

## 重要事項説明書

記入年月日	令和6年9月1日現在
記入者名	池田郁乃
所属・職名	施設長

## 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) にっせいこぎょうかぶしきかいしゃ 日成工業株式会社	
主たる事務所の所在地	〒 085-0811 釧路市興津2丁目29番44号	
連絡先	電話番号	0154-42-0087
	FAX番号	0154-42-0187
	ホームページアドレス	http://kigyounet/asagaol/
代表者	氏名	池田 郁乃
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 46年 8月 7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 ののはな 住宅型有料老人ホーム 乃のはな	
所在地	〒085-0813 釧路市春採6丁目8番23号	
主な利用交通手段	最寄駅	釧路駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・釧路駅発 バスで乗車15分、春採中バス停留所で下車、徒歩約5分

		②自動車利用の場合 ・乗車約 15 分
連絡先	電話番号 乃のはな 別館	0154-42-0087 0154-64-1687
	FAX番号	0154-42-0187
	ホームページアドレス	https://kigyounet/asagaol
	管理者	氏名 佐藤 久美子(施設管理)
	建物の竣工日	昭和・平成 25年 8月 15日
	増築の竣工日	平成 30年 3月 20日
	有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 27年 4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	全体 1,017.96 m <sup>2</sup> 内 乃のはな 813.86 m <sup>2</sup> 別館 204.1 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	
		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	乃のはな 400.80 m <sup>2</sup> 別館 311.77 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	乃のはな 400.80 m <sup>2</sup> 別館 311.77 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ( )				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	乃のはな1	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	9.11 m <sup>2</sup>	4 部屋	一般居室個室
	乃のはな2	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	9.67 m <sup>2</sup>	1 部屋	一般居室個室
	乃のはな3	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	9.94 m <sup>2</sup>	5 部屋	一般居室個室
	乃のはな4	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	10.77 m <sup>2</sup>	2 部屋	一般居室個室
	乃のはな5	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.25 m <sup>2</sup>	1 部屋	一般居室個室
	別館1	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	9.93 m <sup>2</sup>	10 部屋	一般居室個室
	タイプ7	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ9	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 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	11ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	11ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	10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			
食堂		<input checked="" type="checkbox"/> 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	入居者様のおひとりおひとりのライフスタイルを大切にし快適、安心をモットーに充実した生活を送って頂けるようホーム運営に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	介護が必要又は必要となられた場合でも、主治医の意見や、本人及びご家族と施設の専門知識・経験を有する看護・介護職員等を交え適切な介護サービスが行われるよう配慮しています。
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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	ちば内科クリニック
		住所	鉦路市大楽毛 2-2-27
		診療科目	内科 消化器科
		協力内容	健康管理 往診
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	あかつき総合歯科
		住所	鉦路市愛国西 1-13-1
		協力内容	診察 処置 義歯修理

(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	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・概ね 60 歳以上の方</li> <li>・ご入居にあたり身元引受人を立てられる方</li> <li>・健康保険・介護保険に加入している方</li> </ul>		
契約の解除の内容	<p>◎入居者が死亡したとき</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者の死亡により居室が明け渡される場合には、以下の手続きによります。</li> <li>・契約書又は身元引受人に直ちに入居者の身柄を引き取っていただきます。</li> <li>・居室の明け渡し迄の間、契約者又は身元引受人は、事業者から居室の管理及び入居者の所有物の管理を速やかに引き継ぐこととします。</li> <li>・死亡日の翌日から起算して 30 日以内に、契約者又は身元引受人に居室の明け渡しを行っていただきます。居室の明け渡し日が契約満了日になります。</li> </ul> <p>◎入居者又は契約者から本契約の解約を希望される場合は、30 日以前に所定の手続きをしていただきます。</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者又は契約者が異なる場合には、事業者は入居者の意思を確認します。</li> <li>・居室の明け渡し、所有物等の引取りは、解約日までに行ってください。</li> </ul> <p>◎下記の場合等には 90 日の予告期間において、本契約の解除をすることがあります。虚子の明け渡しは予告期間の満了日までに行っていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者又は契約者様が入居申込に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。</li> <li>・入居者又は契約者が月額の利用料そのたの支払を正当な理由なく遅滞し、遅滞している期間が 3 ヶ月を超えたとき。</li> <li>・事業者が目的施設又は敷地内において禁止または制限している行為の規定に契約者又は入居者が違反したとき。</li> <li>・入居者の行動が他の入居者の生命、身体に危害を及ぼす恐れ、又は他の入居者の財産を侵害する恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法とではこれを防止することができないとき。</li> </ul>	
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
	解約予告期間	3 ヶ月 (90 日)
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月 (30 日)	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容： 一泊二日の体験入居をしていただきます。) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	1 人	
その他	<p>体験入居はご入居を検討されている方に限ります。          最長二泊三日までとします。          体験入居定員は、居室の空き状況によって変更します。          料金 宿泊費 2,800 円 食事各 500 円 光熱費 300 円</p>	

## 5. 職員体制

### (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 名		1 名	
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				

	看護職員				
	機能訓練指導員				
	計画作成担当者				
	栄養士			1名	
	調理員	3名		3名	
	事務員				
	その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>					
<p>※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。</p> <p>※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。</p>					

**(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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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			

**(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									
			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										
前年度1年間の退職者数										
応じた業務に従事した経験年数に 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									
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	物価変動、人件費上昇により改定する場合がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

### (利用料金のプラン)

		□乃のはな	□別館	
入居者の状況	要介護度			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	9.11～13.25 m <sup>2</sup>	9.93 m <sup>2</sup>	
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	116,000 円	128,000 円	
月額費用の合計		円	円	
家賃		29,000 円	32,000 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	
	介護保険外 <sup>※</sup>	食費	30,000 円	29,000 円
		共益費	24,000 円	22,000 円
		介護費用	円	円
		光熱費	24,500 円	24,500 円

		冷暖房費（11月～3月）	4,500円	4,500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	建築費用、修繕費、近傍家賃及び土地価格等を参照し算出
敷金	家賃の4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。
共益費	人件費・事務費、日常生活支援サービス提供のため費用
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用
光熱水費	水道料金、電気料金、ガス料金に基づく費用
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	おやつ代 1500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）非該当の為省略

（前払金の受領）非該当の為省略

**7. 入居者の状況【令和6年9月1日現在】**

（入居者の人数）

性別	男性	8人
	女性	13人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	17人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	4人
	要介護2	6人

	要介護3	5人
	要介護4	3人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	15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歳
入居者数の合計	21人
入居率※	87.5%
※ 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	0人
	医療機関	4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)

窓口の名称		① 住宅型有料老人ホーム 乃のはな 管理者 佐藤 久美子 ② 鈴木圭介税理士事務所 所長 鈴木 圭介 ③ 釧路民主商工会 局長 岩淵 裕
電話番号		① 0154-42-0087 ② 0154-44-7700 ③ 0154-23-9261
対応している時間	平日	① ② ③ 9:00~17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		

### (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) 共栄火災保険に加入しております。 支援サービス等の事故を保証します。
	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	(その内容) 入居契約書第12条記載通り。
	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	
		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 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: 住宅型有料老人ホーム あさがお館 ) 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「5.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	居室面積、廊下寸法 医療機関との連携 (医療、歯科連携協力機関と交渉中です。)	

	当社、小規模多機能ホーム あさがお、小規模多機能ホーム 八重桜登録利用者様は、各医療機関と連携しております。
「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 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		
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	八重桜 あさがお	釧路市鶴野東3-25-6 釧路市興津2-29-44
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		
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		
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	八重桜 あさがお	釧路市鶴野東3-25-6 釧路市興津2-29-44
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		

## 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	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	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				※付添いができる範囲を明確化すること
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				※利用できる範囲を明確化すること
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				※回数（年○回など）を明記すること
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				※付添いができる範囲を明確化すること
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。