

重要事項説明書

記入年月日	2022年7月1日
記入者名	大根田和義
所属・職名	運営本部長

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) かぶしきがいしゃおおねだ 株式会社大根田	
主たる事務所の所在地	〒321-3414 栃木県芳賀郡市貝町椎谷 220 番地 2	
連絡先	電話番号	0285-68-3323
	FAX 番号	0285-68-3326
	ホームページアドレス	http://www.day-nagomi.jp
代表者	氏名	大根田和美
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 18年12月25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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく いちかいのさとなごみ サービス付き高齢者向け住宅 市員の里なごみ	
所在地	〒321-3414 栃木県芳賀郡市貝町椎谷 219-1	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・ 関東バスで宇都宮駅から乗車 40 分、「祖母井」停留所で下車、タクシーで 5 分 ② 真岡鉄道「市塙駅」下車 ・ タクシーで 8 分
連絡先	電話番号	0285-81-3150
	FAX 番号	0285-68-3326
	ホームページアドレス	http://www.day-nagomi.jp
管理者	氏名	大根田和美
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 28 年 4 月 11 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 28 年 5 月 1 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	915.69 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	819.32 m ²			
		うち、老人ホーム部分	819.32 m ²			
	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				
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*
	タイプ1	有/無	有/無	18.16 m ²	6室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.39 m ²	11室	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	18.55 m ²	1室	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	18.78 m ²	2室	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/無	m ²			

	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
	タイプ9	有/無	有/無	m ²		
	タイプ10	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	2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		2ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴		3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			
緊急通報装置等	居室 ① あり 2 一部あり 3 なし	便所 ① あり 2 一部あり 3 なし	浴室 ① あり 2 一部あり 3 なし	その他 () ① あり 2 一部あり 3 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	地域とのつながりを大切に安全で安心した住まい」を地域で医療・介護の他、地元事業者と協力して、自立から要介護認定者までが、いきいきと暮らして頂ける地域と密着した住まいの提供を目指します。
サービスの提供内容に関する特色	外部からのサービスを選択して頂けます。ケアマネ、訪問介護、訪問診療等、こちらで推薦する事業者もありますが、今までのお付き合いのある事業者、ご希望の事業者をご利用頂けます。

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		11人
食事の提供	① 自ら実施	2 委託	3 なし		20人
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし		20人
健康管理の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし		20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		20人
生活相談サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし		20人

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	① 救急車の手配 (生活支援サービス内で対応)	
		② 入退院の付き添い (自費サービスで対応)	
		③ 通院介助 (自費サービスで対応)	
		4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	さつきホームクリニック 益子
		住所	芳賀郡益子町長堤 574-1
		診療科目	内科/リウマチ科
		協力内容	訪問診療、24時間往診対応、採血、尿検査、心電図、エコー等各種検査、注射、点滴、内服薬の処方
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	及川歯科医院	
	住所	芳賀郡益子町益子 2056	
	協力内容	訪問歯科、口腔ケア、入れ歯調整等	

(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 介護居室へ移る場合	
		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
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり	2 なし
	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>契約書第 14 条に記載</p> <p>① 入居者は事業者が次に掲げる義務に違反した場合において、90 日の予告期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 第 4 条第 2 項に規定する賃料支払義務 2. 第 5 条第 2 項に規定する共益費支払義務 3. 第 7 条第 3 項に規定する状況把握・生活相談サービス料金支払義務 4. 第 11 条第 1 項後段に規定する費用負担義務 <p>② 入居者は事業者が次に掲げる義務に違反した場合において、当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 第 3 条に規定する本物件の使用目的遵守義務 2. 第 10 条各項に規定する義務 3. その他本契約書に規定するこの義務 <p>③ 入居者は、事業者が次に掲げる事由に該当した場合において、本契約を継続することが困難と認められるに至ったときには、本契約を解除することができる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって本物件に入居したとき。 2. 事業者への通知を怠り、1 か月以上所在不明になったとき。 3. 禁錮以上の刑に処せられることがある犯罪行為を行ったとき。 4. 破壊・暴力活動を行う組織その他これらの組織又は団体等への加入、構成員及びそれらの支配下にあると判明したとき。 <p>④ 契約は次の場合に終了する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者が死亡したとき。 2. 事業者が入居契約に基づき本契約の解除を通告し予告期間が満了したとき。 3. 入居者が退去届を提出し退去予定日までに居室を明け渡したとき。 4. 天災、地変、火災その他甲乙双方の責めに帰さない事由により本物件が消失したとき。 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	上記の該当条項
	解約予告期間	3 ヶ月
解約時の精算方法	<p>入居者からの契約の解除や入居者の死亡により契約が終了した場合、受領している家賃と共益費は日割り計算により算出する。 (死亡後も荷物を置く場合には、協議のうえ引き揚げ日を決め、その日をもって契約終了とし日割り計算を行うこととする)</p>	

入居者からの解約	契約書第 15 条に記載 ① 入居者は、自らの事由により本契約を解約する場合には事業者に対して少なくとも 1 ヶ月前に退去届を届け出ることによって本契約を解約することができます。 ② 入居者は、①にかかわらず解約申入れの日から 30 日分の賃料及び共益費、状況把握・生活相談サービスを事業者を支払うことにより、解約申入れの日から起算して 30 日を経過するまでの間、随時に本契約を解約することができる。
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 (内容 : 1 泊 5,000 円 3 食 5 泊まで) ※空き室がある場合に限る 2 なし
入居定員	20 人

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) 11 人			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	
生活相談員				
直接処遇職員	8	0	8	
介護職員	8	0	8	
看護職員	0	0	0	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	0	0	0	
調理員	1	0	1	
事務員				
その他職員	1	0	1	
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	8人	
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	3	0	3
実務者研修の修了者	4	0	4
初任者研修の修了者	1	1	0
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	0人	
		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 (19時～6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	1人	1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	初任者研修								
	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	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年以上 3年未満				2						
	3年以上 5年未満				1						
	5年以上 10年未満				3						
	10年以上				2						
	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	契約書第4条～第7条に定める（租税等の増減、経済事情の変動、物件、設備等に改良を施した場合等）
	手続き	協議のうえ改定

(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	要介護度	自立又は要介護認定者		
	年齢	60歳	歳	
居室の状況	床面積	18.16㎡	㎡	
	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	50,000円	円	
月額費用の合計（消費税込み）		140,152円	円	
家賃		50,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費（30日分）	47,952円	円
		管理費	18,000円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	0円	円
その他（生活相談サービス）	24,200円	円		
<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	建物の整備に要した費用、設備備品費、修繕費、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として、1室あたりの家賃を算定
敷金	家賃の1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	各室及び建物の共用部の電気、ガス、水道料金と共用部の清掃費
食費	厨房維持費及び食材費（1,480円×30日×消費税8%含む）
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
生活相談サービス費	状況把握、生活相談・助言、24時間有人見守り、巡回、来訪者の受付取次ぎ、郵便物の受取保管、電話の取次ぎ、鍵の管理、食事管理、寝具一式貸出し（敷布団、掛布団、枕【シーツ、布団カバー、枕カバーは1週間ごとに交換します】）協力医療機関との連携、洗濯機は1日1カゴ無料で利用頂けます。緊急時には全室、共用トイレ、ナースコールに完備緊急対応します。

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	9人
	女性	11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	4人
	85歳以上	16人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	3人
	要介護2	4人
	要介護3	3人
	要介護4	5人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	11人
	5年以上10年未満	6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	88.65歳
入居者数の合計	20人
入居率※	100%

※ 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	1人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	1人
	死亡者	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)
	入居者側の申し出	4人
		(解約事由の例) ・ご本人とご家族の希望通り自宅で看取りたい ・入院 ・施設内での看取り

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	デイサービスセンターなごみ	
電話番号	0285-68-3323	
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:00
	土曜	9:00 ~ 17:00
	祝日	9:00 ~ 17:00
定休日	日曜日	

(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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入
	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)
	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	随時
		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 1回
	② なし	
	① 代替措置あり	(内容)入居者ご家族全員にラインやショートメールでの取り組み報告
	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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1 (別に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
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーションなごみ	市貝町椎谷 219-1
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	デイサービスセンターなごみ	市貝町椎谷 219-3
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		
<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		
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	デイサービスセンターなごみ	市貝町椎谷 219-3
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーションなごみ	市貝町椎谷 219-1
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	デイサービスセンターなごみ	市貝町椎谷 219-3
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		
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		

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※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	備考
		なし	あり	なし	あり				
介護サービス									
食事介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○	700円	15分あたり
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○		
入浴（一般浴）介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○		
身辺介助（移動・着替え等）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○		
おむつ代	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○		リハビリパンツ 110円尿取りパット 30円
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				-	
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				-	
通院介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○	1,000円	30分あたり（交通費は別途）
生活サービス									
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○	400円	15分あたり
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	○			-	生活支援サービスに含む
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	○			-	買い物は店舗の指定不可
買い物代行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	○			-	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○		実費負担
おやつ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○	100円	手作りおやつ
理美容師による理美容サービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○	2,000円	月1回訪問美容あり
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○	500円	1回あたり（洗濯、干す、畳む）
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○	2,000円	1回あたり
金銭・貯金管理	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	○			-	生活支援サービスに含む（別途契約あり）
健康管理サービス									
定期健康診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○		年1回希望者のみ 実費負担
健康相談	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	○			-	
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	○			-	生活支援サービスに含む
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	○			-	
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○	3,000円	1ヶ月あたり
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○	1,000円	30分あたり（交通費別途）
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			○		
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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、月額サービスの費用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。