

重要事項説明書

記入年月日	2022.7.1
記入者名	中西 吉博
所属・職名	代表取締役

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) カブシキカイシャ ネクストライフ 株式会社 ネクストライフ	
主たる事務所の所在地	〒525-0031 滋賀県草津市若竹町 7-10KB21 本館 3F	
連絡先	電話番号	077-561-2220
	FAX番号	077-561-2212
	ホームページアドレス	https://nextlife-care.com
代表者	氏名	中西 吉博
	職名	代表取締役
設立年月日	2011年12月6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) エスケア グランシェフクサツ エスケア グランシェフ草津	
所在地	〒525-0072 滋賀県草津市笠山1丁目3-32	
主な利用交通手段	最寄駅	南草津駅
	交通手段と所要時間	①近江鉄道「笠山停留所」 ②自動車利用の場合 JR 南草津駅～2.0km 車約10分

連絡先	電話番号	077-574-8761
	FAX番号	077-574-8762
	メールアドレス	conciierge@nextlife-care.com
	ホームページアドレス	https://escarethegrand.jp
管理者	氏名	田中 正也
	職名	施設長
建物の竣工日		2021年7月30日
有料老人ホーム事業の開始日		2021年9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 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅型		
4 <input type="checkbox"/> 健康型		
1または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	725.59 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> あり (2021年9月1日～2046年8月31日) 2 なし	
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	1,225 m ²
		うち、老人ホーム部分	1,225 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)					
	抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (2021年9月1日～2046年8月31日) 2 なし				
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室(縁故者居室を含む)				
		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	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.0 m ²	14 室	介護居室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	20.7 m ²	12 室	介護居室
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	22.8 m ²	2 室	介護居室
	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	1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	1ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
その他(自立支援浴槽)			2ヶ所			
食堂	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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・玄関)	1 あり 2 一部あり 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	入居者の皆様が安心して暮らしを過ごしていただだけ充実した日をお過ごしいただくために私たちは信頼できる家族で有り続け、入居者の皆様と笑顔あふれる楽しい時間を大切にいたします。
サービスの提供内容に関する特色	私達にしか出来ないサービスを追求する為に、家族サービス(施設サービス)をお手伝い専門部署、「ケアサポートサービス」を設置し、自宅での生活に近い形で生活のサポートを致します。
入浴、排せつまたは食事の介護	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
安否確認また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

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人華頂会 琵琶湖養育院病院
		住所	滋賀県大津市大萱 7 丁目 7 番 2 号
		診療科目	総合
		協力科目	総合
		協力内容	診療、健康相談、健康診断
	2	名称	医療法人社団あかつき会本丸たけだ医院
		住所	滋賀県大津市本丸町 2 番 18 号
		診療科目	内科・整形・皮膚科
		協力科目	内科・整形・皮膚科
		協力内容	概ね月 2 回の訪問診療
協力歯科医療機関		名称	医療法人明貴会 三条山口歯科医院
		住所	京都市中京区三条河原町下る大黒町 71 番地 21CT ビーチ山口ビル
		協力内容	概ね月 2 回の訪問診療

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	日常の(継続的)医療行為や感染症のない方、共同生活を営める方	
契約の解除の内容	入居契約(第 9 条)	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 10 条の規定通り。
	解約予告期間	1 ヶ月
入居者からの解約予告期間	2 ヶ月以上	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容 : 一泊 7,000 円/税込) 2 なし	
入居定員	39 人	
その他	ご夫婦の場合 2 室分の利用契約となります。	

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				
介護職員	19	7	12	
看護職員	3	2	1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1	1		
調理員	3	3		
事務員	2	2		
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	2	12
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	6	5	1
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	
看護師または准看護師	3	2	1
理学療法士	1	1	
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 (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

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり							
	資格等の名称		介護支援専門員、介護福祉士							
			<input type="checkbox"/> 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	1	1	2	5						
前年度1年間の退職者数		1		9						
応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満	2	1	4	7					
	1年以上			1	2					
	3年未満									
	3年以上			1	3					
	5年未満									
	5年以上			1						
	10年未満									
10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 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
		<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	入居契約(第6条)
	手続き	運営懇談会の開催、実地3か月前に告知する。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		タイプA利用の場合	タイプB利用の場合	
入居者の状況	要介護度	要介護度3	要介護度3	
	年齢	84歳	80歳	
居室の状況	床面積	18㎡	18㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	210,000円	279,000円	
月額費用の合計		205,630円	238,630円	
家賃		70,000円	93,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		円	
	介護保険外※ ²	食費	88,000円	88,000円
		管理費	20,000円	30,000円
		介護費用（生活支援5時間）	16,500円	16,500円
		電気利用料金（実費）	2,000円	2,000円
		保険料（任意）	2,200円	2,200円
	洗濯外注（任意）	7,700円	7,700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	滋賀県有料老人ホーム及び周辺地域賃料等参考
敷金	入所一時金として家賃の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	滋賀県有料老人ホーム及び周辺地域料金相場参考
食費	全国有料老人ホーム光熱費参考
光熱水費	水道、瓦斯料金は共益費に含む。電気料金は居室設置メーター検針量に応じた料金が別途必要となります。
受信料等	実費
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	

(退居時の敷金精算内訳)

(精算項目)

一時金の返却算定：消毒清掃費・内装修繕費用等を以下入居期間において差し引き、残金全額を返還します。

滞在期間別の修繕費内訳

●入居日より30日以内の退居

室内消毒清掃(16,500円)・カーテンクリーニング(5,500円)費用として22,000円税込

●入居日より90日以内の退居

室内消毒清掃(16,500円)・カーテンクリーニング(5,500円)、クロス補修貼直し(33,000円)費用として55,000円税込

●入居日より91日以上での退去

室内消毒清掃床ワックス(33,000円)・カーテン交換(22,000円)、居室クロス張替(110,000円)費用として165,000円税込

*その他経年劣化以外の故意の破損修繕があった場合には別途請求いたします。

*事故などで破損の場合は弊社加入保険を適用する意向です。但し保険会社にて保険請求否認の場合はこの限りではありません。

(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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	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		人
	要介護 5		人
入居期間別	6ヶ月未満		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		歳
入居者数の合計		人
入居率※		%
※ 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	株式会社ネクストライフ	
電話番号	077-561-2220	
対応している時間	平日	9時～18時
	土曜	休日
	日曜・祝日	休日
定休日	土日祝日	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 「東京海上日動」損害賠償責任保険
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 上記損害賠償責任保険での補填
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応およびその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 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(オンライン開催含む)
	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.規模および構造設備」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 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 事業主体が滋賀県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	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	ライフパートナー 草津市東草津1丁目4-53 ビワコHONDAビル1F
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	ライフパートナー 同上
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	
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	
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	
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	ライフパートナー 同上
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	ライフパートナー 同上
＜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	
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	ライフパートナー 同上

＜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		
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		
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		
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		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	ライフパートナー	同上
＜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		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
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）					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	
	なし	あり	なし	あり	○	
介護サービス						
食事介助	なし	あり	なし	あり	○	介護保険外サービスは生活支援費（ケアサポート）の中 に含まれ5時間のサービスが基本となります。 5時間を超える場合については別途加算をさせていただきます。 料金は個別に説明させていただきます。
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	○	
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	○	
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	介護保険外サービスは生活支援費（ケアサポート）の中 に含まれ5時間のサービスが基本となります。 5時間を超える場合については別途加算をさせていただきます。 料金は個別に説明させていただきます。
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		
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		
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		介護保険外サービスは生活支援費（ケアサポート）の中 に含まれ5時間のサービスが基本となります。 5時間を超える場合については別途加算をさせていただきます。 料金は個別に説明させていただきます。
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						
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		介護保険外サービスは生活支援費（ケアサポート）の中 に含まれ5時間のサービスが基本となります。 5時間を超える場合については別途加算をさせていただきます。 料金は個別に説明させていただきます。
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割または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。