

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	令和6年6月1日
記入者名	木村 美穂
所属・職名	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	個人 / <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) ふくのたねかぶしがいしゃ 福の種株式会社	
主たる事務所の所在地	〒781-5108 高知市潮見台一丁目2603番地	
連絡先	電話番号	080-3163-5737
	FAX番号	088-856-8603
	ホームページアドレス	なし
代表者	氏名	木村 徹
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <u>平成</u> ・令和 23年5月30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 けせらけら 住宅型有料老人ホーム ケセラ介良	
所在地	〒781-5106 高知市介良乙820-1	
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 ・○○バスで乗車○分， △△停留所で下車， 徒歩○分 ②自動車利用の場合 ・乗車○分	とさでん交通 船戸駅で下車 徒歩20分 はりまや橋から車で 15分
連絡先	電話番号	088-821-8996
	FAX番号	088-821-8997
	ホームページアドレス	https://fuku-no-tane.com/kesera-keram/
管理者	氏名	木村 美穂
	職名	専務取締役 施設長
建物の竣工日		昭和・平成・令和 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 3年3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	高知市
	事業所の指定日	平成・令和 年 月 日

指定の更新日（直近）	平成・令和 年 月 日
------------	-------------

3. 建物概要

土地	敷地面積	378.14㎡	
	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	191.53㎡
		うち、老人ホーム部分	191.53㎡
	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 (普通賃借・定期賃借)	
		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（縁故者居室を含む）	
		② 相部屋あり	
		最少	1 人部屋
	最大	2 人部屋	

	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
タイプ1	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	13.0m ²	1	一般居室個室
タイプ2	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	9.74m ²	1	一般居室相部屋
タイプ3	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	8.24m ²	1	一般居室個室
タイプ4	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	8.37m ²	1	一般居室個室
タイプ5	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	7.66m ²	1	一般居室個室
タイプ6	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	10.0m ²	1	一般居室個室
タイプ7	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	9.74m ²	1	一般居室個室
タイプ8	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	9.74m ²	1	一般居室個室
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」「一時介護室」の別を記入。

共有施設	共有便所における 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	0ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	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	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		
緊急通報装置等	居室 (1) あり 2 一部あり 3 なし	便所 (1) あり 2 一部あり 3 なし	浴室 1 あり 2 一部あり (3) なし	その他(食堂) 1 あり 2 一部なし (3) 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	<ul style="list-style-type: none"> 入居者の安心安全な生活環境を確保し、楽しく穏やかな生活が営めることを目的とします。 入居者の今までの暮らしの継続を目指します。
サービスの提供内容に関する特色	自立支援を基本とし、出来るだけ自分らしい生活を営むことが出来るよう努めます。
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
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
	夜間看護体制加算	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
	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
	退院・退所時連携加算	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)口 1 あり 2 なし
		(II) 1 あり 2 なし
		(III) 1 あり 2 なし
	介護職員処 遇改善加算	(I) 1 あり 2 なし
		(II) 1 あり 2 なし
		(III) 1 あり 2 なし
		(IV) 1 あり 2 なし
		(V) 1 あり 2 なし
	介護職員等 特定処遇改 善加算	(I) 1 あり 2 なし
		(II) 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	ひまわり在宅クリニック
		住所	高知市与力町12-10 シャトレ片町1F
		診療科目	内科、消化器内科、老年内科、胃腸内科、外科
		協力科目	内科、消化器内科、老年内科、胃腸内科、外科
		協力内容	診療・治療（往診あり 訪問診療あり）
	2	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	窪 歯科
		住所	高知市堺町1-21 JTB高知ビル 4F
		協力内容	診療・治療（往診あり）

（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

	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>① 施設において共同生活が円滑に営める方 ② 概ね60歳以上の自立支援及び要支援・要介護の方 ③ 入居契約及び運営規定を厳守できる方 ④ 入居に関する費用及び毎月の費用等支払い能力のある方 ⑤ 要介護度が、要支援1、要支援2、要介護1～要介護3 要介護度4、要介護度5の方は応相談・介護保険：在宅サービス利用可（介護が必要になった場合、介護保険の在宅サービスを利用するホームです。）</p>	
契約の解除の内容	<p>① 入居者が逝去した場合 ② 入居者が解約した場合(30日の予告期間が必要) 事業者が解約した場合(60日の予告期間が必要)主な解除事由・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時・月払いの利用料、その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時・入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼす危険性がある時。又は、その危害の切迫した恐れがあり、有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法でこれを防止することができないとき等(その他は入居契約書参照)。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第28条
	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	<p>① あり (内容：) ② なし</p>	
入居定員	9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）12名			常勤換算人数 ※1※2
	合計 12名	常勤	非常勤	
管理者	1		1	0.5
生活相談員	8		8	4.2
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1		1	0.1
調理員	1		1	1.0
事務員	1		1	0.5
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				
※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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			

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			
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			
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 (21 時 ~ 7 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	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									
	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										
前年度1年間の退職者数										
本心した職員に 業務に従事した 経験年数に 関する人数	1年未満					2				
	1年以上					6				
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	10年未満									
10年以上										
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 建物質貸借方式 3 終身建物質貸借方式
利用料金の支払い方式	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式

【表示事項】		<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり <input checked="" type="radio"/> 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		<input checked="" type="radio"/> 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	条件	物価変動、人件費の上昇により、改定する場合がある。	
の改定	手続き	運営懇談会にて協議する。	

(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	介護4	介護3
	年齢	80歳	90歳
居室の状況	床面積	13㎡	9.74㎡
	便所	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 無
	浴室	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 無
	台所	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="radio"/> 無
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		100,000円	102,000円
家賃		30,000円	32,000円
サービス費用	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	0円
		食費	46,500円
		管理費	28,000円
		介護費用	0円
		光熱水費	管理費に含む
	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、本欄には記入していない）

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	高知市の住宅型有料老人ホームの家賃を参考にし、又、低所得者も利用しやすく考慮した
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。
管理費	事務管理費、生活支援サービスの為の person 費、事務費、施設の維持管理費及び修繕費
食費	厨房の維持管理費、調理員の person 費、1日3食を提供するための費用（経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合、事業所は当該サービスの利用料金を変更させていただくことがあります。）
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	冷蔵庫・TV 各1,000円/月

（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）	ヶ月
償却の開始日	入居日

	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	87歳
入居者数の合計	5人
入居率※	56%
※ 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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	0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。

窓口の名称		住宅型有料老人ホーム ケセラ介良
電話番号		088-821-8996
対応している	平日	8:30~17:30

時間	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土・日・祝 12月30日～1月3日

(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	(その内容) 超ビジネス保険 (事業活動包括保険)
	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	(その内容) 治療費 1人 50万円 賠償 1事故 2億円上限
	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	② 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 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	③ 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 2 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	居室面積, 廊下幅, 浴室ナースコール	
「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）

住宅型有料老人ホームケセラ介良入居に際し、契約書・重要事項の説明を受け同意し、
以下署名致します。

説明年月日 令和 年 月 日

[説明者]
住宅型有料老人ホーム ケセラ介良

氏名 _____

同意年月日 令和 年 月 日

[利用者]

住所 _____

氏名 _____

[署名代行者]
私は、本人の契約意思を確認し署名代行しました

住所 _____

氏名 _____

利用者との関係 _____

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		
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	① アルコデイトレ センター 瀬戸 ② アルコあるこ ③ アルコデイトレ センター愛宕山 ④ アルコ潮見台	① 高知市瀬戸南町 2丁目1-5 ② 高知市西塚ノ原 29-1 ③ 高知市前里 335-15 ④ 高知市潮見台 1-2603
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		
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	あんぱん	① 高知市介良乙820-1
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	① ケセラ介良 ② あり通り(ケセラ介良サテライト)	② 高知市介良乙 820-1 ③ 高知市介良乙 3011
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		
居宅介護支援	あり	なし	月ぬ美しゃ	高知市新本町1丁目15-7
<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		

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	都度※2	料金※3	備考
			なし	あり	なし				
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			小規模多機能型居宅介護の訪問サービスで提供可能	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			小規模多機能型居宅介護の訪問サービスで提供可能	
おむつ代			なし	あり		○	定額	提携業者とサブスクリプション契約(別紙参照)	
おしり拭き						○	定額	提携業者とサブスクリプション契約(別紙参照)	
ティッシュペーパー						○	定額	提携業者とサブスクリプション契約(別紙参照)	
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			小規模多機能型居宅介護の訪問サービスで提供可能	
特浴介助	なし	あり	なし	あり				小規模多機能型居宅介護においても特浴は対応不可	
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	○			小規模多機能型居宅介護の訪問サービスで提供可能	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○			小規模多機能型居宅介護の訪問サービスで提供可能	
通院介助	なし	あり	なし	あり	○			場合によっては小規模多機能型居宅介護で提供可能	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			小規模多機能型居宅介護の訪問サービスで提供可能	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			小規模多機能型居宅介護の訪問サービスで提供可能	
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	○			小規模多機能型居宅介護の訪問サービスで提供可能	
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		○		提携業者に都度依頼	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			小規模多機能型居宅介護の訪問サービスで提供可能	
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					
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	○			小規模多機能型居宅介護の訪問サービスで提供可能	
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	○			家族などが対応できず、介護者が必要な場合に検討	
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、月額サービスの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。