

## 重要事項説明書

記入年月日	2022年10月1日
記入者名	林 良
所属・職名	太陽のプリズム藤江・施設長

※ 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	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃさんうえるず 株式会社サンウェルズ	
主たる事務所の所在地	〒920-0067 石川県金沢市二宮町15番地13号	
連絡先	電話番号	(076) 272-8982
	FAX番号	(076) 272-8986
	ホームページアドレス	http://www.sunwels.jp
代表者	氏名	苗代 亮達
	職名	代表取締役
設立年月日	平成23年 4月 1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たいようのぷりずむふじえ 住宅型有料老人ホーム太陽のプリズム藤江	
所在地	〒920-0346 石川県金沢市藤江南1丁目103番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・北陸鉄道 北町停留所より徒歩1分 ②自動車利用の場合 ・金沢駅より 乗車10分
連絡先	電話番号	(076) 256-5420

	FAX番号	(076) 256-5421
	ホームページアドレス	http:// www.sunwels.jp
管理者	氏名	林 良
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 26年 2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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 0 2 5 . 5 3 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (H25年11月1日～H45年10月31日) 2 なし	
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	1, 4 7 8 . 5 2 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1, 4 7 8 . 5 2 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他（ ）	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり ( H25 年 11 月 1 日～H45 年 10 月 31 日) <input type="checkbox"/> なし			
		契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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/無	有/無	13.05 m <sup>2</sup>	41	一般居室個室
	タイプ 2	有/無	有/無	13.50 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ 3	有/無	有/無	15.75 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	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>			
※「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	15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		13ヶ所	
	共用浴室	3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	2ヶ所	チェアー浴		1ヶ所	
			リフト浴		0ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他 (                    )		0ヶ所	
食堂	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり <input type="checkbox"/> なし					
エレベーター	<input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<p>入居者が快適で心身共に充実した生活を営めること及び良好な生活環境を永続的に確保する。</p> <p>① 入居者の皆様を尊重し、尊敬します。</p> <p>② 好感を与え快適な日々をお約束します。</p> <p>③ 安全で安心感のある毎日をお届けします。</p> <p>④ 信用と信頼を大切にします。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>居室において、加齢・傷病等により日常生活上の補助が必要となった場合は食事介助（配下膳含む）家事介助（洗濯・清掃等）、入浴・洗髪介助、歩行介助、排泄介助、その他身の回りの介助など必要な介護を行います。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託    3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 野々市よこみやクリニック
		住所	野々市市郷1丁目131番地
		診療科目	訪問診療（全科）
		協力内容	日常の診察、往診診療、緊急医療対応、他の専門医療機関の紹介、健康相談
	2	名称	池田クリニック
		住所	金沢市畝田東3丁目535番地
		診療科目	訪問診療（全科）
		協力内容	日常の診察、往診診療、緊急医療対応、他の専門医

			療機関の紹介、健康相談
協力歯科医療機関	名称	中嶋歯科医院	
	住所	金沢市東山3丁目5-10	
	協力内容	訪問歯科・往診等	

(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="checkbox"/> 3 その他 (全室介護居室であるため、原則として住み替えはありません。ただし、入居者の身体の状況により介護を合理的に実施することを目的に住み替えを勧める場合がございます。)	
判断基準の内容	入居契約書第12条3項に基づき、入居者の状態に応じて対応する	
手続きの内容	入居契約書第12条4項5項に基づき、書面にて行う	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり
	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	入居契約書によります。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第33条
	解約予告期間	14日以上
入居者からの解約予告期間	14日以上前	
体験入居の内容	1 あり (内容: ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	44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		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	25	21	4	
介護職員	20	19	1	
看護職員	5	3	2	
機能訓練指導員	3	2	1	
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2	1	1	
その他職員	1		1	
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	7	7	
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	9	9	
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	5	3	2
理学療法士	1	1	

作業療法士	2	1	1
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 ( 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	2人	2人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> あり    2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり							
	資格等の名称		介護福祉士							
	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	2		4							
前年度1年間の退職者数			1	3						
職員 の 人 数 業 務 に 従 事 し た 経 験 年 数 に 応 じ た	1年未満	1		1						
	1年以上	1		4						
	3年未満									
	3年以上		1	7						
	5年未満									
	5年以上	1	1	7	1			2	1	
10年未満										
10年以上										
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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	1 全額前払い方式

【表示事項】		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	施設が所在する自治体の発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定する。	
	手続き	変更合意書による	

(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	歳	歳	
居室の状況	床面積	13.05 m <sup>2</sup>	13.50 m <sup>2</sup>	
	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	円	円	
	敷金	100,000円	100,000円	
月額費用の合計		127,040円	116,240円	
家賃		32,000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	円	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	厨房管理費	32,400円	32,400円
		食費	21,600円	21,600円
		生活支援費	30,240円	19,440円
		光熱水費	10,800円	10,800円
その他		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	施設利用費
敷金	家賃のおよそ3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。
生活支援費	共用部において、介護保険を利用しない介護サービス（見守り、移動介助、排



	泄介助、食事介助、生活支援など)に係る費用
厨房管理費	厨房に係る維持管理費・人件費
食費	材料費、調理・事務に係る人件費。 ※食事のキャンセルは1食ごとに可能です。キャンセルは3日前の17:00までに所定の書式にてお申し出ください。それ以降のキャンセルは実費負担となりますのでご注意ください。欠食分の減額の計算方法は下記の通りです。 【計算方法】 食費月額(21,600円)－欠食単価(朝食129円、昼食259円、夕食259円)
光熱水費	居室と共用部の水道光熱費
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	
その他必要な料金	

## 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	13人
	女性	24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	10人
	85歳以上	15人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	2人
	要介護2	7人
	要介護3	9人
	要介護4	13人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	9人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	20人
	5年以上10年未満	3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	80歳
入居者数の合計	37人
入居率*	84%
※ 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	2人
	社会福祉施設	人
	医療機関	5人

	死亡者	10人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	5人
		(解約事由の例) 入院退去

## 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	太陽のプリズム藤江	
電話番号	(076) 256-5420	
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	年中無休 365日営業	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 超ビジネス保険 (事業活動包括保険) 加入
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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"/> 1 あり	実施日	2021年9月15日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり		

## 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"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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「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		
「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)

※ \_\_\_\_\_ 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。

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	サンウェルス <sup>®</sup> 金沢訪問介護ステーション他6ヶ所	金沢市戸板1丁目92番地
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	サンウェルス <sup>®</sup> 金沢訪問看護ステーション他4ヶ所	金沢市戸板1丁目92番地
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	太陽のリゾート白山他4ヶ所	白山市北安田西2-6
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	アイテム金沢他1ヶ所	金沢市米泉町2-76-1
特定福祉用具販売	あり	なし	アイテム金沢	金沢市米泉町2-76-1
<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	太陽のひだまり徳光	白山市徳光町2665番17
地域密着型通所介護	あり	なし	太陽のひだまり木津	白山市木津町1845番地
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	太陽のプリズム徳光他1ヶ所	白山市徳光町2665番17
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	サンウェルス <sup>®</sup> 金沢居宅介護支援事業所他1ヶ所	金沢市戸板1丁目93番地
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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	サンウェルス <sup>®</sup> 金沢訪問看護ステーション他1ヶ所	金沢市戸板1丁目92番地
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	アイテム金沢他1ヶ所	金沢市米泉町2-76-1
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	アイテム金沢	金沢市米泉町2-76-1
<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	太陽のひだまり徳光	白山市徳光町2665番17
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	太陽のプリズム徳光他1ヶ所	白山市徳光町2665番17
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		
介護医療院	あり	なし		

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	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			個別	物品代金による（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	○			
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				提携業者へ委託（別途メニュー表による）
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。