

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月9日
記入者名	見生 百世
所属・職名	管理者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ いりょうじむけんきゅうかい 有限会社 医療事務研究会	
主たる事務所の所在地	〒802-0001 小倉北区浅野三丁目8番1号 AIM ビル4階	
連絡先	電話番号	093-511-1430
	FAX番号	093-511-1439
	メールアドレス	@
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	星川 光明
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和48年6月25日	
主な実施事業	別添1	

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) せいかつしえんほ一むほんじょう	
所在地	〒807-0806	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 折尾 駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 西鉄バスで乗車20分、東中島停留所で下車、 徒歩3分 ②自動車利用の場合 乗車20分
連絡先	電話番号	093-602-8808

	F A X 番号	093-602-8838
	メールアドレス	Life_support@iryojimu.co.jp
	ホームページアドレス	http://iryojimu.co.jp
管理者	氏名	見生 百世
	職名	施設管理者
建物の竣工日		平成 15 年 3 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 18 年 3 月 1 日

(類型) 【表示事項】

<p>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)</p> <p>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)</p> <p>3 住宅型</p> <p>4 健康型</p>		
1 又は 2 に該当する 場合	介護保険事業者番号	4070703659
	指定した自治体名	福岡県 (市)
	事業所の指定日	平成 18 年 3 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	平成 30 年 3 月 1 日

3 建物概要

土地	敷地面積	874,81 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 (平成 15 年 3 月 1 日～令和 5 年 2 月 28 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	1.630.3 m ²
		うち、老人ホーム部分	1.630.3 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 (平成 15 年 3 月 1 日～令和 5 年 2 月 28 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	① 全室個室				
	【表示事項】	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	①有/無	有/①無	22.75 m ²	28	一般居室個室
	タイプ2	①有/無	①有/無	22.75 m ²	10	一般居室個室
	タイプ3	①有/無	①有/無	34.21 m ²	2	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	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」「介護居室相部屋」「一次介護室」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	3ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他()			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 (A)	①あり 2 なし				
	火災通報設備 (B)	①あり 2 なし				
	A, Bの連動	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	人間性を重視し、プライバシーの保護と選択の自由に努めます。各個人の生活を見つめ、個性的なケアを心がけます。
サービスの提供内容に関する特色	特定し悦サービス計画に元好き、利用者が当該施設に於いてその能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話をを行う。
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等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	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
	科学的介護推進体制加算	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
	看取り介護加算	1 あり ② なし
	認知症専門ケア加算	1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ ③ なし
	サービス提供体制強化加算	1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ ④ なし
	介護職員処遇改善加算	① 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ 4 加算Ⅳ 5 加算Ⅴ 6 なし
介護職員等特定処遇改善加算	1 加算Ⅰ ② 加算Ⅱ 3 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 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	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	3	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 <input checked="" type="radio"/> 3 その他 (一般居室移動)	
判断基準の内容		状態変化に伴う、より見守りの必要の有無	
手続きの内容		書面をもって	
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		<input type="radio"/>	
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	<input checked="" type="radio"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	2 なし

留意事項		
契約の解除の内容	契約書記載	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書記載
	解約予告期間	2ヶ月
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：） ②なし	
入居定員	40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 31	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	2	2		1
直接処遇職員	220	9	18	16.4
介護職員	19	4	16	13.4
看護職員	3	3		3
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				
調理員				
事務員	2		2	1
その他職員	3		3	1.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※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	13	3	10
実務者研修の修了者	6		6
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	1	1	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	3	3	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	1	1	
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
はり師	0	0	0
きゅう師	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 (17:00 時～ 10:00 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	2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)	3 : 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	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数			1	5	0	0	0	0	0	0
し業 た務 経に 験従 年事	1年未満	1	1	2						
	1年以上3年0	1	1	1						

未満											
3年以上5年未満				4				1			
5年以上10年未満	1		1	5	2					1	
10年以上			1								
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	
利用料金の支払方法 【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	物価変動に基づく
	手続き	運営懇談会で検討ご家族の承認を得て決定

(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	支援2	介護2
	年齢	83歳	92歳
居室の状況	床面積	22.75㎡	22.75㎡
	便所	①あり 2なし	①あり 2なし
	浴室	1あり ②なし	1あり ②なし
	台所	①あり 2なし	①あり 2なし
入居時点で必要な費用	一時金	100,000円	100,000円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		117,291円	127,231円
家賃		40,000円	40,000円
サ	特定施設入居者生活介護の費用※1	11,350円	21,913円

	介護保険外※2	食費	45,000 円	45,000 円
		管理費	22,000 円	22,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	使用分のみ	使用分のみ
		その他	0 円	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、本欄には記入しない）				

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	事業計画収支算出法による
一時金	退去時居室クリーニング及び修繕にかかる費用
介護費用	なし
管理費	共同設備の維持管理費及び水道代、洗濯（指定回数）にかかる費用
食費	1 日 1,500 円の 30 日佳さん
光熱水費	居室にメーターがあり、使用分のみ徴収
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	個別の介護用品等は別途実費負担

(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

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	介護度毎の 1 割～3 割負担
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	退去時の居室クリーニング及び修繕にかかる費用	
想定居住期間(償却年月数)	60 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	0.00%	
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	契約書に記載
	入居後 3 月を超えた契約終了	契約書に記載
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：有限会社 医療事務研究会）	

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	20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	25人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	6人
	要介護2	12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	1人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	16人
	5年以上10年未満	7人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	83歳
入居者数の合計	32人
入居率※	80%
※ 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	4人
	医療機関	3人
	死亡者	7人
	その他	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	5人
		(解約事由の例) 福祉施設への移動

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。

1	窓口の名称		生活支援ホーム本城
	電話番号		093-602-8808
	対応している時間	平日	9:00~18:00
		土曜	9:00~18:00
		日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし	
2	窓口の名称		北九州市八幡西区高齢者・障がい者相談コーナー
	電話番号		093-642-1441
	対応している時間	平日	8:30~17:00
		土曜	
		日曜・祝日	
定休日		土日・祝日	

(設置者の責めに帰すべき事由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) 対人対物 1名/1億
	2 なし	
設置者の責めに帰すべき事由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) 速やかに対応
	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
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)
	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	なし	
不適合事項がある場合 の内容		

添付書類 別添1 (事業主体が北九州市内で実施する他の介護サービス)

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)

様

説明年月日 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。

※説明を受けた者の署名

介護サービスの種類		設置の状況		事業所の名称	所在地
【居宅サービス】					
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	ヘルパーステーションホット	小倉北区浅野 3-8-1-AIM4F
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
訪問看護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
通所介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
【地域密着型サービス】					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	ヘルパーステーションホット	小倉北区浅野 3-8-1-AIM4F
【居宅介護予防サービス】					
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
【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	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護予防支援	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
【介護保険施設】					
介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
介護医療院	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
【介護予防・日常生活総合事業】					
訪問型サービス	<input type="checkbox"/>	なし	併設・隣接		
通所型サービス	<input type="checkbox"/>	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		
--	--------------	----	----	-------	--	--

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		備考 (都度の料金の説明など)	
							料金※3		
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり					
排せつ介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					
おむつ代			なし	あり		○	1500	本人希望の種類によって増減あり	
入浴（一般良く）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		○	2000	協力医以外全額負担	
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		○	540	指定回数を超えての選択	
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		○	150	種類によって増減あり	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	1700	カットのみ、顔そり等別途料金	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	2000	近隣スーパー、薬局等	
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	なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○		年1回誕生日 実費負担	
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									
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	2000	入退院時の付き添い同行	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	2000	1時間	
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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。