重要事項説明書

名称：ウェルハウス戸塚（　　　　号室）

株式会社ウェルハウス

別紙様式

**重要事項説明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 記入年月日 | 平成27年10月30日 |
|  | 記入者名 | 車谷　幸徳 |
| 所属・職名 | 統括本部長 |

**１．事業主体概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 種類 | 法人 |
| ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | （ふりがな）かぶしきかいしゃ　うぇるはうす株式会社　ウェルハウス |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　333-0831　川口市木曽呂497番地12 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-297-1600 |
| FAX番号 | 048-297-2813 |
| ホームページアドレス | <http://www>.wellhouse1600.jp |
| 代表者 | 氏名 | 岡本　則和 |
| 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成17年7月29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 | うぇるはうす　とつかウェルハウス　戸塚 |
| 所在地 | 〒　333-0817川口市戸塚南2丁目19番20号 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 埼玉高速鉄道戸塚安行駅 |
| 交通手段と所要時間 | 例：①徒歩の場合・戸塚安行駅より約8分。②バス利用の場合・JR東川口駅南口より鳩ヶ谷車庫行き　　「戸塚中学校入口」下車徒歩約7分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-290-6113 |
| FAX番号 | 048-290-6113 |
| ホームページアドレス | http://www.wellhouse1600.jp |
| 管理者 | 氏名 | 志藤　浩 |
| 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | 平成22年2月1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成22年3月20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）　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 | 911.00㎡ |
| 所有関係 | １　事業者が自ら所有する土地 |
| 　事業者が賃借する土地 |
|  | 抵当権の有無 | 　あり　　２　なし |
| 契約期間 | 　あり（平成22年3月1日～平成52年2月末日）２　なし |
| 契約の自動更新 | １　あり　　　なし |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 936.30　㎡ |
| うち、老人ホーム部分 | 475.38　㎡ |
| 耐火構造 | 　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　鉄骨造３　木造　2階建４　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 所有関係 | １　事業者が自ら所有する建物 |
| 　事業者が賃借する建物 |
|  | 抵当権の設定 | 　あり　　２　なし |
| 契約期間 | 　あり（平成22年3月1日～平成52年2月末日）２　なし |
| 契約の自動更新 | １　あり　　　なし |
| 居室の状況 | 居室区分【表示事項】 | 　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 | 有／ | 有／ | 8.37㎡ | 24 | 一般居室個室 |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 4ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 4ヶ所 |
| うち車椅子等の対応が可能な便房 | 2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 | 　あり　　　２　なし |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | １　あり　　　　なし |
| エレベーター | 　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 | 　あり　　　２　なし |
| 自動火災報知設備 | 　あり　　　２　なし |
| 火災通報設備 | 　あり　　　２　なし |
| スプリンクラー | １　あり　　　　なし |
| 防火管理者 | 　あり　　　２　なし |
| 防災計画 | 　あり　　　２　なし |
| その他 | 救助袋・誘導灯 |

**４．サービスの内容**

**（全体の方針）**

|  |  |
| --- | --- |
| 運営に関する方針 | 安心、安全で健康な雰囲気で生活できる環境 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 介護が必要になったら入居者自ら外部居宅と契約 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | １　自ら実施　 ２　委託　 　なし |
| 食事の提供 | 　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　 　なし |
| 健康管理の供与 | 　自ら実施　 ２　委託　 ３　なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 　自ら実施　 ２　委託　 ３　なし |
| 生活相談サービス | 　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 | 　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 | １ | 名称 | 医凰会　春野クリニック |
| 住所 | 埼玉県さいたま市見沼区深作3-40-5 |
| 診療科目 | 内科 |
| 協力内容 | 訪問診療　緊急時オンコール対応 |
| ２ | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 診療科目 |  |
| 協力内容 |  |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | ラムザ歯科サポート |
| 住所 | 埼玉県さいたま市南区南浦和2-33-5 立林ビル1F |
| 協力内容 | 訪問診療　口腔ケア指導 |

**（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 | 　あり　　２　なし |
| 要支援の者 | 　あり　　２　なし |
| 要介護の者 | 　あり　　２　なし |
| 留意事項 |  |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書第26条、27条、28条に記載の通り |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第27条に記載の通り |
| 解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | １ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 　あり（内容：1泊3食4,000円　居室・食事準備）　　２　なし |
| 入居定員 | 24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 |  | 1.0 |
| 生活相談員 | 0 |  |  | 0 |
| 直接処遇職員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |
|  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他職員 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 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 | 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 | 1 | 1 | 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（　　　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 |

**（職員の状況）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者 | 他の職務との兼務 | １　あり 　なし |
| 業務に係る資格等 | 　あり |
|  | 資格等の名称 | 　初任者研修修了 |
| 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人数 | １年未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １年以上３年未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３年以上５年未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５年以上10年未満 |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10年以上 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 従業者の健康診断の実施状況 | 　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】 | 　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 |
| 　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　　　なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | １　あり　　　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　不在期間が10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 | 入居契約書第25条に記載の通り |
| 手続き | 入居契約書第25条に記載の通り |

**（利用料金のプラン【代表的なプラン例】）**

|  |  |
| --- | --- |
|  | プラン |
| 入居者の状況 | 要介護度 | 定めなし（自立・要支援・要介護） |
| 年齢 | 定めなし |
| 居室の状況 | 床面積 | 8.37㎡ |
| 便所 | １　あり　　　なし |
| 浴室 | １　あり　　　なし |
| 台所 | １　あり　　　なし |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0円 |
| 敷金 | 0円 |
| 月額費用の合計 | 120,000円 |
|  | 家賃 | 49,000円 |
|  | サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※１の費用 | 0円 |
|  | 介護保険外※２ | 食費 | 43,000円 |
|  | 管理費 | 13,000円 |
|  | 介護費用 | 0円 |
|  | 光熱水費 | 15,000円 |
|  | その他 | 0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 | 地代、建設費、修繕費等を基礎とし、家賃相場を参照し、想定居住期間を勘案して算出 |
| 敷金 | なし |
| 介護費用 | なし |
| 管理費 | 日常生活支援のための人件費、共用施設等の維持管理費 |
| 食費 | 3食/日　月額固定43,000円　食事提供のための人件費、食材費 |
| 光熱水費 | 月額固定15,000円　基本料金および入居者使用量見込み額 |
| 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 |  |

**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 | 12人 |
| 女性 | 6人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| 65歳以上75歳未満 | 5人 |
| 75歳以上85歳未満 | 10人 |
| 85歳以上 | 2人 |
| 要介護度別 | 自立 | 4人 |
| 要支援１ | 0人 |
| 要支援２ | 0人 |
| 要介護１ | 8人 |
| 要介護２ | 5人 |
| 要介護３ | 0人 |
| 要介護４ | 0人 |
| 要介護５ | 1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 | 14人 |
| ５年以上10年未満 | 1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 | 76.3歳 |
| 入居者数の合計 | 18人 |
| 入居率※ | 75％ |
| ※ 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 | 3人 |
| 社会福祉施設 | 3人 |
| 医療機関 | 0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 | 6人 |
| （解約事由の例）ご家族同居、身体状況悪化、生活動作の低下による退去 |

**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 | 株式会社ウェルハウス　ライフサポート室 |
| 電話番号 | 048-297-1600 |
| 対応している時間 | 平日 | 9：00～18：00 |
| 土曜 | 9：00～18：00 |
| 日曜・祝日 | 休み |
| 定休日 | 日曜・祝日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 窓口の名称 | 埼玉県福祉部高齢福祉課 |
| 電話番号 | 048-830-3254 |
| 対応している時間 | 平日 | 8：30～17：15 |
| 土曜 | ― |
| 日曜・祝日 | ― |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日　1月29日～1月3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 | 　あり | （その内容）賠償責任保険加入しており入居者の生命、身体、財産に損害が生じた場合、サービス提供上による損害発生時は、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 | 　あり | （その内容）施設管理マニュアル |
| ２　なし |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 　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 |  |
| 結果の開示 | １　あり ２　なし |
| 　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 |
| 　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　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　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　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　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　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 |
| 　なし |
|  | 　代替措置あり | （内容）入居者の家族、キーパーソンとの個別の連絡体制を確保している |
| 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：　　　　　　）　　　　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 | 　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　　　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 | 　あり　　２　なし |
|  | 合致しない事項がある場合の内容 | ・入居者一人あたりの床面積はバルコニー及び便所の面積を除く内法方法で13.2㎡以上とするところ、当施設は壁芯測定でも8.37㎡となっている。・片廊下は手すりの間の有効幅で1.8ｍ以上とするところ、当施設では壁芯測定でも1.45ｍとなっている |
| 「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 | あり |
|  | 不適合事項がある場合の内容 | ・入居者一人当たりの床面積はバルコニー及び便所の面積を除く内法方法で13.2㎡以上とするところ、当施設は壁芯計測でも8.37㎡となっている。・片廊下は、手すりの間の有効幅で1.8ｍ以上するところ、当施設は壁芯計測でも1.45ｍとなっている。・土地及び建物に有料老人ホーム事業以外の目的による抵当権等の権利が存しないこととされているが、当施設の土地及び建物には根抵当権が設定されている。・建築基準法の主要用途が「寄宿舎」となっている。 |

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　平成　　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 |  |  |
| 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大塚デイサービスセンター戸塚 | 川口市木曽呂497番地12川口市戸塚南2丁目19番20号 |
| 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 | グループホームひまわり | 川口市源左衛門新田278番地2 |
| 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 |  |  |
| ＜居宅介護予防サービス＞ |
|  | 介護予防訪問介護 | あり | なし |  |  |
| 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大塚デイサービスセンター戸塚 | 川口市木曽呂497番地12川口市戸塚南2丁目19番20号 |
| 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 | グループホームひまわり | 川口市源左衛門新田278番地2 |
| 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 |  |  |

**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 | 備　　考 |
| （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 |  |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 |  |  |  |  |
|  | 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、月額のサービス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。