

## 重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ 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。

## I. 事業主体概要

種類	個人／ <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ えむしー 株式会社 MC	
主たる事務所の所在地	〒341-0005 埼玉県三郷市彦川戸1丁目84-1	
連絡先	電話番号	048-948-6653
	FAX番号	048-948-6654
	ホームページアドレス	http://mc-misato.com/
代表者	氏名	代表取締役
	職名	嶋 淳
設立年月日	昭和 <u>平成</u> 26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) さぼーとはうす みさと のいえ サポートハウス みさと ノイエ	
所在地	〒341-0005 埼玉県三郷市彦川戸1丁目24番-1	
主な利用交通手段	最寄駅	新三郷駅
	交通手段と所要時間	① JR武蔵野線 新三郷駅からバス(グローバル交通)15分 『円明院入口』下車 目の前 ② 自動車利用の場合 外環自動車道外環三郷西ICより5分
連絡先	電話番号	048-934-5193
	FAX番号	048-934-5194
	ホームページアドレス	http://mc-misato.com/
管理者	氏名	代表取締役
	職名	嶋 淳
建物の竣工日		昭和・平成・令和 1年12月17日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 1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) ③ 住宅型 4 健康型		
1又は2に 該当する場	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県(市)

合	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	1594.00㎡				
	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 (2019年8月1日~2069年7月31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	688.38㎡			
		うち、老人ホーム部分	360.71㎡			
	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	1人部屋			
	最大	1人部屋				
		トイレ	浴室	面積(内法)	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	13.30㎡	20	一般居室個室

	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	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>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	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	4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	1ヶ所	個室	ヶ所
			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>*ご利用者個人の自由・尊厳・プライバシーを尊重します</li> <li>*毎日の生活をより自分らしく、お一人お一人に合わせた生活ができるようお手伝い致します</li> <li>*入居者の家族や介護に関わる方の心身のケアにも重視します</li> <li>*よりよいサービスを提供するために、サービススタッフを研修・育成に努めていきます</li> <li>*「気がつく」サービスを目指していきます</li> </ul>
サービスの提供内容に関する特色	難病の方が多く入居されており、意思伝達が難解な方々にも意思疎通が図れるよう取り組み、生活支援を行っている
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 <input checked="" type="radio"/> 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 <input checked="" type="radio"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="radio"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="radio"/> 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		<input checked="" type="radio"/> ① 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> ② 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> ③ 通院介助 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団三愛会 三愛会総合病院
		住所	埼玉県三郷市彦成3-7-17
		診療科目	内科・泌尿器科・整形外科・眼科・皮膚科・外科
		協力内容	専門病変の診察
	2	名称	谷口ファミリークリニック
		住所	〒341-0023 埼玉県三郷市仁蔵523-1
		診療科目	内科
		協力内容	往診
協力歯科医療機関	名称	あおい歯科	
	住所	〒273-0101 千葉県鎌ヶ谷市富岡1-1-1	
	協力内容	往診	

(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="radio"/> ③ その他(居室間の移動)
判断基準の内容	<p>入居者により適切なサービスを提供する為、必要と判断する場合には次に掲げる手順を経て他の居室に移動していただく場合があります。</p> <p>① 事業者の指定する医師の意見を聴取する</p> <p>② 入居者及びその家族の意見を聴取する</p> <p>③ 居室の住み替えにより入居者の権利や利用料金等に重大な変更が生じる場合は、次に手続きを書面で行なうものとします。</p> <p>a 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける。</p> <p>b 住み替え後の居室の概要、費用負担の増減等について、入居者及び身元引受人等に説明を行なう</p> <p>c 入居者の同意を得る。ただし、入居者が自ら判断できない状況にある場合にあっては、身元引受人等の同意を得る。</p>
手続きの内容	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="radio"/> 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29条参照	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	同上
	解約予告期間	1.5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：期間1日～3日、費用一泊2000円(部屋代・リネン代)) 2 なし	
入居定員	20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
--	----------	--------

	合計			※1※2
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	4	2	2	3.0
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		1.0
その他職員	2		2	1.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
<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			
介護福祉士	2	2	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			2
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 ( 17時～ 9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	<input type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし	
	業務に係る資格等	<input checked="" type="radio"/> 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										
前年度1年間の退職者数										
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満									
	1年以上 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 <input checked="" type="radio"/> 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	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	2年に一度埼玉県費者物価指数や人件費等を考慮し、月額利用料を改定する場合もある。
	手続き	運営懇談会で意見を聞き、料金を改定する。

(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	要介護度4	要介護度5（経管栄養の方）	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	13.30㎡	13.30㎡	
	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	195,000円	195,000円	
月額費用の合計		164,000円	119,000円	
家賃		65,000円	65,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護保険外※2	食費	45,000円	- 円
		管理費	21,000円	21,000円
		介護費用	円	円
		有償生活サービス費（水道光熱費含）	23,000円	23,000円
その他（共益費）	10,000円	10,000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	65,000円
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。
管理費	21,000円
食費（外部のサービスを利用）	3食（1日1,500円）朝400円・昼550円・夜550円
有償生活サービス費	※水道光熱費を含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	※別添、当施設利用料参照

その他のサービス利用料	同上
-------------	----

(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
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)

性別	男性	3人
	女性	1人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	2人

	75 歳以上 85 歳未満	1 人
	85 歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	1 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	4 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	人
	1 年以上 5 年未満	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	69.75 歳
入居者数の合計	4 人
入居率※	20%
※ 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)	

	入居者側の申し出	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		サポートハウスみさとノイエ 相談窓口
電話番号		048-934-5193
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~12:00
	日曜・祝日	無し
定休日		日曜・祝日・12月30日~1月3日

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等		
窓口の名称	① 埼玉県福祉部高齢介護課 ② 埼玉県消費者生活支援センター春日部 ③ 三郷市消費者生活センター	
電話番号	① 048-830-3254 ② 048-734-0999 ③ 048-930-7725	
対応している時間	平日	① 8:30~17:30 ② 9:00~16:00 ③ 10:00~12:00 13:00~16:00
	土曜	無し
	日曜・祝日	無し
定休日等	① ~③ 土日・日曜・祝日・12/30~1/3	

### (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	損害賠償保険 ホーム側の過失により入居者若しくは入居者の家族又は身元引受人に損害を与えた場合、保険会社の約款に基づき賠償します。
	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	損害賠償保険 ホーム側の過失により入居者若しくは入居者の家族又は身元引受人に損害を与えた場合、保険会社の約款

		に基づき賠償します。
	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		

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
	2 なし	

	① 代替措置あり (内容) 入居者様、ご家族様、各種関係職員による担当者会議による代替 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：サポートハウスみさとヴィラ) 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 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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	MC訪問介護センター	三郷市彦川戸一丁目84番地1
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	MC訪問看護ステーション	三郷市彦川戸一丁目84番地1
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		
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		
<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		
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	MC居宅介護支援センター	三郷市彦川戸一丁目84番地1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
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		

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
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○				必要に応じて実施（体調不良時など）
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○				必要に応じて実施
おむつ代			なし	あり		○			実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○				必要に応じて実施
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○				必要に応じて実施
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○				必要に応じて実施
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり		○			交通費別 職員付添一人 介護1h/1500円 看護1h/2000円 協力医療機関は無料
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				有償生活サービス費に含む（1日に1回）
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○				有償生活サービス費に含む（1週間に2回）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○				施設で決められた量毎日実施
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○				有償生活サービス費に含む
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○			外部のサービスを利用させていただきます
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		○			外部のサービスを利用させていただきます
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○				週1回の規定日の代行サービス含む
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○			三郷市以外は交通費別・1500円/1回
金銭・貯金管理			なし	あり					原則自己管理
健康管理サービス									

定期健康診断			なし	あり	○		有償生活サービス費に含む 年1回受診の機会をもつ
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて声掛けを行う
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		有償生活サービス費に含む
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		○	協力医療機関以外は有料（介護タクシー等を利用させていただきます）
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	交通費別 職員付添一人 介護1h/1500円 看護1h/2000円 協力医療機関は無料
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。