

## 重要事項説明書

記入年月日	R5.7.24
記入者名	前田紗千絵
所属・職名	事務員

※ 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 はうすりふおーむ 有限会社 ハウスリフォーム	
主たる事務所の所在地	〒807-0879 福岡県北九州市浅川町1番21号	
連絡先	電話番号	093-695-4407
	FAX番号	093-695-4408
	メールアドレス	happy20130501@yahoo.co.jp
	ホームページアドレス	なし
代表者	氏名	川崎 一彦
	職名	代表取締役
設立年月日	平成25年 5月 1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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく はっぴーはうすたかす サービス付き高齢者向け住宅ハッピーハウス高須	
所在地	〒808-0146 福岡県北九州市若松区高須西二丁目1番1号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	電車：鹿児島本線折尾駅から 北九州市営バスで16分 高須公営住宅前にて降車後、徒歩10分
連絡先	電話番号	093-742-8181

	F A X 番号	093-742-8182
	メールアドレス	happy20130501@yahoo.co.jp
	ホームページアドレス	なし
管理者	氏名	川崎 一彦
	職名	代表取締役
建物の竣工日		平成 25 年 4 月 30 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 25 年 5 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	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	648.71 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	704.7 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	601.19 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			
抵当権の設定		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	① 全室個室	
		2 相部屋あり	

項】	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/無	有/無	18.83 m <sup>2</sup>	15	一般居室個室
タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ10	有/無	有/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」「一次介護室」の別を記入。					
共用施設	共用便所における便房	2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	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	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



		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 ③ その他 (一般居室へ移る場合 )	
判断基準の内容	介護度が重症化した場合等	
手続きの内容	荷物の移動のみ	
追加的費用の有無	1 あり ②なし	
居室利用権の取扱い	なし	
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 なし
	要支援の者	①あり 2 なし
	要介護の者	①あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容		
事業主体から解約を求める場 合	解約条項	賃料支払い義務に違反した場合、禁止行 為を行った場合等
	解約予告期間	0ヶ月(再三注意を行った後)
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	16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	0	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員				
介護職員	10	1	9	
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	5	1	4	
事務員	1	1	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		
	常勤	非常勤	
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	2	0	2
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	1	0	1
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
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時30分～ 8時30分)		
	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	社会福祉主事・ホームヘルパー2級							
		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	2	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
職業業務に従事した経験年数に応じた 職員の人数	1年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0
	5年以上10	0	0	1	3	0	0	0	0	0

	年未満										
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	
	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	要介護3	要介護5	
	年齢	93歳	86歳	
居室の状況	床面積	18.83㎡	18.83㎡	
	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	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		148,228円	172,346円	
家賃		50,000円	50,000円	
サービス	特定施設入居者生活介護の費用※1	0円	0円	
	介護保険外※2	食費	48,000円	48,000円
		管理費	28,000円	28,000円
		介護費用	0円	10,000円
		光熱水費	5,464円	5,038円
その他	16,764円	31,308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	近郊のマンション家賃等を参考にした。
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない 1日500円、月/上限10,000円で定めている。
管理費	近隣の施設等を参考にした。
食費	人件費・材料費を考慮して定めている。
光熱水費	実費負担
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	生活支援サービスは、1日100円計算で定めている。 実費サービスは、ガソリン代等を考慮して定めている。

(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	
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	3人
	女性	12人
年齢別	65歳未満	0人

	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	12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	3人
	要介護2	1人
	要介護3	7人
	要介護4	2人
入居期間別	要介護5	2人
	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	3人
	5年以上10年未満	6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	88歳
入居者数の合計	15人
入居率※	93%
※ 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	0人
	医療機関	3人
	死亡者	3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) ※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		ハッピーハウス高須事務室
	電話番号		093-742-8181
	対応している時間	平日	8:30~17:30
		土曜	8:30~17:30
		日曜・祝日	日曜日休み・祝日対応

	定休日	日曜日・年末年始	
2	窓口の名称	ハッピーハウス浅川事務所	
	電話番号	093-695-4407	
	対応している時間	平日	8:30~17:30
		土曜	8:30~17:30
		日曜・祝日	日曜日休み・祝日対応
定休日	日曜日・年末年始		

(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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	(その内容)
	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	(その内容) 各事業所の重要事項説明書に記載
	<input type="radio"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="radio"/> 1 あり	<input checked="" type="radio"/> 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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	実施日	R5.1 (年1回実施)
		結果の開示	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	<input type="radio"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="radio"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし
	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない

## 10 その他

運営懇談会	<input type="radio"/> 1 あり	(開催頻度) 年 回
	<input checked="" type="radio"/> 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	
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)

〈入居者〉 \_\_\_\_\_ 印

〈重要事項確認者〉 \_\_\_\_\_ 印

〈連帯保証人〉 \_\_\_\_\_ 印

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	
<b>【居宅サービス】</b>					
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	ヘルパーステーション ンハッピーハウス	北九州市浅川町1番21号
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
<b>【地域密着型サービス】</b>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	①でいさびせん たーはっぴーはうす 高須 ②でいさびせん たーはっぴーはうす	①併設 ②北九州市浅川町1番21号
認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	ケアプランセンター ハッピーハウス	北九州市浅川町1番21号
<b>【居宅介護予防サービス】</b>					
介護予防訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
<b>【地域密着型介護予防サービス】</b>					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	①でいさびせん たーはっぴーはうす 高須 ②でいさびせん たーはっぴーはうす	①併設 ②③北九州市浅川町1番21号

				③ケアプランセンター ーハッピーハウス	
<b>【介護保険施設】</b>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<b>【介護予防・日常生活総合事業】</b>					
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 ンハッピーハウス	北九州市浅川町1番21号
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	①でいさびすせん たーはっぴーはうす 高須 ②でいさびすせん たーはっぴーはうす	①併設 ②北九州市浅川町1番21号
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）			備考 (都度の料金の説明など)	
			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		
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		市内
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		体調不良等特別な場合のみ
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		2カ月に1回理容師を呼ぶ
買い物代行	なし	あり	なし	あり		市内
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		※回数（年〇回など）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		排便状態について家族が希望する場合に限り表作成。睡眠については記載無し。
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		市内
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。