

サービス付き高齢者向け住宅

金木犀

重要事項説明書

重要事項説明書

記入年月日	2023. 8. 1
記入者名	河合 米子
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を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 の記載内容に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 の記載内容で説明し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	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんそうじゅかい 医療法人双樹会	
主たる事務所の所在地	〒471-0025 愛知県豊田市西町 1 丁目 16 番地	
連絡先	電話番号	0565-47-4110
	FAX 番号	0565-33-8383
	メールアドレス	kamiya@sojukai.jp
	ホームページアドレス	http://www.sojukai.jp
代表者	氏名	河合 卓哉
	職名	理事長
設立年月日	平成 1 年 6 月 1 6 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 サービス付き高齢者向け住宅事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) サービスつきこうれいしゃむけじゅうたくきんもくせい サービス付き高齢者向け住宅金木犀	
所在地	〒471-0045 愛知県豊田市東新町3丁目48-1	
主な利用交通手段	最寄駅	名鉄三河線 豊田市駅
	交通手段と所要時間	名鉄三河線「豊田市駅」より名鉄バス10分 「豊田東新町」降車徒歩5分
連絡先	電話番号	0565-47-1165
	FAX 番号	0565-47-1164
	メールアドレス	kamiya@sojukai.jp
	ホームページアドレス	http://www.sojukai.jp
管理者	氏名	河合 米子
	職名	施 設 長
建物の竣工日		2019 年 10 月 31 日
サービス付き高齢者向け住宅事業の開始日		2019 年 12 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	
	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	1, 0 9 3. 5 3 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 (2019 年 11 月 1 日～2044 年 10 月 31 日) 2 なし

			更新の自動更新	1 あり	☒ 2 なし	
建物	延床面積	全体		995.22 m ²		
		うち、サービス付き高齢者向け住宅部分		785.11 m ² (共有部面積 210.11 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 (2019年11月1日～2044年10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			
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	18.03 m ²	30	
タイプ2		有 / 無	有 / 無	m ²		
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		
※「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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	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	地域におけるセーフティネットの役割を果たし、安心して お過ごし頂ける様な運営を目指すものである。			
サービスの提供内容に関する特色	医療機関及び近隣介護施設との連携を図り、きめ細やかな サービスの提供を受ける事が出来る。			
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 (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
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		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	ハートフルクリニック
		住所	豊田市西町6丁目2-8
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療、健診
	2	名称	河合眼科
		住所	豊田市西町6丁目2-8
		診療科目	眼科
		協力内容	診察
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 2 3	一時介護室へ移る場合 介護居室へ移る場合 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	面積の増減	1 あり 2 なし	

仕様の変更	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	入居時 60 歳以上の方または 2 号被保険者	
契約の解除の内容	①賃貸借契約書第 12 条の規定に違反したとき ②入居申込書または本契約に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により本物件に入居したとき ③賃料等の支払を拒絶し、または賃料等の 2 カ月分以上を滞納したとき ④賃料等の支払をたびたび遅滞することにより、支払能力がないものと甲が認め、かつ、かかる遅滞が本契約における乙と甲との信頼関係を著しく害するものであると甲が認めたとき ⑤本物件および本物件に附属する施設（浄化槽、倉庫、ゴミ置場、花壇、駐車場等）、またはその敷地内を故意または重大な過失により、汚損、毀損、破壊、または滅失したとき ⑥本物件における他の居住者との共同生活の秩序を乱す行為があったとき ⑦甲の要求する条件を満たす連帯保証人および身元引受人を立てられないとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	賃貸借契約書第 11 条
	解約予告期間	相当の期間を定めて催告した上で、本契約を解除することができる。
入居者からの解約予約期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	1 ☒ あり (内容：一泊二日～最長 1 ヶ月未満 別途定める体験利用契約書を締結する) 2 なし	
入居定員	30 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			
	5	常勤 4	非常勤 1	
管理者 兼 サ責	1	1		1
生活相談員				
生活支援スタッフ	5	4	1	3.5
介護職員	4	4		3.0
看護職員	1		1	0.5
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他の職員				
1 週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数※2				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従事者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従事者の人数を常勤の従事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
医師	1	1	
社会福祉士	1	1	
介護福祉士	1	1	
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	2	2	
介護支援専門員		1	
看護師	1		1

(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		1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
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 (17:30 時～ 8:30 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		サ高住の責任者として		(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											
前年度1年間の 退職者数				1							
応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上		1	1							
	5年未満										
	5年以上			3							
	10年未満										
	10年以上										
従事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	①諸物価の上昇、経済事情の変動その他必要があると事業主体者が判断したとき ②事業主体者が賃貸する同種の建物の賃料等と比較して不均衡が生じたと事業主体者が認めたとき ③事業主体者が本物件、附帯施設、またはその敷地に改良を施したとき	
	手続き	事前に入居者に告知し改定する	

(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		自立	
		年齢		70 歳	
居室の状況		床面積		18.03 m ²	
		便所		1 有 2 無	
		浴室		1 有 2 無	
		台所		1 有 2 無	
入居時点で必要な費用		前払金		0 円	
		敷金		0 円	
月額費用の合計 (税別)				142,276 円	
サービス費用	家賃		49,000 円		
	特定施設入居者生活介護※1 の費用		円		
	介護保険外※2	食費 (税込)		48,276 円	
		共益費		23,000 円	
		生活支援サービス費 (税込)		22,000 円	
				円	
		その他		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	49,000 円
敷金	家賃の0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。
共益費	23,000 円
食費 (税込)	48,276 円
生活支援サービス費 (税込)	22,000 円
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	

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。	

（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

（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	
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	10 人
	女性	20 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	10 人
	85 歳以上	18 人
要介護度別	自立	3 人
	要支援 1	9 人

	要支援 2	3 人
	要介護 1	10 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	4 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	13 人
	1 年以上 5 年未満	13 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	84.9 歳
入居者数の合計	30 人
入居率※	100.0 %
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	1 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) ・ 認知症状が進み、当施設での対応が困難となったため。
	入居者側の申し出	2 人
		(解約事由の例) ・ ご主人の居住している施設へ転居された。 ・ 既往症の悪化により医療対応の高い施設へ転居された。

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		金木屋事務所
電話番号		0565-47-1165
対応している時間	平日	9：00～17：00
	土曜	9：00～17：00
	日曜・祝日	9：00～17：00
定休日		12/31～1/3

(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	(その内容)
	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)
	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
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)
	☒ 2 代替措置なし 適宜個別に対応する	
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	
サービス付き高齢者向け住宅設置運営指導指針「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	
サービス付き高齢者向け住宅設置運営指導指針の不適合事項	1 あり ☒ 2 なし	
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 印

説明年月日 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

事業主体が愛知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	☐		
訪問入浴介護	あり	☐		
訪問看護	あり	☐		
訪問リハビリテーション	あり	☐		
居宅療養管理指導	あり	☐		
通所介護	あり	☐		
通所リハビリテーション	☒	☐	ハートフルデ`イケア 知多 新城介護老人 保健施設 サリヤの丘	知多市新知東町 1-7-9 新城市矢部字上ノ川 1-3
短期入所生活介護	あり	☐		
短期入所療養介護	あり	☐		
特定施設入居者生活介護	あり	☐		
福祉用具貸与	あり	☐		
特定福祉用具販売	あり	☐		
<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	☐		
夜間対応型訪問介護	あり	☐		
認知症対応型通所介護	あり	☐		
小規模多機能型居宅介護	あり	☐		
地域密着型通所介護	あり	☐		
認知症対応型共同生活介護	☒	☐	グループホーム サリヤの家	新城市矢部字広見 55-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	☐		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	☐		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	☐		
居宅介護支援	☒	☐	居宅介護支援 事業所 サリヤの丘	新城市矢部字上ノ川 1-3
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	☐		
介護予防訪問入浴介護	あり	☐		
介護予防訪問看護	あり	☐		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	☐		
介護予防居宅療養管理指導	あり	☐		
介護予防通所介護	あり	☐		
介護予防通所リハビリテーション	あり	☐		
介護予防短期入所生活介護	あり	☐		
介護予防短期入所療養介護	あり	☐		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	☐		
介護予防福祉用具貸与	あり	☐		
特定介護予防福祉用具販売	あり	☐		

＜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	新城介護老人 保健施設 サリヤの丘	新城市矢部字上ノ川 1-3
介護療養型医療施設	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）		備考		
				包含※2	都度※2	料金（税別）※3	
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり	○	500～1000 円/回	介護保険上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事出来ません。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○	500 円/回	介護保険上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事出来ません。
おむつ代			なし	あり	○		オムツ、パット等別添料金表記載の金額で提供します
入浴（一般浴）見守り			なし	あり	○	1000 円/回	自立等、介護保険認定を受けていない方
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	2000 円/回	介護保険上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事出来ません。
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	2500 円/回	介護保険上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事出来ません。
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○	500 円/回	介護保険上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事出来ません。
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助・外出介助	なし	あり	なし	あり	○	1000 円/30 分	介護保険上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事出来ません。
生活サービス							
居宅清掃	なし	あり	なし	あり	○	1000 円/30 分	介護保険上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事出来ません。
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	500 円/回	介護保険上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事出来ません。
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	1000 円/回	介護保険上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事出来ません。
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○	300 円/回	介護保険上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事出来ません。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり			刻み食、調整食などの特別食を提供いたします。調整食は別途料金が加算されます。
おやつ			なし	あり			水分補給のお茶を提供いたします
理美容師による理美容サービス			なし	あり			訪問理美容の手配は致します 理美容サービスには別途費用がかかります
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	500 円/30 分	介護保険上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事出来ません。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	1000 円/回	介護保険上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事出来ません。
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	○		立替又はお預け預り金は、上限月額 1 万円まで
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	○			薬の受け取り・お預かり 介護報酬上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事は出来ません。
	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		○	1000 円/30 分	通院介助と同等とします 介護報酬上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事は出来ません。
	入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	1000 円/30 分	通院介助と同等とします 介護報酬上の 21 項の「居宅サービス計」に基づき利用するサービスと重複する場合は、本サービスを利用する事は出来ません。
	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。