

重要事項説明書

記入年月日	2022年7月1日
記入者名	丸山 美穂
所属・職名	施設長

1 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	特定非営利活動法人
名称	(ふりがな) とくていひえいりかつどうほうじん ちぐさのしゃ 特定非営利活動法人 千草の舎	
主たる事務所の所在地	〒950-2101 新潟市西区五十嵐一の町7377番地	
連絡先	電話番号	025-262-0432
	FAX番号	025-262-0432
	ホームページアドレス	http://tigusanosya.com/
代表者	氏名	上橋 潔
	職名	理事長
設立年月日	平成 22 年 4 月 21 日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) らいふさぼーとちぐさのしゃ ライフサポート千草の舎	
所在地	〒950-2101 新潟市西区五十嵐一の町7377番地	
主な利用交通手段	最寄駅	新潟大学前 駅
	交通手段と所要時間	徒歩30分 2.0km
連絡先	電話番号	025-262-0432
	FAX番号	025-262-0432
	ホームページアドレス	http://tigusanosha.com/
管理者	氏名	丸山 美穂
	職名	施設長
建物の竣工日		2020 年 4 月 30 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 28 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	
	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	1916.82㎡			
	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	2 なし	
契約の自動更新	1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体	690.00㎡		
		うち、老人ホーム部分	439.22㎡		
	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	2 なし		
契約の自動更新		1 あり	2 なし		
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/③無	有/③無	13.25㎡	1・1	

居室の状況	タイプ2	有 (無)	有 (無)	13.25㎡	1・1	
	タイプ3	有 (無)	有 (無)	13.25㎡	1・1	
	タイプ4	有 (無)	有 (無)	13.25㎡	1・1	
	タイプ5	有 (無)	有 (無)	13.25㎡	1・1	
	タイプ6	有 (無)	有 (無)	13.25㎡	1・1	
	タイプ7	有 (無)	有 (無)	13.25㎡	1・1	
	タイプ8	有 (無)	有 (無)	13.25㎡	1・1	
	タイプ9	有 (無)	有 (無)	13.25㎡	1・1	
	タイプ10	有 (無)	有 (無)	13.25㎡	1・1	
	タイプ11	有 (無)	有 (無)	13.25㎡	1・1	
	タイプ12	有 (無)	有 (無)	13.25㎡	1・1	

※ 「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。

共用施設	共用便所における便房	5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	4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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし			
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="radio"/> 1 あり	<input checked="" type="radio"/> 2 なし			
エレベーター	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (車椅子対応)	<input type="radio"/> 2 あり (ストレッチャー対応)	<input type="radio"/> 3 あり (上記1・2に該当しない)	<input type="radio"/> 4 なし	
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 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	障がい児・者又は高齢者の意思及び人格を尊重し、入居者が明るく心豊かに生活できるよう努めます。身体機能の低下により介護を要する状況となっても障害福祉サービス高齢福祉サービスを提供するものと連携をし、自立した生活が維持できるよう支援いたします。
サービスの提供内容に関する特色	子での生活が可能。居室は、全室個室でプライバシーも保たれます。食事作りや洗濯、共同部分の清掃・管理、そのほか、日常生活上の援助等も24時間受けられます。 入居者個人の入浴、排せつ、食事の介護、そのほか身の周りの援助は併設されている訪問介護サービスを受けることで安全で安心した自立生活を送ることができます。
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	入居継続支援加算	1 あり () 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり () 2 なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり () 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり () 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり () 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり () 2 なし	
	退院・退所時連携加算	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	
	(III)	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		<input checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	長野医院 内科
		住所	〒950-2101 新潟県新潟市西区五十嵐一の町6448
		診療科目	内科・リウマチ科
		協力内容	往診対応・健康診断・医療相談等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	明倫短期大学附属歯科診療所
		住所	〒950-2086 新潟県新潟市西区真砂3-16-10
		協力内容	往診

(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		<input type="radio"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="radio"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
	<input checked="" type="radio"/> 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
	障がい者手帳（身体・精神・療育）をお持ちの方	
留意事項	<p>利用要件</p> <p>(1)障がい者手帳・療育手帳をお持ちの方、または介護保険適用の方。</p> <p>(2)家族と同居することが困難であること。</p> <p>(3)伝染性疾患がなく、かつ共同生活が可能であること。医療的支援が必要な方は(胃ろう等)入居対象外となります。</p> <p>(4)生活費に充てることができる所得等があり、所定の利用料を継続的に支払うことが可能であること。</p> <p>(5)身元引受人が1名以上得られること。ただし、やむを得ない事情があると認められる場合相談に応じます。</p>	
契約の解除の内容	<p>施設長は、入居者がこの契約の各条項に違反したとき又は、次の各号のいずれかに該当するときは、この契約を解除することができる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居の要件に関して、虚偽の届け出を行って入居した時。 2. 利用料を3ヶ月以上支払わない時。 3. 施設長の承諾を得ないで、施設の建物や付帯設備の造作・模様替えを行い、且つ原状回復を行わない時。 4. その他共同生活の秩序を著しく乱し、他の利用者に迷惑をかけた時、若しくは今後も他の入居者に迷惑が及び可能性があるとして施設長が判断した時。 5. 入居者が、暴力団若しくは極左・極右暴力団の構成員、又はこれらの支配下にあることが判明した時。 6. 入居者が、暴力団若しくは極左・極右暴力団の構成員、又はこれらの支配下にある者をこの物件に反復継続して出入りさせたり、これらの事務所又はアジトとして使用した時、あるいは、第三者に同様の目的として使用することを許容した時。 7. 常に医療的ケアを必要とし、ライフサポート千草の舎での生活が著しく困難となったと認められる時。（胃ろう、経管栄養等） 8. 他の入居者の生活や健康に悪影響を及ぼし、円満な共同生活を害するおそれがあると施設長が判断した時。 9. 破産宣告、差押えなど入居者の信用状態に重大な変化を生じた時。 10. その他、この契約の条項に反した時。 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第19条
	解約予告期間	退去の1か月前
入居者からの解約予告期間	1か月前	
体験入居の内容	(1) あり（内容：基本的には1泊2食。入浴はできない。） 2 なし	
入居定員	12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
生活相談員		1		0.2
直接処遇職員				
介護職員		1		0.1
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員（世話人）	5		5	1.4
事務員		1		0.8
その他職員	4		4	0.5
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			
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			
介護支援専門員	1	1	

(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			
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 (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	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、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	介護福祉士・社会福祉主事・介護支援専門員								
		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											
応業務に従事した経験年数に	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		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	
	手続き	

(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	障がい者手帳をお持ちの方又は要介護認定を受けている方		
	年齢	関係なし	歳	
居室の状況	床面積	13.25m ²	m ²	
	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	0円	円	
月額費用の合計		126,500円 (1ヶ月30日として)	円	
家賃		35,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	0円	円	
	介護保険外※2	食費	31,500円 (1ヶ月30日として)	円
		管理費	50,000円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	10,000円	円
		その他	0円	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	家賃
敷金	家賃の0ヶ月分
介護費用	※障害福祉サービス・介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	人件費・雑費
食費	食材費
光熱水費	光熱水費
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	なし

(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いない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	
特定施設入居者生活介護※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

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		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	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の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	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	6人
	女性	6人
年齢別	65歳未満	5人
	65歳以上75歳未満	7人
	75歳以上85歳未満	0人
	85歳以上	0人
要介護度別	自立	6人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	2人
	要介護2	1人
	要介護3	0人
	要介護4	2人
	要介護5	1人

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	3人
	5年以上10年未満	1人
	10年以上15年未満	3人
	15年以上	4人

(入居者の属性)

平均年齢	62.3歳
入居者数の合計	12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)

退居先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	1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	1人
		(解約事由の例) 入院のため

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		ライフサポート千草の舎 担当 丸山美穂
電話番号		025-262-0432
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日

(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	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】
	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	
		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 回
	<input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	<input checked="" type="radio"/> 1 代替措置あり	(内容) 個別に連絡させていただき、 相談、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 :)	
	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> なし	
合致しない事項がある場合の内容	なし	
「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	なし	
不適合事項がある場合の内容	なし	

- 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)
 別紙1 (個人情報保護、利用料補足事項)
 別紙2 (署名捺印欄)

別添 1

事業主体が新潟県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	居宅介護訪問介護千草の舎	新潟市西区坂井砂山4-16-11
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		
<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		
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		
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)		個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担)		包含※2			備考
					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)		○	実費	
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)	○		特別メニューあり（行事時等）	
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)		○	¥2,400	
買い物代行	(なし)	あり	なし	(あり)	○		急を要する物、応相談	
役所手続き代行	(なし)	あり	なし	(あり)		○	月¥500	
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)	○		年1回	
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)		○	1km ¥40	
入退院時の同行	(なし)	あり	なし	(あり)	○		送迎・手続き・身の回りの用意等	
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、月額の利用者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。