

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

令和 年 月 日

登録事項等についての説明

貸主（甲） 住所 東京都港区西新橋一丁目15番4号
銀泉西新橋ビル8階
氏名 株式会社ヴァティアー
代表取締役 池田 竜太

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

| | |
|--------------|---|
| 住宅の名称 | (ふりがな)ふるさとほーむふじくざわ ふるさとホーム富士久沢 |
| 所在地 | (住居表示) 〒419-0202 静岡県富士市久沢字浅ヶ久保1076-1 |
| 利用交通手段 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（ JR身延線 入山瀬駅から徒歩で30分 ） <input type="checkbox"/> 2. その他（ ） |
| 住宅に関する 権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 2014年 2月 1日から 2034年 1月 31日まで |
| 施設に関する 権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 2014年 2月 1日から 2034年 1月 31日まで |
| 敷地に関する 権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 2014年 2月 1日から 2034年 1月 31日まで |

(注) 住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

| | | |
|--------------------------------|---|---------------------|
| 法人・個人の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人 | |
| 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) かぶしきがいしやう ^{あて} いー 株式会社ヴァティー | |
| 住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地) | (郵便番号 105-0003) 東京都港区西新橋一丁目15番4号 銀泉西新橋ビル8階 電話番号 03-6457-9801 | |
| 法人の役員 | 別添 1 のとおり | |
| 法定代理人 (未成年の個人である場合) | (ふりがな) | |
| | 商号、名称、又は氏名 | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) 電話番号 |
| 法人の役員 | 別添 2 のとおり | |

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

| | | |
|---------|--|--|
| 事務所の名称 | (ふりがな) ふるさとほーむふじくざわ ふるさとホーム富士久沢 | |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 419-0202) 静岡県富士市久沢字浅ヶ久保1076番1 電話番号 0545-73-0703 | |

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

| | | | |
|---------|--|--|----------------|
| 住宅戸数 | 登録申請対象戸数 | 40 | 戸 |
| 居住部分の規模 | (最小) | 18.00 | m ² |
| | (最大) | 18.54 | m ² |
| 構造及び設備 | 共同利用設備 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 構造 | 鉄骨 | 造 |
| 階数 | | | |
| 地上 3 階建 | | | |
| 竣工の年月 | 2013 年 11 月 29 日 | | |
| 加齢対応構造等 | <input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている | | |

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期
(居住の用に供する前である場合)

| | |
|-----------------------|--|
| 入居契約の別 | <input type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> その他 |
| 入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨 | |
| 終身賃貸事業者の事業の認可 | <input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている |
| 入居者の資格 | <p>次の①又は②に該当する者である。</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 / 要介護認定又は要支援認定を <input checked="" type="checkbox"/> している 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が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)</p> |
| 入居契約の内容 | 別添入居契約書のとおり |

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

| | |
|--------|---------|
| 入居開始時期 | 年 月 日から |
|--------|---------|

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

| サービスの種類 | 提供形態 | | 提供の対価 (概算・月額) | 詳細については、別添 4 のとおり |
|------------------------|--|---|---------------|-------------------|
| | 状況把握 生活相談 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 | 約 16,500 円 | |
| 高齢者生活支援サービス | 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 53,460 円 | |
| | 入浴等の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 0 円 | |
| | 調理等の家事 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 0 円 | |
| | 健康の維持増進 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 0 円 | |
| | その他 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 0 円 | |
| 家賃の概算額 | (最低) 約 50,000 円 | 住戸ごとの内容は別添 3 のとおり | | |
| | (最高) 約 50,000 円 | | | |
| 共益費の概算額 | (最低) 約 11,000 円 | | | |
| | (最高) 約 11,000 円 | | | |
| 敷金の概算額 | (最低) 約 0 円 | 家賃の 0.0 月分 | | |
| | (最高) 約 0 円 | | | |
| 水道光熱費の支払方法 | | | | |
| 前払金※の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | |
| 家賃等の前払金の概算額 | (最低) 約 | 円 | (最高) 約 | 円 |
| 家賃等の前払金の算定の基礎 | 家賃 | | | |
| | サービス提供の対価 | | | |
| 返還額の算定方法 | | | | |
| 家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間 | 年 月 日まで | | | |
| 家賃等の前払金の返還額の推移 | (※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。) | | | |
| 前払金の保全措置の内容 | <input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他) | | | |

| | |
|---------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護事業所 | <input type="checkbox"/> 指定を受けている |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 | <input type="checkbox"/> 指定を受けている |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない |
| 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 | <input type="checkbox"/> 指定を受けている |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない |
| 介護サービス情報 | (特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。) |

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

| | | |
|--------------------------------|---|------|
| 管理の方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託 | |
| 委託する業務の内容 (契約事項) | | |
| 管理業務の委託先 | | |
| 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | |
| 住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | 電話番号 |
| 修繕計画 | | |
| 計画策定の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 大規模修繕の実施予定 | 頃実施予定 | |
| その他計画的な修繕予定 | | |
| 登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数 | 入居者の数 | 1 人 |
| | 退去者の数 | 13 人 |

※登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数は、法第5条第2項の登録の更新の申請をする場合に限り記入すること。

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

| 施設の名称 | 提供されるサービスの概要 | 事業所の場所 |
|-----------------|--------------|---|
| ケアステーションあさひ富士久沢 | 通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| | | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| | | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| | | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

| | |
|------------|---|
| 連携又は協力の相手方 | |
| 事業所の名称 | (ふりがな) ふじいきいきびょういん 富士いきいき病院 |
| 事業所の所在地 | (郵便番号 419-0205) 静岡県富士市天間1640-1 電話番号 0545-73-1919 |
| 連携又は協力の内容 | 往診医療 |

| | |
|------------|--|
| 連携又は協力の相手方 | |
| 事業所の名称 | (ふりがな) まきのしかいいん マキノ歯科医院 |
| 事業所の所在地 | (郵便番号 419-0201) 静岡県富士市厚原594-2 電話番号 0545-71-6432 |
| 連携又は協力の内容 | 往診医療 |

| | |
|------------|---|
| 連携又は協力の相手方 | |
| 事業所の名称 | (ふりがな) びたみんしか ビタミン歯科 |
| 事業所の所在地 | (郵便番号 417-0061) 静岡県富士市伝法3087-2 電話番号 0545-55-0005 |
| 連携又は協力の内容 | 訪問診療 |

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針

別添5のとおり

12. 登録の申請が基本方針（及び高齢者居住安定確保計画）に照らして適切なものである旨

高齢者住まい法の基本方針及び静岡県の高齢者居住安定確保計画に照らして適切に運営します。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

令和 年 月 日
借主（乙） 住所
氏名

役員名簿

| (ふりがな) 氏名 | 役名等 |
|--------------------|-------|
| いけだりゆうた 池田 竜太 | 代表取締役 |
| いしだあきお 石田 昭夫 | 取締役 |
| あきやましょうへい 秋山 翔平 | 取締役 |
| さとうまもる 佐藤 護 | 取締役 |
| こばやしたかゆき 小林 孝幸 | 取締役 |
| かまつきしゅうじ 釜付 修次 | 取締役 |
| ありさわまさとし 有澤 政利 | 監査役 |
| | |

役 員 名 簿

| (ふりがな) 氏 名 | 役名等 |
|---------------|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

| 設備等 | 整備箇所数 | 合計床面積 (㎡) | 整備箇所 | 想定利用戸数 (戸) | 備考 |
|------------|-------|--------------|-------|---------------|----|
| 食堂・談 話室 | 1 | 143.40 | 1階 | 40 | |
| 談話室 | 2 | 71.34 | 2階、3階 | 40 | |
| 洗濯室 | 2 | 7.88 | 2階、3階 | 40 | |
| 脱衣室 | 2 | 9.38 | 2階、3階 | 40 | |
| 浴室 | 2 | 17.22 | 2階、3階 | 40 | |
| 個室脱衣 室 | 2 | 6.86 | 2階、3階 | 40 | |

| | | | | | |
|------|---|-------|----------|----|--|
| 個室浴室 | 2 | 6.18 | 2階、3階 | 40 | |
| トイレ | 5 | 17.98 | 1階、2階、3階 | 40 | |

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

別添 4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
|----------------------|--|---|---|---|------------------|
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | | |
| | | 電話番号 | | | |
| サービスを提供する法人等の別 | <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 | | <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等 | | |
| サービスを提供する者の人数 | <input type="checkbox"/> 医師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | 人員 人 |
| | <input type="checkbox"/> 看護師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | 人員 人 |
| | <input type="checkbox"/> 准看護師 | 人員 | 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者 | 人員 3 人 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 | 人員 | 8 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員 2 人 |
| 常駐する場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地:) | | | | |
| 常駐する日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く () | | | | |
| 常駐する時間 | 日中 | 9 時 | 0 分 | ～ | 16 時 30 分 人員 1 人 |
| | 上記以外の時間 | 16 時 | 30 分 | ～ | 9 時 0 分 人員 2 人 |
| 毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法 | 食事の提供サービス時に、心身の状況把握をいたします。 | | | | 毎日 3 回 |
| | <input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問（近接する土地に常駐する場合のみ） | | | | |

| | | | | |
|----------------|---|--|-------------------------------|--|
| 緊急通報サービスの内容 | 提供時間 | 常駐する日 | 0 時 0 分 ~ 24 時 0 分 | |
| | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24時間 | |
| | 通報方法 | ナースコール | | |
| | 通報先 | 事務室 | 通報先から住宅までの到着予定時間 3 分 | |
| 緊急時における対応の内容 | 各居室に設置された緊急通報装置（ナースコール）が押された場合、住宅職員が駆け付け対応します。 | | | |
| 生活相談サービスの内容 | 日常生活における心配事や悩み（食事・健康面・趣味・人間関係）などについては、住宅職員がいつでも相談に応じます。 | | | |
| | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| | 提供時間 | 0 時 0 分 ~ 24 時 0 分 | | |
| サービス提供の対価（概算額） | 月額 | 約 16,500 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | |
| 備考 | サービス提供の対価16,500円は税込価格です。 | | | |

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容（該当する場合のみ）

| | | | | |
|----------------|------------------------------|---|---|--|
| 提供形態 | | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input checked="" type="checkbox"/> 委託する | | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) ゆうげんがいしやまっくとれすとうかい ----- 有限会社マックトレス東海 | | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号 420-0851) 静岡県静岡市葵区黒金町20-3 電話番号 054-204-5710 | | |
| | 住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号 420-0851) 静岡県静岡市葵区黒金町20-3 電話番号 054-204-5710 | | |
| 食事提供を行う場所 | | <input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない () | | |
| | 調理等 | <input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 入居者の健康状態に合わせた食事対応 | | <input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし | |
| | 入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応 | | <input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額※ | 約 53,460 円 | 内訳 朝食 17,820 円 昼食 16,200 円 夕食 19,440 円 | |
| | 前払金 | 約 0 円 | 前払金の算定方法 | |
| 備考 | | 朝食594円(税込) 昼食540円(税込) 夕食648円(税込) ご飯については、大盛にすることも可能です。その場合は別途54円(税込)。 食事以外にもトロミ剤を使用する場合は日額108円(税込)がかかります。 また、経管栄養による栄養剤の費用は、日額1,782円(税込)となります。 | | |

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容（該当する場合のみ）

| | | | | | |
|----------------|--|--|----------|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| サービス提供の対価（概算額） | 月額 | 約 0 円 | 前払金の算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | |
| 備考 | 排せつ介護、食事介護にかかるサービス提供の対価は「状況把握及び生活相談サービス提供の対価」16,500円（税込）に含みます。 | | | | |

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容（該当する場合のみ）

| | | | | | |
|----------------|--|--|----------|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| サービス提供の対価（概算額） | 月額 | 約 0 円 | 前払金の算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | |
| 備考 | 調理、洗濯、清掃等の家事サービスにかかるサービス提供の対価は「状況把握及び生活相談サービス提供の対価」16,500円（税込）に含みます。 | | | | |

5. 健康の維持増進サービスの内容（該当する場合のみ）

| | | | | | |
|----------------|--|--|----------|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| サービス提供の対価（概算額） | 月額 | 約 0 円 | 前払金の算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | |
| 備考 | 健康相談・血圧等の測定にかかるサービス提供の対価は「状況把握及び生活相談サービス提供の対価」16,500円（税込）に含みます。 また、通院等の付き添いは、1回あたり5,500円（税込）となります。 概ね片道30分以内で受診できる病院等で、職員1名で付き添い可能な場合に限りします。 | | | | |

6. その他のサービスの内容（該当する場合のみ）

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|-------------------------------|----------|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 内容 | フロントサービス、代行（買い物代行、公租公課の納付代行等）、不在中居室管理、ゴミ収集等 | | | |
| サービス提供の対価（概算額） | 月額 | 約 | 0 | 円 | 前払金の算定方法 |
| | 前払金 | 約 | 0 | 円 | |
| 備考 | 希望する方へのサービスです。費用は「状況把握及び生活相談サービス提供の対価」16,500円（税込）に含みます。 その他、ベッド、カーテンの利用を希望される方は、設備利用料として55,000円（税込）（入居時のみ）お支払いいただければ設備の賃貸借ができます。 | | | | |

運営方針

| 項目 | 該当 |
|---|------------|
| 重要事項を記載した書面のひな形を公開する | ■ はい □ いいえ |
| 入居及び退去の条件を書面に記載する | ■ はい □ いいえ |
| 入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する | ■ はい □ いいえ |
| 入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う | ■ はい □ いいえ |
| やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う | ■ はい □ いいえ |
| 入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する | ■ はい □ いいえ |
| 入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる | ■ はい □ いいえ |
| 入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する | ■ はい □ いいえ |
| サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる | ■ はい □ いいえ |
| 入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける | ■ はい □ いいえ |
| 地域社会との交流及び連携を図る | ■ はい □ いいえ |
| 災害に対応するための仕組みを整備する | ■ はい □ いいえ |
| 事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する | ■ はい □ いいえ |
| 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する | ■ はい □ いいえ |
| 入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する | ■ はい □ いいえ |
| 入居者間の交流の促進を図る | ■ はい □ いいえ |
| 登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する | ■ はい □ いいえ |
| 入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する | ■ はい □ いいえ |
| 基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する | ■ はい □ いいえ |
| 職員の教育及び研修に関する計画を策定する | ■ はい □ いいえ |
| 職員に対して、認知症に関する研修を行う | ■ はい □ いいえ |
| 職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する | ■ はい □ いいえ |
| サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる | ■ はい □ いいえ |

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和5年1月1日 |
| 記入者名 | 山田 真弘 |
| 所属・職名 | 管理者 |

1. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 利用者が職員や他の利用者との共同生活の中で、ご自分の趣味やレクリエーション、又は手仕事等をしてしながら過ごすことにより、本人のADL・生活能力を維持することを支援します。 また、地域に密着した有料老人ホームの運営をすることにより利用者のご家族の「安心」を得ることを目指します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 第二の家族となり、ホスピタリティーにあふれる介護 |
| 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 | 医療法人社団勝優会 するがホームクリニック |
| | | 住所 | 静岡県富士市依田橋町11-9 メゾンK102 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 往診医療 |
| | 2 | 名称 | 富士いきいき病院 |
| | | 住所 | 静岡県富士市天間1640-1 |
| | | 診療科目 | 内科・脳神経外科・整形外科・リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | 往診医療 |
| 協力歯科 医療機関 | 1 | 名称 | マキノ歯科医院 |
| | | 住所 | 静岡県富士市厚原594-2 |
| | | 協力内容 | 往診医療 |
| | 2 | 名称 | ビタミン歯科 |
| | | 住所 | 静岡県富士市伝法3087-2 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |

(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 | | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書 第29条、第30条による | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 第29条 |
| | 解約予告期間 | 相当の期間 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | |
| 体験入居の内容 | (1) あり (内容: 5,500円/日 (食費別) 【税込】) 2 なし | |
| 入居定員 | 40人 | |
| その他 | | |

2. 職員体制

※サービス付き高齢者向け住宅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 | | | | | |
| 直接処遇職員 | 13 | | 13 | | |
| 介護職員 | 13 | | 13 | | |
| 看護職員 | | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | |
| 栄養士 | | | | | |
| 調理員 | | | | | |
| 事務員 | 1 | 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 | | | | | |
| ※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 | 8 | | 8 |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 3 | | 3 |
| 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 | | |

(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 | 0人 | 0人 |
| 介護職員 | 2人 | 2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 | | 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 | | | | 5 | 4 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | 6 | 6 | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | | | | 5 | | | | | | |
| | 1年以上 | | | | 0 | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | 1 | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | 6 | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | 1 | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | ① あり 2 なし | | | | | | | |

3. 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 | 6人 |
| | 女性 | 22人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 4人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 12人 |
| | 85歳以上 | 11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 | 7人 |
| | 要介護2 | 8人 |
| | 要介護3 | 5人 |
| | 要介護4 | 5人 |
| | 要介護5 | 3人 |

| | | |
|-------|------------|-----|
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 1人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 0人 |
| | 1年以上5年未満 | 19人 |
| | 5年以上10年未満 | 8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 | 82.1歳 |
| 入居者数の合計 | 28人 |
| 入居率※ | 70.0% |
| ※ 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 | 11人 |
| | 医療機関 | 1人 |
| | 死亡者 | 1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 | 12人 |
| | | (解約事由の例) 病状悪化に伴う、金銭的により安価な施設への転居 |

4. 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 | | ふるさとホーム富士久沢 |
| 電話番号 | | 0545-73-0703 |
| 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 | | 無 |

| | | |
|----------|-------|----------------|
| 窓口の名称 | | 株式会社ヴァティアー 管理部 |
| 電話番号 | | 03-6457-9801 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:30～18:30 |
| | 土曜 | 11:00～17:00 |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 日曜・祝日・年末年始 |

| | | |
|----------|-------|----------------|
| 窓口の名称 | | 一般社団法人 高齢者住宅協会 |
| 電話番号 | | 03-6689-7917 |
| 対応している時間 | 平日 | 10:00～17:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝日・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 | (その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| | 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) 誠意を持って対応します。 |
| | 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 | | |

5. 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 |

6. 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 | |

| | |
|---|---|
| <p>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</p> | <p>1 あり 2 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</p> |
| <p>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</p> | <p><input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし</p> |
| <p>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</p> | <p>1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし</p> |
| <p>合致しない事項がある場合の内容</p> | |
| <p>「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性</p> | <p>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</p> |
| <p>有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項</p> | |
| <p>不適合事項がある場合の内容</p> | |

※ _____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 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 | ケアステーションあさひ裾野 ケアステーションあさひ磐田福田 ケアステーションあさひ三島 ケアステーションあさひ長泉 ケアステーションあさひ富士三ツ沢 ケアステーションあさひ浜松西 ケアステーションあさひ掛川 ケアステーションあさひ沼津片浜 ケアステーションあさひ西焼津 ケアステーションあさひ駿河 ケアステーションあさひ清水町 ケアステーションあさひ富士久沢 ケアステーションあさひ浜北 ケアステーションあさひ伊豆の国 ケアステーションあさひ沼津香貫 ケアステーションあさひ湖西 ケアステーションあさひ浜松いなさ ケアステーションあさひ袋井 ケアステーションあさひ磐田 ケアステーションあさひ菊川 | 裾野市富沢 246-3 磐田市福田 2397-2 三島市加茂川町 3 番 33 号 駿東郡長泉町土士狩 69-9 富士市三ツ沢 620-1 浜松市中区葵西六丁目 25 番 89 号 掛川市下垂木字新田 2937 番 3 沼津市松長字久保畑 302-3 焼津市柳新屋 915 番 4 駿河区丸子新田 89 番 1 駿東郡清水町柿田 332 番 3 富士市久沢字浅ヶ久保 1076 番 1 浜松市浜北区西美蘭字水流 1514-1 伊豆の国市長岡 1011 番 6 沼津市上香貫二瀬川町 1486 番 14 湖西市鷺津 2688 番 1 浜松市北区引佐町井伊谷 2086-1 袋井市堀越 707-5 磐田市中泉 802-2 菊川市上平川 139-3 |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | | |

| ＜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 | 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※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 |
| | | | なし | あり | なし | | | | |
| 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 | | ○ | | 管理規程 別表 IV-3 に定める | |
| 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 | | ○ | 5,500 円 (税込) / 回 | 概ね片道 30 分以内で受診できる病院等で、職員 1 名で付き添いが可能な場合に限りです。 | |
| 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 | | ○ | | 料金は個別相談 | |
| 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 | | | | | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | フロントサービス、代行（買い物代行、 公租公課の納付代行等） 不在中居室管理、ゴミ収集等 | |
| 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 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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、月額の利用料に包含される場合と、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。