

重要事項説明書

記入年月日	R7. 4. 1
記入者名	酒井 章弘
所属・職名	フラワーサーチ ラヴィアン 管理者

1. 事業主体概要

種類	個人 <input checked="" type="radio"/> 法人 <input type="radio"/>	
	※法人の場合、その種類	営利法人 (株式会社)
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ おりじん 株式会社 オリジン	
主たる事務所の所在地	〒441-8115 豊橋市東高田町 670 番地	
連絡先	電話番号	0532-65-2121
	FAX番号	0532-65-2122
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	https://www.origin-inc.jp/
代表者	氏名	元吉 伸幸
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 16年 6月 7日	
主な実施事業	※別添1 (別の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ふらわーさーちらう`いあん 住宅型有料老人ホーム フラワーサーチ ラヴィアン		
所在地	〒441-8115 豊橋市東高田町 665 番地		
主な利用交通手段	最寄駅	JR 東海道線 二川駅	
	交通手段と所要時間	例：①二川駅から ・タクシーで5分 ②二川駅から ・徒歩25分	
連絡先	電話番号	0532-65-2131	
	FAX番号	0532-65-2132	
	メールアドレス		
	ホームページアドレス	https://www.origin-inc.jp/	
管理者	氏名	酒井 章弘	
	職名	管理者	
建物の竣工日		平成	22年 3月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成	22年 4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	県（市）
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2784.06 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 (普通賃借 ・ 定期賃借)				
		抵当権の有無	1	あり	2	なし
		契約期間	1	あり	(H16年7月1日～ R16年6月30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	(平屋建)			1256.70 m ²
		うち、老人ホーム部分	(老人ホーム以外を除く)			1217.18 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 (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/無	有/無	18 m ²	30	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18 m ²	3	一般居室夫婦部屋
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	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			
※「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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3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		ヶ所		
			その他（特殊浴槽）		1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（ ）	1	あり	2	一部あり	3	なし	
その他							

4. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	ご入居者様の尊厳を重視し、生き活きと笑顔で老後という新たな人性を快適に心豊かに暮らして頂けるよう努めます。心・体の健康をいつでも安心してご利用頂けるよう、介護・医療サービスの事業者と連携を図り、おもてなしのプロとしてサポートいたします。
サービスの提供内容に関する特色	慢性期医療が必要となっても安心して暮らすことが出来る様に看護師を 24 時間常駐しており、提携医のドクターの定期往診と 24 時間オンコール体制を行っております。
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	(I)	1 あり 2 なし
	ケア加算	(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	

	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（定期往診、24時間医療連携）	
協力医療機関	1	名称	医療法人 栄真会 伊藤医院
		住所	愛知県豊橋市小池町字原下 35
		診療科目	内科・呼吸器科・消化器科・胃腸科・外科・麻酔科
		協力科目	内科・呼吸器科・消化器科・胃腸科・外科・麻酔科
		協力内容	・24時間医療連携、健康相談、健康診断 ・定期訪問及び緊急時の訪問
	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		
	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
		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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の入居者に伝染する疾患の無い方 ・ 自傷他害の恐れのない方 ・ 施設の器物を故意に損壊を与える可能性のない方 ・ 年齢 40歳以上の方 		
契約解除の内容	<p>(1) 利用者による解約</p> <p>(2) 法人による解除</p> <p>(3) 利用者の死亡</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>1. 利用者が、利用料の支払を3ヶ月以上遅延し、利用料を支払うよう催告したにもかかわらず、14日以内に支払われないとき</p> <p>2. 利用者の行動が、利用者自身または他の利用者あるいは法人の従業員の身体または生命に危害を及ぼすおそれがある場合、他の利用者に対する介護に著しく悪影響を及ぼす場合、または利用者に対して日常的に医療行為を要する場合など、本施設において利用者に対する適切な介護サービスの提供が困難であると合理的に判断されるとき。但し、この場合の判断基準は医師の判断と致します。</p> <p>3. 利用者が病院に入院するなどの理由で本施設を不在にし、主治医の見解により不在期間が1ヶ月</p>	

		<p>を超える、又は予後不良と予測される時。但し、入院時に明確な不在期間が定まらない場合は、入院後1ヵ月を目途に主治医とご家族を交え相談いたします。その場合において更に不在期間が定まらないとき又は1ヶ月を超えることが明らかな場合は、3ヶ月の猶予を持って解除とします。</p> <p>4. 天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により、施設を閉鎖または縮小するとき利用者またはその家族が、法人またはその従業員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき</p>
	解約予告期間	3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 <u>あり</u> (内容：1泊2日 12,600円 (要介護、要支援) 9,450円 (自立))</p> <p>2 なし</p>	
入居定員		33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 ※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	22	15	5	
介護職員	15	10	5	
看護職員	7	7		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
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	14	9	5
実務者研修の修了者	1	1	
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～ 6 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1 人	1 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	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
-------------------------------	-----------------------	--

(一般型特定施設以外の場 合、本欄は省略可能)		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 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし								
	業務に係る資格等	1 あり									
		資格等の名称									
	2 <input checked="" type="radio"/> 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	1		1								
前年度1年間の 退職者数											
応じた 業務に 従事 した 職員 の 人数	1年未満		1								
	1年以上 3年未満	2		1							
	3年以上 5年未満	2		2							
	5年以上 10年未満	1		3	2						
	10年以上	2		6							
	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】	<input checked="" type="radio"/> 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 <u>一部前払い</u> 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 <u>なし</u>	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <u>なし</u>	
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 <u>減額なし</u> 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	契約書の第8条（料金の変更） 法人は、本施設の所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費、又諸種の経済状況の変化等を勘案し、第19条に規定する運営懇談会の意見を聞いて、共通費用を改定することができます。
	手続き	運営懇談会での決定事項は、同意書での確認・同意を頂きます。

（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	要介護 1～5	要介護 1～5	
	年齢	60 歳以上	60 歳以上	
居室の状況	床面積	18 m ²	18 m ²	
	便所	1 <u>有</u> 2 無	1 <u>有</u> 2 無	
	浴室	1 有 2 <u>無</u>	1 有 2 <u>無</u>	
	台所	1 有 2 <u>無</u>	1 有 2 <u>無</u>	
入居時点で 必要な費用	前払金	1260000 円	1890000 円	
	入居事務手数料	300000 円	400000 円	
月額費用の合計		221400 円	333800 円	
家賃		68000 円	68000 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	71400 円	142800 円
		管理費	82000 円	123000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他	円	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	地代、建物投資、税金等を基礎として1室あたりの家賃を算出
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	建物維持費、寝具費、事務管理経費、共有物管理費、生活支援費、水道光熱費
食費 (30日計算)	朝食(520円) 昼食(1050円) 夕食(810円) 税込み ※欠食をされる場合は、二日前に連絡くだされば、食費はかかりません。
光熱水費	管理費に含む(共有スペース含む)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
入居事務手数料	入居契約における契約事務手続きの諸経費 入居用件調査 施設見学案内等 自宅面談及び内容説明 書類作成費 事務消耗品費
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	家賃の一部を前払金として3年間に均等償却します (別紙「家賃前払金償却一覧表」ご参照)
想定居住期間(償却年月数)	36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	0円

(入居者の属性)

平均年齢	87.8 歳
入居者数の合計	31 人
入居率*	103%
※ 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	7 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) 食事が摂れなくなってしまった為

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	ラヴィアン 相談窓口	豊橋市長寿介護課	愛知県国民健康保険団体連合会	
電話番号	0532-65-2131	0532-51-2331	052-971-4165	
対応している時間	平日	AM9:00~PM18:00	AM9:00~PM17:00	AM9:00~PM17:00
	土曜	未対応	—	—
	日曜・祝日	未対応	—	—
定休日	土・日・祝日・年末年始	12/29 ~ 1/3	12/29 ~ 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	三井住友海上「賠償責任保険」
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償す	1 あり	三井住友海上「賠償責任保険」

べき事故が発生したときの対応	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	令和7年3月20日
	2 なし	結果の開示	1 あり 2 なし 関係者配布
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	
	2 なし	結果の開示	1 あり 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)	
	2 代替措置なし		

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等

介護サービス等の種類			併設・隣接の 状況	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	訪問介護フラワーサーチ	豊橋市東高田町665
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	訪問看護フラワーサーチ	豊橋市東高田町665
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービスフラワーサーチ	豊橋市東高田町670
	あり	なし	併設・隣接	フラワーサーチはなまディ	豊橋市大井町140
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	ショートステイフラワーサーチ	豊橋市東高田町670
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	フラワーサーチ大府	大府市半月町3丁目230
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホームフラワーサーチ	豊橋市東高田町670
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	居宅支援事業所フラワーサーチ	豊橋市東高田町665
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	訪問看護フラワーサーチ	豊橋市東高田町665
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	ショートステイフラワーサーチ	豊橋市東高田町670
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	フラワーサーチ大府	大府市半月町3丁目230
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホームフラワーサーチ	豊橋市東高田町670
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
＜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	併設・隣接	訪問介護フラワーサーチ	豊橋市東高田町665
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービスフラワーサーチ	豊橋市東高田町670
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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		個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)					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)		包含※2	都度※2	料金※3			
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		○	実費	その都度聴取に確認し実費	
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	○				提携医療機関以外 30分 1000円
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				週 2 回
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○				週 1 回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○			週 2 回 その都度聴取に確認し実費
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					
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		○			月一回 一回 2000円～
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○				指定日以外一回 1000円その都度徴収に実費
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		○			提携医療 随時対応
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				随時対応
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	○				随時対応
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○				随時対応
入退院時・入院中のサービス									
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○			提携医療機関以外 30分 1000円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○			30分 1000円
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○				月一回

※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。