

重要事項説明書

各項目において、◎については全ての事業所が記入するもの（開設初年度で記載不可のものを除く。）、○については該当する事業所が記入するもの。

		記入年月日	令和 2年7月1日
記入者名	内山 理恵	所属・職名	株式会社 結 代表取締役

1. 事業主体概要

◎種類	個人、法人の別	
	※法人の場合、その種類	営利法人
◎名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃゆい 株式会社 結	
◎主たる事務所の所在地	〒889-4505 宮崎県都城市高崎町大牟田1999-22	
◎連絡先	電話番号	0986-45-8228
	FAX番号	0986-62-2511
	ホームページアドレス	http://
◎代表者の氏名及び職名	氏名	内山 理恵
	職名	代表取締役
◎設立年月日	平成 25年6月24日	
◎主な実施事業	※別添1	

2. 有料老人ホーム事業の概要（住まいの概要）

◎施設の名称	(ふりがな)じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむひなたば 住宅型有料老人ホームひなたば	
◎施設の所在地	〒889-4505 宮崎県都城市高崎町大牟田1999-22	
◎事業所までの主な利用交通手段	自家用車	
◎施設の連絡先	電話番号	0986-45-8228
	FAX番号	0986-62-2511
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://
◎施設の管理者の氏名及び職名	氏名	西田 加代子
	職名	管理者
◎建物の竣工日	平成27年3月30日	
◎有料老人ホーム事業の開始日	平成27年4月10日	

(類型) 【表示事項】

◎施設の類型	1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供） 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） <input checked="" type="radio"/> 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	1424.79 m ²				
	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188.74m ²	うち有料老人ホーム部分 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物)				
		2 準耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物)				
		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 事業者自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
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	
	居室タイプ1	有/無	有/無	9.93 m ²	9/9	
	居室タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	居室タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	居室タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	居室タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	居室タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	居室タイプ7	有/無	有/無	m 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」の別を記入すること。						
◎共用施設	共用便所の設置数	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な数		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な数		2ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			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	1 あり (車椅子対応、ストレッチャー対応、その他) ② なし					
◎消火設備等	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					

4. サービスの内容

(全体の方針)

◎運営に関する方針	「喜ばそう 喜ぼう」を理念とし、利用者本意の運営を行っています。「都城市 1 になります」を目標にかかげ、5つの介護方針を立て、入居者お一人おひとりが笑顔で過ごして頂けるよう施設運営に努めています。
○サービスの提供内容に関する特色	健康相談、生活相談、フロントサービス（宅配便・郵便物等の取次）・生活サービス（共用施設の清掃、ゴミ出し、クリーニング取次、官公署手続き代行）・食事（通所介護サービス等を利用されない日は1日3食提供）・施設利用（居室、共用施設を利用できます。）
◎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

(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	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	
	医療機関連携加算	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	
○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 ※複数選択可	① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 4 その他 ()
○協力医療機関	名称 教山内科医院 住所 都城市高崎町大牟田1891-2 診療科目 内科他 協力内容 健康相談・健康診断
	名称 住所 診療科目 協力内容
○協力歯科医療機関	名称 今西歯科クリニック 住所 都城市高崎町大牟田754-2 協力内容 訪問歯科

(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	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ戻る場合 3 その他 ()
○判断基準の内容	
○手続きの内容	
○追加的費用の有無	1 あり 2 なし
○居室利用権の取扱い	
○前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし
○従前の居室と 面積の増減	1 あり 2 なし

の仕様の変更	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容:)	2 なし

(入居に関する条件)

◎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	日常生活において介護を必要とし、定期的な治療を必要としない方、共同生活を営むのに支障（自傷他害行為・重篤な病気の発症など）がなく集団生活が可能なる方		
○契約の解除の内容	入居者が死亡したとき 入居者から契約解除が行われた場合 事業所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	<ul style="list-style-type: none"> ・月払いの利用料等が正当な理由なく、しばしば滞納が見られる場合 ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等、不正な手段により入居した場合 ・共同生活を著しく乱す行為（自傷・他害行為・暴力等）があった場合 ・要介護状態から介護保険認定で自立とみなされた場合 ・重篤な色湯行為が必要となった場合 ・入居者が個人的な理由（入院を含む）で、居室を使用しない期間が2ヶ月を超える場合 	
	解約予告期間	1ヶ月前	
◎入居者からの解約予告期間	1ヶ月前		
◎体験入居の内容	① あり (内容: 宿泊費: 1,000円 食事(3食) 1,000円) 2 なし		
◎入居定員	9人		
○その他	<p>緊急時やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き内容</p> <p>当施設では、緊急時やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。但し、次に挙げる3つのケースをすべて満たし、かつそれらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されている場合に限り、実施する場合があります。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者(利用者)本人又は、他の入居者等の生命又は、身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合 2. 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない 3. 身体拘束その他の行動制限が一時的であること <p>上記の情景を満たし、実施する場合は、その様態及び、時間・その際の入居者の心身の状況・緊急やむ得なかった理由を記載し、2年間保存します。</p> <p>ご家族のご要望がある場合及び監督機関等の指示がある場合にはこれを開示します。</p>		

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		3	4
看護職員			
◎機能訓練指導員	1		1
◎計画作成担当者			
◎栄養士			
◎調理員	2	1	1
◎事務員	1	1	
◎その他職員	1		1
◎ 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数			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		非常勤
		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	6	2	4
◎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		非常勤
		常勤	
◎看護師又は准看護師			
◎理学療法士	1		1
◎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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

◎夜勤帯の設定時間 (16時～9時)		
職種	人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
◎看護職員		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省略可)	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は省略可)	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 (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
◎前年度一年間の採用者数				1						
◎前年度一年間の退職者数				1						
◎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		
	1年以上 3年未満		1	1						
	3年以上 5年未満		1	2						
	5年以上 10年未満		1	1						
	10年以上									
	◎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 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: ホームが所在する自治体対象の消費者物価指数に合わせて改定	
	手続き: 年2回実施する運営懇談会に図り、改定	

(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	5	2	
	年齢	89歳	90歳	
◎居室の状況	床面積	9.93㎡	9.93㎡	
	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		円	円	
家賃相当額		10,000円	10,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	
	※2 介護保険外	食費	30,000円	30,000円
		管理費	9,000円	26,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	5,000円	5,000円
		その他 ()	円	円
○家賃相当額 最低額 :		54,000円、最高額 :	71,000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 (地域密着型通所介護などの介護保険サービスに関わる介護保険費用は、同一の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	特になし
◎敷金	家賃の 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	共用施設の設備、維持管理費、事務管理部門の人件費、事務費、入居者に対する日常生活に係る人件費、備品消耗品代、洗濯代
◎食費	朝食 220円 昼食 390円 夕食 390円
◎光熱水費	水道代、電気代、ガス代
○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	近隣の病院への通院介助費 (実費: 1時間1,000円)

(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居ない場合は省略可能

費目	算定根拠
○特定施設入居者介護※に対する自己負担	
○特定施設入居者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

費目	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	入居後3月以内の契約終了

算定方法	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	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保健会社の名称	
	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	2 人			
	女性	7 人			
◎年齢別	65歳未満	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	6人	
◎要介護度別	自立	人	要支援	人	
	要介護1	0人	要介護2	3人	要介護3
◎入居期間別	6ヶ月未満	0人		6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	6人		5年以上10年未満	2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	84.5 歳
◎入居者の合計	9人
◎入居率※	100%

※入居者の合計を入居定員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	1人	死亡者	人
	その他	人		
◎生前解約の状況	施設の申し出	0人		
		解約事由		
	入居者側の申し出	1人	解約事由 入院のため退去	

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) ※複数回答の窓口がある場合は欄を増やして記入

◎窓口の名称	住宅型有料老人ホームひなたば 苦情処理担当 西田加代子
◎電話番号	0986-45-8228
◎対応している時間	平日(8時30分~17時30分) 土曜(8時30分~17時30分) 日曜・祝日(8時30分~17時30分)
◎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	内容: あいおいニッセイ同和損保保険株式会社の賠償責任保険に加入しており、サービス提供中の事故により入居者の生命・身体・財産に賠償が発生した時、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	内容: 賠償責任保険
	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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況	① あり	実施日 令和 2年 2月 27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 平成 年 月 日
	② なし	評価機関名称 結果の開示 1 あり 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 2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 適合してない	
◎有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	(その内容) ※該当する項目にチェック	
	□居室が個室でない (□全室・□居室の一部)	
	☑一般居室の面積が10.65㎡未満 (☑全室・□居室の一部)	
	□その他 (具体的に)	

添付書類：別添1 (事業主体が県内で実施する他の介護サービス)

別添2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____ 様

※ 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。

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____

別添 1

◎事業主体が県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所等の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護（地域密着型通所介護）	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	デイサービスひなたば	宮崎県都城市高崎町大牟田1999-22
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> なし		
＜地域密着型サービス＞				
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
定期巡回・随時対応型訪問介護・看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護（総合事業）	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所介護（総合事業）	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	デイサービスひなたば	宮崎県都城市高崎町大牟田1999-22
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		

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					
		介護付き有料老人ホームのみ		介護付・住宅型・健康型有料老人ホームも記載					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		
介護サービス	食事介助	なし	あり	なし	あり	○		円	
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		円	
	おむつ代	なし	あり	なし	あり		○	円	実費
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		円	
	特浴介助	なし	あり	なし	あり			円	
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○		円	
	機能訓練	なし	あり	なし	あり	○		円	
	通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり		○	円	1時間以内1,000円。以後30分を超えるごとに500円
	通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	円	1時間以内1,000円。以後30分を超えるごとに500円
生活サービス	居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		円	
	リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		円	
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		円	
	居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		円	
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり		○	円	実費
	おやつ	なし	あり	なし	あり		○	円	実費
	理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり		○	円	実費
	買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり		○	円	1時間以内1,000円。以後30分を超えるごとに500円
	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり		○	円	1時間以内1,000円。以後30分を超えるごとに500円
	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	円	1時間以内1,000円。以後30分を超えるごとに500円
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	○		円		
健康管理サービス	定期健康診断	なし	あり	なし	あり		○	円	実費
	健康相談	なし	あり	なし	あり		○	円	実費
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		円	
	服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		円	
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		円	
入退院時	移送サービス	なし	あり	なし	あり			円	1時間以内1,000円。以後30分を超えるごとに500円

入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	円	1時間以内1,000円。以後30分を超えるごとに500円
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	円	1時間以内1,000円。以後30分を超えるごとに500円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	円	1時間以内1,000円。以後30分を超えるごとに500円
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		円	1時間以内1,000円。以後30分を超えるごとに500円

※1 利用者の所得に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用負担者）※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。

