

## 重要事項説明書

記入年月日	令和04年07月01日
記入者名	田中 勲
所属・職名	施設長

### 1. 事業主体概要

種類	個人／ <span style="border: 1px solid black;">法人</span>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	ソワンカブシキガシシャ ソワン株式会社	
主たる事務所の所在地	〒522-0022 滋賀県彦根市里根町 191 番地 1	
連絡先	電話番号	0749-26-5520
	FAX番号	0749-26-5521
	ホームページアドレス	<a href="http://soin-vie.co.jp">http://soin-vie.co.jp</a>
代表者	氏名	浅井 龍次
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 25 年 7 月 9 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	ジュウタクガタユウリョウロウジンホーム ハートフルヒルズヒコネ 住宅型有料老人ホーム ハートフルホーム彦根	
所在地	〒522-0009 滋賀県彦根市外町 101 番	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 彦根駅
	交通手段と所要時間	① JR 彦根駅より 徒歩 10 分  ② 自動車利用の場合 名神彦根インターより乗車 5 分

連絡先	電話番号	0749-26-5520
	FAX番号	0749-26-5521
	メールアドレス	hikone@soin-vie.co.jp
	ホームページアドレス	http://soin-vie.co.jp
管理者	氏名	田中 勲
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 17 年 12 月 15 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 27 年 07 月 01 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 または 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	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	687.58 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（普通賃借 ・ 定期賃借）	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり 平成 26 年 12 月 01～令和 16 年 11 月 30 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	263.34 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	263.34 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		
	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( <input type="checkbox"/> 普通賃借 ・ <input type="checkbox"/> 定期賃借 )				
		抵当権の設定	1 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	1 <input type="checkbox"/> あり 平成 26 年 12 月 01～令和 16 年 11 月 30 日 2 <input type="checkbox"/> なし			
		契約の自動更新	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input type="checkbox"/> 全室個室(縁故者居室を含む)				
		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/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	13.1 m <sup>2</sup>	9	介護居室個室
	タイプ 2	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
タイプ 3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input 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	3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	1ヶ所	個室 チェアー浴可能		1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	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし					
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					
エレベーター	1 <input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) 2 <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) 3 <input type="checkbox"/> あり (上記 1・2 に該当しない) 4 <input type="checkbox"/> なし					
消防用設備 等	消火器	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし				
	自動火災報知設備	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし				
	火災通報設備	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし				
	スプリンクラー	1 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
	防火管理者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし				
	防災計画	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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	どなたでも、いつでも、できる限りのサービスを必要に応じて受けられる高齢者福祉のワンストップ・サービスを目指して、心のこもった暖かい有料老人ホームを目指していきます。		
サービスの提供内容に関する特色	同上		
入浴、排せつまたは食事の介護	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
安否確認また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	1 救急車の手配 2 入退院の付き添い ---有料にて臨時対応可能※要相談 3 通院介助 ---有料にて臨時対応可能※要相談 4 その他( )		
協力医療機関	1	名称	医療法人玄一会 なかつか内科医院
		住所	彦根市川瀬馬場町 1082 番地 5
		診療科目	内科全般
		協力科目	訪問診療、健康診断、健康相談
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	

協力歯科医療機関	名称	
	住所	
	協力内容	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	入居契約書 第5章 契約の終了	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第29条
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊5,500円、食事介護費用は別途、最長3日迄) 2 なし	
入居定員	9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			
	22	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	0	0	0	
介護職員	21	0	21	
看護職員	0	0	0	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	0	0	0	
その他職員	0	0	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		
	22	常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	9	0	9
実務者研修の修了者	4	0	4
初任者研修の修了者	9	1	8
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
看護師または准看護師		
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		

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし								
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり								
	資格等の名称		ホームヘルパー2級								
			<input type="checkbox"/> 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	3	3	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	
応じた業務に従事した職員の人数 経験年数に	1年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
	3年未満										
	3年以上	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
	5年未満										
	5年以上	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0
	10年未満										
10年以上	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし							

(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)
看護職員及び、介護職員	0人	0人
夜勤見守り職員	1人	1人

## 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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr><td>1 全額前払い方式</td></tr> <tr><td>2 一部前払い・一部月払い方式</td></tr> <tr><td>3 月払い方式</td></tr> </table>		1 全額前払い方式	2 一部前払い・一部月払い方式
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	運営懇談会で報告		
	手続き	<p>事業者は、月払い利用料等、入居者が支払うべき費用の額を改定することがあります。改定にあたっては、事業者は入居者及び身元保証人（引受人）等へ事前に通知します。</p> <p>事業者は、前項の費用の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び、人件費等を勘案し運営懇談会にて報告をする。</p>		

### (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	要介護1	要介護5
	年齢	70歳	80歳
居室の状況	床面積	13.1 m <sup>2</sup>	13.1 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	0円	0円
	敷金	200,000円	200,000円



月額費用の合計		円	円	
家賃		35,000 円	35,000 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	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	45,000 円	45,000 円
		管理費	10,000 円	10,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	12,000 円	12,000 円
		受信料等	円	円
その他	円	円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 ※食費は消費税がかかります。</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	滋賀県住宅型有料老人ホーム・サ高住の平均的家賃から算出	
敷金	家賃の 5.7 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	滋賀県のマンション等の一般的な共益費相当額	
食費	実費及び、人件費から算出	
光熱水費	施設全体の水光熱費を入居者数で割った平均値を基準に算出	
受信料等		
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		
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	5人
	女性	3人
年齢別	65歳未満	2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	3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	0人
	要介護2	2人
	要介護3	2人
	要介護4	4人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	7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	78.5歳
入居者数の合計	8人
入居率※	89%
※ 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	1人
	医療機関	3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	4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) ※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	ハートフルヒルズ彦根 苦情管理 田中 勲		
電話番号	0749-26-5520		
対応している時間	平日	9:30~17:00	
	土曜	---	
	日曜・祝日	---	
定休日	土・日・祝日	8/13~8/16	12/30~1/5

**(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) 損保ジャパン日本興亜の賠償責任保険に加入。
	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) 有料サービスの提供に伴って事業者の明らかな重過失により生じた事故で、保険対象の範囲において利用者に対し賠償いたします。
	2 なし	
事故対応およ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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	実施日	運営懇談会時
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 概ね年 2 回				
	2 なし				
	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 代替措置なし</td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)	2 代替措置なし	
	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: ) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模および構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
合致しない事項がある場合の内容					
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input checked="" type="checkbox"/> 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	廊下幅が不適合				
不適合事項がある場合の内容	平屋建てということもあり、入居者様の移動には常駐スタッフが危険をとまなわないよう十分に配慮することが可能であり、車いすの交差も問題なし。そのため廊下有効幅に達していない点においては問題ないと考えられる。				

◎契約を前提として説明を受け、住宅型有料老人ホーム生活での施設対応内容を十分理解し確認いたしました。  
よってここに署名を致します。

説明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入居者

署名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 間柄 \_\_\_\_\_

有料老人ホーム

説明者 \_\_\_\_\_

添付書類：別添 1（別を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）

別添 1 事業主体が滋賀県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
-----------	----------	--------	-----

＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	ヘルパーステーションひまわり	同施設と同じ
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	レンタルサービス ひまわり	同施設と同じ
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	同上	同施設と同じ
＜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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービス ひまわり	同施設と同じ
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	ケアプランセンター ひまわり	同施設と同じ
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	レンタルサービス ひまわり	同施設と同じ
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	同上	同施設と同じ
＜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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	ヘルパーステーションひまわり	同施設と同じ
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		



## 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		備考	
介護サービス	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				
介護サービス							
食事介助			あり				0円
排泄介助・おむつ交換		なし					
おむつ代			あり				実費
入浴（一般浴）介助・清拭		なし					
特浴介助		なし					
身辺介助（移動・着替え等）		なし					
機能訓練		なし					
通院介助		なし					1回、5,000円（税別）施設が認めた場合のみ実施
生活サービス							
居室清掃		なし					
リネン交換		なし					
日常の洗濯		なし					
居室配膳・下膳			あり				各々、1回、100円（税別）
入居者の嗜好に応じた特別な食事		なし				別途負担	医療的食事形態は対応可能な場合がある。要相談
おやつ		なし					
理美容師による理美容サービス			あり				実費
買い物代行		なし					周辺の商業施設に限り 施設が認めた場合のみ
生活用品の立替			あり				生活用品立替一覧にて 実費精算とする
役所手続き代行		なし					基本身元保証人 ケアマネージャー対応
金銭・貯金管理		なし					
健康管理サービス							
定期健康診断			あり				希望により年2回、自己負担
健康相談			あり				0円
服薬支援			あり				0円
生活リズムの記録（排便・食事等）			あり				0円
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス		なし					
入退院時の同行		なし					已むを得ない場合 各1回 5000円（税別）
入院中の洗濯物交換・買い物		なし					
入院中の見舞い訪問		なし					

※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。