

(住宅型用)

重要事項説明書

記入年月日	年 月 日
記入者名	
所属・職名	

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	個人 : 法人
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) じやかういふくしほうじん なんとうかい 社会福祉法人 南島会	
主たる事務所の所在地	〒 901-1303 沖縄県島尻郡与那原町字与那原3782-1	
連絡先	電話番号	098-946-5138
	FAX番号	098-945-3010
	ホームページアドレス	http://nantoukai.com
	メールアドレス	nantoukai@nantoukai.com
代表者	氏名	平良 裕一
	職名	理事長
設立年月日	昭和 63年 2月 9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 なかくすくひのでえん 住宅型有料老人ホーム なかくすくひの出園	
所在地	〒 901-2403 沖縄県中頭郡中城村字伊舎堂362番地	
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 ・東洋バス泡瀬東線で伊舎堂バス停下 車徒歩約4分 ・中城村コミュニティバス 泊停留所下車 徒歩2分 ②モノレール利用の場合 ・首里駅よりタクシーで約22分(高速使用時)
連絡先	電話番号	098-895-2633
	FAX番号	098-971-1569
	ホームページアドレス	http://nantoukai.com
	メールアドレス	nakagusukuhinoden@nantoukai.com
管理者	氏名	中村文乃
	職名	施設長
建物の竣工日		令和 2 年 10 月 27 日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 2 年 11 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		沖縄		県(市)
	事業所の指定日		令和	年	月 日
	指定の更新日(直近)		令和	年	月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,455.88		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	(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	1629.09	m ²		
		うち、有料老人ホーム部分	850.68	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	(2020年 4月 1日 ~ 2050年 3月 31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 (うち親族使用可能部屋 0 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	14.42m ²	6	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	14.68m ²	4	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	14.88m ²	16	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		
タイプ11	有/無	有/無	m ²			
タイプ12	有/無	有/無	m ²			
タイプ13	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 便所	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便所 うち車椅子等の対応が可能な便所	6ヶ所 4ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室 大浴場	1ヶ所 ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェア一席	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー席	1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	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	①ご利用者様の入居・尊厳を大切にし、その人らしい日常生活を支援します。 ②地域の方々へ愛される施設作りを目指し、地域や家族との繋がりを大切にします。 ③職員各自が目標を持ち、常に初心を忘れずスキルアップを図り、他部署との連携を大切にし業務を遂行していきます。
サービスの提供内容に関する特色	○利用者及びご家族の要望に即したサービスの提供を行います。 ○コミュニケーションを大切にし、より信頼関係が深まるように致します。
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 (清掃は自ら実施、洗濯は業者委託)
健康管理の供与	1 自ら実施 ② 委託 3 なし (居宅療養管理指導(薬剤管理))
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

(医療連携の内容)

医療支援	① 救急車の手配 ※複数選択可 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	北中城若松病院
		住所	北中城村
		診療科目	内科・外科・消化器内科・消化器外科・皮膚科・泌尿器科・ 肛門外科・腎臓内科
	協力内容	入居者の健康相談・治療・その他医療全般	
	2	名称	ハートライフ病院
		住所	中城村
診療科目		内科・外科・消化器内科・消化器外科・皮膚科・泌尿器科・ 肛門外科・腎臓内科	
協力内容	入居者の健康相談・治療・その他医療全般		
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(空室が出た場合や他の入居者と調整できた場合)	
判断基準の内容	①事業者より居室変更を求める場合があります。 ②入居者及びご家族、身元引受人の希望による居室変更の場合、条件のゆるす範囲で事業者が同意する場合に居室を変更する事ができます。但し空室や他居室入居者(ご家族及び身元引受人)の同意があった場合。	
手続きの内容	①本人及びご家族、身元引受人の同意 ②入居者からの申し出の場合は、事業所側の同意	
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	喫煙吸引等医療行為の必要者入居不可	
契約の解除の内容	入居契約書の通り	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者契約書 第18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	1 あり (内容: 日数日割り) 2 なし	
入居定員	26人	
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談	

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	非常勤	
管理者	1	0	0.5
生活相談員	0	0	0
直接処遇職員	13	3	6.6
介護職員	13	3	6.6
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	0.5
その他職員	0	0	0
従業員1人あたりの利用者数 (利用者数/職員数(実人数)合計)			△
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ※2			40 時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の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
介護福祉士	6	0
実務者研修の修了者	1	0
初任者研修の修了者	0	0
介護支援専門員	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	1	0
理学療法士	1	0
作業療法士	0	0
言語聴覚士	0	0
柔道整復士	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0
はり師	0	0
きゅう師	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

	夜勤帯の設定時間(16時30分～9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	2 人

(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		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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
年業 数倍 に 店 に 従 事 し た 職 員 経 験 の 数	1年未満	0	0	3	9	0	0	0	0	0
	1年以上									
	3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上									
	5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上									
	10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
従業員への健康診断の実施状況		① あり 2 なし								
従業員に対する教育訓練等、資質向上に向けた取組の実施状況		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	① 利用権方式	
【表示事項】	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	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(入院時のみ減額) 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	物件、人件費上昇により、2年に1回改定する場合があります。
	手続き	運営懇談会にて意見を伺う。

(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	要支援・要介護1～5	※夫婦部屋	
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	14.42～14.88 m ²	m ²	
	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	円	
	敷金	0 円	円	
月額費用の合計		120,676 円	円	
家賃		50,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護(※1)の費用	0 円	円	
	介護保険外 (※2)	食費	26,676 円	円
		管理費	44,000 円	円
		介護費用	※実費費用	円
		光熱水費	※管理費に含む	円
		その他	※実費費用	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)

費目	算定根拠
家賃	建物の賃借料、設備備品費を基礎に算出
敷金	家賃の0 円
介護費用	介護職員2名配置
管理費	人件費、事務費、共用部分の維持管理費、設備の維持・メンテナンス費用、光熱水費等
食費	1日3食の提供費用。※介護保険通所系サービス利用日は1日2食(朝夕のみ)
光熱水費	管理費に含む
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	別表

(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)

(令和2年11月6日時点)

性別	男性	6	人
	女性	7	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	6	人
	85歳以上	0	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	5	人
	要介護2	5	人
	要介護3	2	人
	要介護4	0	人
	要介護5	1	人
入居期間別	6ヶ月未満	0	人
	6ヶ月以上1年未満	0	人
	1年以上5年未満	0	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	85	歳
入居者数の合計	13	人
入居率 (※)	50	%

(※) 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	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	人
		(解約事由の例) 入居契約第22条、第23条、第33条の条項による
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例) 入居契約第24条による

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	住宅型有料老人ホームなかぐすく日の出園苦情相談窓口	
電話番号	098-895-2633	
対応している時間	平日	8:30～17:30
	土曜	8:30～17:30
	日曜・祝日	
定休日	特になし	

(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="radio"/> 1 あり	(その内容) 入居者に対するサービスの提供にあたって、事故が発生し、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償する。
	<input type="radio"/> 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="radio"/> 1 あり	(その内容) 介護事故防止委員会規程、介護安全管理ガイドラインに基づく
	<input type="radio"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	実施日	
利用者の意見等を把握する取組の状況	<input type="radio"/> 2 なし	結果の開示	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (郵送及び掲示) <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	
	<input checked="" type="radio"/> 2 なし	結果の開示	<input type="radio"/> 1 あり <input 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 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
事業収支計画書	<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
財務諸表の要旨	<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
財務諸表の原本	<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

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (開催頻度)年 1回 <input type="radio"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容) <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="radio"/> 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 type="radio"/> 1 届出あり <input type="radio"/> 2 届出なし <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 登録あり <input checked="" type="radio"/> 2 登録なし
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	<input type="radio"/> 1 不適合事項あり <input checked="" type="radio"/> 2 不適合事項なし
合致しない事項がある場合の内容	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない (□全室・□居室の一部) <input type="checkbox"/> 一般居室が 1 人当たり床面積が 10.65㎡未満 (□全室・□居室の一部) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (□スプリンクラー全室□自動火災報知設備□火災通報装置) <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
6.既存建築物等の活用の場合等の特例への適合性	<input type="radio"/> 1 適合している(代替措置を実施) <input type="radio"/> 2 適合している(将来の改善計画を策定している) <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 指導事項あり(過去 1 年以内に改善) <input type="radio"/> 2 指導事項あり(未改善のまま、指導から 1 年経過) <input checked="" type="radio"/> 3 指導事項なし <input type="radio"/> 2 指導事項あり(未改善のまま、指導から 1 年経過)
1又は2の場合、不適合事項の内容	

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 令和 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

(1)事業主体が、沖縄県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	与那原町の介護 サービスセンター	与那原町字与那原3782-1
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	与那原町の介護 サービスセンター	与那原町字与那原3782-1
			はなびの日の介護 サービスセンター	南風原町字新川501番地
			なかてすていの介護 サービスセンター	中城村字伊舎堂362
			おしろいの介護 サービスセンター	那覇市安謝2-31-15
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	介護老人福祉施設 与那原町の介護	与那原町字与那原3782-1
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		
特定福祉用具販売	あり	なし		
< 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		
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		
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		
地域密着型通所介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	与那原町の介護 サービスセンター	与那原町字与那原3782-1
			はなびの日の介護 サービスセンター	南風原町字新川501番地
			なかてすていの介護 サービスセンター	中城村字伊舎堂362
< 居宅介護予防サービス >				
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	介護老人福祉施設 与那原町の介護	与那原町字与那原3782-1
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		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
< 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		
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		
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	介護老人福祉施設 与那原町の介護	与那原町字与那原3782-1
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設				
介護医療院	あり	なし		

(2)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	与那原町の介護予防サービスセンター 与那原町字与那原3782-1
通所型サービス	あり	なし	与那原町の介護予防サービスセンター 与那原町字与那原3782-1
			はなはな日の介護予防サービスセンター 南風原町字新川501番地
			なかてすくすくの介護予防サービスセンター 中城村字伊舎堂362
			おんちの日の介護予防サービスセンター 那覇市安謝2-31-15
その他の生活支援サービス	あり	なし	与那原町の介護予防サービスセンター 与那原町字与那原3782-1

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

別添2

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	個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)		包含率2	程度率2	料率	備考
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担率1)	包含率2				
介護サービス						
食事介助	あり	なし	○			
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	○			
おむつ代	あり	なし	○			使用するオムツにより料金が異なる(実費)
入浴(一般浴)介助・清拭	あり	なし	○			
沐浴介助	あり	なし	○			
身辺介助(移動・着替え等)	あり	なし	○			
機能訓練	あり	なし	○			
通院介助	あり	なし	○			
生活サービス						
居室清掃	あり	なし	○			
リネン交換	あり	なし	○		2,200/月	業者委託月額料金(税別)
日當の洗濯	あり	なし	○		3,500/月	業者委託月額料金(税別)
居室配膳・下請	あり	なし	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	○			特別食については要相談自己負担生じる場合あり
おやつ	あり	なし	○			
理美容師による理美容サービス	あり	なし	○		1,000/回	業者委託料金(税別)
買い物代行	あり	なし	○			
役所手続き代行	あり	なし	○			
金銭・貯金管理	あり	なし	○			
健康管理サービス						
定期健康診断	あり	なし	○			業者紹介
健康相談	あり	なし	○			
生活指導・栄養指導	あり	なし	○			
服薬支援	あり	なし	○			
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	あり	なし	○			個別型合費 居室監護管理指導(基幹管理)月2回
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし	○			業者紹介
入退院時の同行	あり	なし	○			
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	○			
入院中の見舞い訪問	あり	なし	○			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(別添又は2階の利用者負担)。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に含まれる場合と、サービスの利用の都度払いによる場合に分けて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都支払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。