

重要事項説明書

記入年月日	2023年7月1日
記入者名	北村 剛章
所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ゆうげんが いしや どりーむ 有限会社 ドリー夢	
主たる事務所の所在地	〒285-0837 千葉県佐倉市王子台 3-15-15	
連絡先	電話番号	043-460-5630
	FAX 番号	043-460-5631
	ホームページアドレス	http://www.shalom-kikoe.jp/
代表者	氏名	北村 剛章
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成7年6月2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)しゃろーむきこえおうじだい シャロームきこえ王子台	
所在地	〒285-0837 千葉県佐倉市王子台 3-15-15	
主な利用交通手段	最寄駅	京成臼井駅
	交通手段と所要時間	例:①電車バス利用の場合 ・京成臼井駅下車 徒歩 5分(500m) ②自動車利用の場合 ・東関東自動車道 四街道インターから乗車1 5分
連絡先	電話番号	043-489-3277
	FAX 番号	043-489-3045
	ホームページアドレス	http://www.shalom-kikoe.jp/
管理者	氏名	北村 剛章
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 25 年 8 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 25 年 8 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	
	指定の更新日(直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積	513.30㎡				
	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	101.62㎡			
		うち、老人ホーム部分	101.62㎡			
	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/無	有/無	27.45㎡	9	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	25.54㎡	1	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
	タイプ6	有/無	有/無	㎡		
タイプ7	有/無	有/無	㎡			
タイプ8	有/無	有/無	㎡			
タイプ9	有/無	有/無	㎡			
タイプ10	有/無	有/無	㎡			
※「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	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	0ヶ所	個室	0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	1 あり	2 なし	
	火災通報設備	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	「尊厳」「自立」「社会参加」を基本理念として、介護を必要とする利用者の尊厳を守り、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営み、又地域との交流を図り、社会とのつながりが継続出来るよう支援する。
サービスの提供内容に関する特色	
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	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	
	医療機関連携加算	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		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 凜風会 白銀クリニック
		住所	佐倉市白銀3-3-2
		診療科目	内科、心療内科
		協力内容	急患時の往診、等(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		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 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	<p>●入居者の資格／次の①又は②に該当する方</p> <p>①単身高齢者世帯</p> <p>②高齢者＋同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護・要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事等が認める者)(「高齢者」とは、60歳以上の者または要介護・要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)</p>	
契約の解除の内容	<p>1. 入居者が逝去した場合</p> <p>2. 入居者から契約解除が行われた場合</p> <p>3. 事業者から契約解除が行われた場合</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>(入居契約書より)(甲:ドリー夢 乙:入居者)</p> <p>(契約の解除)</p> <p>第11条 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第4条第1項に規定する賃料支払義務</p> <p>二 第5条第2項に規定する共益費支払義務</p> <p>三 第7条第3項に規定する状況把握・生活相談サービス料金支払義務</p> <p>四 前条第1項後段に規定する費用負担義務</p> <p>2 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されずに当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務</p> <p>二 第9条各項に規定する義務(同条第3項に規定する義務のうち、別表第1第六号から第八号までに掲げる行為に係るものを除く。)</p> <p>三 その他本契約書に規定する乙の義務</p> <p>3 甲は、乙が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。</p> <p>4 甲又は乙の一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第8条各号の確約に反する事実が判明した場合</p> <p>二 契約締結後に自ら又は自らの役員が反社会的勢力に該当することとなった場合</p> <p>5 甲は、乙が別表第1第六号から第八号までに掲げる行為を行った場合には、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p>
	解約予告期間	ケ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<p>1 あり</p> <p>費用 1泊2日 15,000円</p> <p>その他の費用 おむつ代などの費用が発生した場合はその費用</p> <p>期間 3泊4日を限度とする</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	20人	
その他	いずれも60歳以上	

* 要介護・要支援認定を受けている60歳未満の者も含む。

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	15	0	15	
直接処遇職員	0	0	0	
介護職員	0	0	0	
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	1	0	1	
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	0	0	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	0	0	0
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			
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			

応じた職員 の人数											
	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
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	管理費・食材料費・水光熱費の改定を消費者物価指数に併せて、毎年1回、事業者の定める時期に行います
	手続き	管理費・食材料費・水光熱費の改定を消費者物価指数に併せて、毎年1回、事業者の定める時期に行います

(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	介護1	介護2
	年齢	87歳	87歳
居室の状況	床面積	25.54㎡	27.45㎡
	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	0円
	敷金	285,000円 ※非課税	285,000円 ※非課税
月額費用の合計		227,208円 (うち消費税4,608円)	243,708円 (うち消費税6108円)
家賃		95,000円 ※非課税	95,000円 ※非課税
サ ー	状況把握・生活相談	40,000円 (うち消費税3,636円)	40,000円 (うち消費税3,636円)

ビ ス 費 用	介 護 保 険 外 ※ 2	食費	62,208 円 (うち消費税 4,608 円)	62,208 円 (うち消費税 4,608 円)
		共益費	30,000 円 ※非課税	30,000 円 ※非課税
		光熱水費	実費	実費
		新聞雑誌等の購読料	実費	実費
		その他(あんしんパック*)	0 円	16,500 円 (うち消費税 1,500 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	設備備品費、平米数、及び近隣の相場にあわせて、1室あたりの家賃を算出した。消費税の非課税対象です。
敷金	家賃の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。消費税の非課税対象です。
共益費	30,000 円。共用施設をはじめとするホームを維持・管理するための費用、及びケアスタッフ以外の職員の人件費等を含む。消費税の非課税対象です。
食費	57,600 円(税抜)。食材料費、調理職員人件費、厨房を維持・管理するための費用。消費税の課税対象です。
光熱水費	実費。電気代、ガス代、水道代はメーターによる実費を各業者に直接お支払いいただきます。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 消費税の課税対象です。
その他のサービス利用料	

(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	
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)	月
償却の開始日	
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)	
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	6人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	1人
	85歳以上	8人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	1人
	要介護1	1人
	要介護2	3人
	要介護3	2人
	要介護4	1人
入居期間別	要介護5	1人
	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	2人
	5年以上10年未満	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	88.8歳
入居者数の合計	9人
入居率*	90%
※ 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	人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	人
	死亡者	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	2人
	(解約事由の例) 介護が必要となった為、有料老人ホーム又は医療機関へ移行。	

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	シャロームきこえ王子台 苦情窓口	
電話番号	043-489-3277	
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	9:00～17:00
	日曜・祝日	祝日のみ 9:00～17:00
定休日	日曜日	
窓口の名称	佐倉市役所 高齢者福祉課	
電話番号	043-484-6243	
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜日	—
	日曜日・祝日	—
閉庁日・休館日	土曜日・日曜日、祝日、12月29日～1月3日	
窓口の名称	千葉県健康福祉部高齢者福祉課	
電話番号	043-221-3020	
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	祝祭日及び年末年始	

(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保 介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入
	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	あいおいニッセイ同和損保 介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入
	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 1回以上
	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:有料老人ホームシャロームきこえ染井野)	
	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(平成 年 月 日届出)	
	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(平成 25年 8月 1日登録)	
	2 なし	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「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		
「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	
千葉県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)

入居者

_____様

身元引受人

利用者との関係

※_____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
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし	ヘルプサービス きこえ	佐倉市王子台 3-15-15
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	ショートステイきこえ え染井野	佐倉市染井野 4-5-4
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	きこえのて	佐倉市王子台 3-15-15
特定福祉用具販売	あり	なし	きこえのて	佐倉市王子台 3-15-15
＜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	デイサービスきこえ え染井野 (認知症対応型)	佐倉市染井野 4-5-4
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	グループホーム シャロームきこえ	佐倉市染井野 4-5-4
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	シャロームきこえ え染井野	佐倉市染井野 4-5-4
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	在宅介護相談所きこえ	佐倉市王子台 3-15-15
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルプサービス きこえ	佐倉市王子台 3-15-15
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		
介護予防通所介護	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	ショートステイきこえ え染井野	佐倉市染井野 4-5-4
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	きこえのて	佐倉市王子台 3-15-15
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	きこえのて	佐倉市王子台 3-15-15
＜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	デイサービスきこえ え染井野 (認知症対応型)	佐倉市染井野 4-5-4
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	グループホーム シャロームきこえ	佐倉市染井野 4-5-4
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		

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})	個別の利用料で、実施するサービス	(利用者が全額負担) 包含 ^{*2}			料金 ^{*3}	備考
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり	あり		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	あり		
おむつ代			なし	あり	あり		
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	あり		
特浴介助	なし	あり	なし	あり	あり		
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	あり		
機能訓練	なし	あり	なし	あり	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり	あり		
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	あり		
リネン交換	なし	あり	なし	あり	あり		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	あり		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	あり		
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	あり		
おやつ			なし	あり	あり		
理美容師による理美容サービス			なし	あり	あり		
買い物代行	なし	あり	なし	あり	あり		
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	あり		
金銭・貯金管理			なし	あり	あり		
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり	あり		
健康相談	なし	あり	なし	あり	あり		
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	あり		
服薬支援	なし	あり	なし	あり	あり		
生活リズムの記録(排	なし	あり	なし	あり	あり		

	(便・睡眠等)						
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		
	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。