要介護 1	0 人
	要介護 2	0 人
	要介護 3	0 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	15 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	13 人

	1 年以上 5 年未満	0 人
	5 年以上 10 年未満	0 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	81.3 歳
入居者数の合計	28 人
入居率※	70.0%
※ 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	2 人
	医療機関	3 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	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) ※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		シルバーコートまえた
電話番号		023-615-4227
対応している時間	平日	8 : 30 ~ 17 : 30
	土曜	8 : 30 ~ 17 : 30
	日曜・祝日	8 : 30 ~ 17 : 30
定休日		年中無休

窓口の名称		株式会社東北福祉サービス
電話番号		023-673-0294
対応している時間	平日	8 : 30 ~ 17 : 30
	土曜	休日
	日曜・祝日	休日

定休日	土、日、祝日
-----	--------

窓口の名称	山形市役所福祉推進部指導監査課	
電話番号	023-641-1212	
対応している時間	平日	8：30～17：15
	土曜	休日
	日曜・祝日	休日
定休日	土、日、祝日	

窓口の名称	山形県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情処理委員会	
電話番号	0237-87-8000	
対応している時間	平日	8：30～17：30
	土曜	休日
	日曜・祝日	休日
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	<div>1</div> あり	(その内容) 富士火災海上保険株式会社の介護事業者賠償責任補償に加入しております。
	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	
	<div>2</div> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<div>1</div> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

## 9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容) 定期的に個別にサービス内容等について把握できるよう説明を実施している。
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: ) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

合致しない事項がある場合の内容	居室面積が基準の 13 m <sup>2</sup> を満たしていない。
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別の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。

別添 1 事業主体が山形市内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
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	宅老所嶋 宅老所いんやく 宅老所飯田 ウェルハウス嶋 ウェルハウス成沢 ウェルハウス桜田 ウェルハウス大野目	山形市嶋南一丁目 10 番 13 号 山形市印役町二丁目 5 番 5 号 山形市飯田西四丁目 5 番 30 号 山形市嶋南一丁目 2 番 14 号 山形市成沢西四丁目 3 番 30 号 山形市桜田西三丁目 6 番 12 号 山形市早乙女 46 番 1
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		
<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		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	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	グループホーム嶋	山形市嶋南一丁目 9 番 7 号
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	居宅介護支援事業所よつば	山形市嶋南一丁目 10 番 7 号
<居宅介護予防サービス>				
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		
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		
<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		
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	グループホーム嶋	山形市嶋南一丁目9番7号
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
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		
<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		
通所型サービス	あり	なし		
その他の生活支援サービス	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	
	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※ <sup>1</sup> ）		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※ <sup>2</sup>	都度※ <sup>2</sup>	料金※ <sup>3</sup>	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
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			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり			
服薬支援	なし	あり	なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			
入退院時・入院中のサービス							
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、月額の利用サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度支払う場合に応じて、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。