

重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 記入年月日 | 令和3年 6月 30日 |
| 記入者名 | 畑森恵子 |
| 所属・職名 | 管理者 |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|--|--|
| 名称 | (ふりがな)いりょうほうじんけいあいかい くりにつくはたもり 医療法人恵愛会クリニック畑森 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 558-0023 大阪市住吉区山之内2丁目9-11 | |
| 連絡先 | 電話番号／FAX番号 | (06) 6692-4819 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | http:// www.clinic-hatamori.com/ |
| 代表者（職名／氏名） | 理事長 | ／ 畑森信夫 |
| 設立年月日 | 平成 | 7年 6月 |
| 主な実施事業 | 内科診療所 サービス付き高齢者向け住宅 ・ 訪問介護事業所 | |

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)こすもめいとしみずがおか コスモメイト清水丘 | |
| 届出・登録の区分 | 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 | |
| 有料老人ホームの種類 | 住宅型 | |
| 所在地 | 〒 558-0033 大阪市住吉区清水丘2丁目1-18 | |
| 主な利用交通手段 | 南海高野線 我孫子前 駅から 徒歩で 5分 | |
| 連絡先 | 電話番号 | (06) 6672-5501 |
| | FAX番号 | (06) 6672-5502 |
| | ホームページアドレス | http:// www.clinic-hatamori.com/ |
| 管理者（職名／氏名） | 管理者 | ／ 畑森 恵子 |
| 有料老人ホーム事業開始日／届出受理日・登録日（登録番号） | 平成 29年 2月 1日 | ／ 平成 28年3月22日 大阪市長(サ高住27)第23号 |

3 建物概要

| | | | | | | | | | | |
|--------|------------------------|--|---------------|------------------|---------------------|-------|--------------|------------|--------------------|--|
| 土地 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | | 契約の自動更新 | あり | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 | 29年 | 2月 | 1日 | ～ | 平成 | 39年1月 31日 | | |
| | 面積 | 233.8 m ² | | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | | 契約の自動更新 | あり | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 | 29年 | 2月 | 1日 | ～ | 平成 | 39年 1月 31日 | | |
| | 延床面積 | 899.0 m ² (うち有料老人ホーム部分 m ²) | | | | | | | | |
| | 竣工日 | 平成 | 28年 | 12月 | 2日 | 用途区分 | 寄宿舍 | | | |
| | 耐火構造 | 耐火建築物 | | その他の場合： | | | | | | |
| | 構造 | 鉄骨造 | | その他の場合： | | | | | | |
| | 階数 | 5階 | | (地上 | | 5階、地階 | | 0階) | | |
| | サ高住に登録している場合、登録基準への適合性 | | | | | | 適合している | | | |
| 居室の状況 | 総戸数 | 26戸 | | 届出又は登録をした室数 | | | | 26室 | | |
| | 部屋タイプ | トイレ | 洗面 | 浴室 | 台所 | 収納 | 面積 | 室数 | 備考(部屋タイプ、相部屋の定員数等) | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.09～22.41 | 26 | 1R | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 3ヶ所 | | うち男女別の対応が可能なトイレ | | | | 0ヶ所 | | |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ | | | | 2ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 個室 | 3ヶ所 | | ヶ所 | | | | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 機械浴 | 0ヶ所 | | ヶ所 | | | | その他： | |
| | 食堂 | 1ヶ所 | | 面積 | 76.0 m ² | | 談話室、談話コーナー含む | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | あり | | | | | | | | |
| | エレベーター | あり(ストレッチャー対応) | | | | | 1ヶ所 | | | |
| | 廊下 | 中廊下 | m | | 片廊下 | m | | | | |
| | 汚物処理室 | 3ヶ所 | | | | | | | | |
| | 緊急通報装置 | 居室 | あり | トイレ | あり | 浴室 | あり | 脱衣室 | あり | |
| 通報先 | | 事務所及び職員が持つPHS | | | 通報先から居室までの到着予定時間 | | | | 1分 | |
| その他 | | | | | | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | あり | 自動火災報知設備 | あり | 火災通報設備 | あり | | | | |
| | スプリンクラー | あり | なしの場合(改善予定時期) | | | | | | | |
| | 防火管理者 | あり | | | 避難訓練の年間回数 | 2回 | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | | |
|-------------------|---|---------------------------|
| 運営に関する方針 | 安心して毎日の生活を送って頂けるサービスと、住居の提供を行います。終の棲家として頂けるため、お看取りまでさせていただきます | |
| サービスの提供内容に関する特色 | クリニック畑森と24時間体制で医療連携を行っている | |
| サービスの種類 | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | | |
| 食事の提供 | 自ら実施 | コスモメイト清水ヶ丘 |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与 | | |
| 健康管理の支援（供与） | 自ら実施・委託 | クリニック畑森と24時間体制で医療連携を行っている |
| 状況把握・生活相談サービス | 自ら実施 | コスモメイト清水ヶ丘 |
| 提供内容 | 安否確認・健康状態の把握・緊急時の御家族様への連絡・新聞の受け取り・タクシーの手配 | |
| サ高住の場合、常駐する者 | 医療法人の職員 | |
| 健康診断の定期検診 | なし | |
| | 提供方法 | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス | ※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入居者の個別選択によるサービス一覧表） | |
| 虐待防止 | 職員研修による定期的な指導 | |
| 身体的拘束 | 職員研修による定期的な指導・身体的拘束は致しません | |

(併設している高齢者居宅生活支援事業者)

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

| | |
|------------|--|
| 事業所名称 | (ふりがな) いりようほうじんけいあいかいくりにつくはたもりほうもんかいこじぎょうしょ 医療法人恵愛会クリニック畑森訪問介護事業所 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒558-0033 大阪市住吉区清水丘2丁目1-18コスモメイト清水丘1階 |
| 事務者名 | (ふりがな) わかやままゆみ 若山真由美 |
| 併設内容 | 介護が必要な高齢者にホームヘルプサービスを提供する。 |

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

| | |
|------------|--------|
| 事業所名称 | (ふりがな) |
| 主たる事務所の所在地 | |
| 事務者名 | (ふりがな) |
| 連携内容 | |

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

| | | |
|----------|---------|-------------------------|
| 医療支援 | | |
| | その他の場合： | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人恵愛会クリニック畑森 |
| | 住所 | 大阪市住吉区山之内2丁目9-11 |
| | 診療科目 | 内科 |
| | 協力内容 | 訪問診療、急変時の対応 24時間オンコール体制 |
| | | その他の場合： |
| | 名称 | |
| | 住所 | |
| | 診療科目 | |
| 協力内容 | | |
| | その他の場合： | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | |
| | 住所 | |
| | 協力内容 | |
| | | その他の場合： |

(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】

| | | | |
|----------------|--------|---------|--------|
| 入居後に居室を住み替える場合 | | | |
| | | その他の場合： | |
| 判断基準の内容 | | | |
| 手続の内容 | | | |
| 追加的費用の有無 | | | 追加費用 |
| 居室利用権の取扱い | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | | 調整後の内容 |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | | 変更の内容 |
| | 便所の変更 | | 変更の内容 |
| | 浴室の変更 | | 変更の内容 |
| | 洗面所の変更 | | 変更の内容 |
| | 台所の変更 | | 変更の内容 |
| | その他の変更 | | 変更の内容 |

(入居に関する要件)

| | | | |
|----------------|---------------------------------|------------|----------------|
| 入居対象となる者 | 自立、要支援、要介護 | | |
| 留意事項 | 60歳以上の方または要介護認定若しくは要支援認定を受けている方 | | |
| 契約の解除の内容 | 契約書第11条及び第12条に記載 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 契約書第11条に記載 | |
| | 解約予告期間 | 相当の期間を定める | |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 1泊2食付き ¥6,450- |
| 入居定員 | 34人 | | |
| その他 | | | |

5 職員体制

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 兼務している職種名及び人数 |
|---------|-----------|----|-----|---------------|
| | 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 | 14 | | 14 | |
| 看護職員 | 4 | | 4 | |
| 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 | 2 | | 2 | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | | 備考 |
|-------|----|-----|---|----|
| | 常勤 | 非常勤 | | |
| 介護福祉士 | 7 | | 7 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(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・介護職員等の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (16時～ 10時) | | |
|----------------------|------|---------------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 1 人 | 1 人 |
| 生活相談員 | 人 | 人 |
| | 人 | 人 |

(職員の状況)

| 管理者 | 他の職務との兼務 | | あり | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------|--------|---------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| | 業務に係る資格等 | 資格等の名称 | | | | | | | | |
| | 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 | | | | 10 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | 5 | | | | | | |
| 就業した業務に従事した経験年数に 応じた職員の数 | 1年未満 | | | 9 | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | | 5 | | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | | | 8 | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | あり | | 年1回から2回 | | | | | | | |

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| 居住の権利形態 | 建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 | 月払い方式 | |
| | 選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択 | |
| 年齢に応じた金額設定 | なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 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 | あり | |
| | 内容： | 家賃・共益費・生活支援サービス費が必要 |
| 利用料金の改定 | 条件 | |
| | 手続き | |

(代表的な利用料金のプラン)

| | | プラン1 | プラン2 |
|---|---|----------------|------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護認定を受けている方 | |
| | 年齢 | 60歳以上 | |
| 居室の状況 | 部屋タイプ | 一般居室個室 | |
| | 床面積 | 18.09～22.41㎡ | |
| | トイレ | あり | |
| | 洗面 | あり | |
| | 浴室 | なし | |
| | 台所 | なし | |
| | 収納 | あり | |
| 入居時点で必要な費用 | 敷金 | 100,000円 | |
| | | | |
| 月額費用の合計 | | | |
| 家賃 | | 50,000～65,000円 | |
| ※ サ ー ビ ス 外 の 保 険 費 用 （ 介 護 ） | 食費 | 45,000円 | |
| | 共益費 | 20,000円 | |
| | 状況把握及び生活支援サービス費 | 20,370円 | |
| | 電気代 | 個別に関西電力と契約 | |
| | | | |
| 備考 | 介護保険費用1割又は2割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。） ※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等)

| | | |
|----------------------|------------------|--------|
| 家賃 | 50,000～65,000円 | |
| 敷金 | 100,000円 | |
| | 解約時の対応 | 原則的に返金 |
| 前払金 | | |
| 食費 | 45,000円 (30日) | |
| 共益費 | 20,000円 | |
| 生活支援サービス費 | 20,370円 | |
| 電気代 | 個別に関西電力と契約しお支払い。 | |
| | | |
| 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 | | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

| | | |
|--------------------------------------|---------------|--|
| 想定居住期間 (償却年月数) | | |
| 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) | | |
| 初期償却額 | | |
| 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 | | |
| | | |

7 入居者の状況

(入居者の人数)

| | | |
|---------------------|------------|---------|
| 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 | 8人 |
| | 85歳以上 | 16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 | 5人 |
| | 要介護2 | 10人 |
| | 要介護3 | 1人 |
| | 要介護4 | 5人 |
| | 要介護5 | 5人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 1人 |
| | 6か月以上1年未満 | 2人 |
| | 1年以上5年未満 | 23人 |
| | 5年以上10年未満 | 0人 |
| | 10年以上 | 0人 |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 0人 / 0人 |
| 入居者数 | | 26人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|------|-----|-------|-------|-------|-----|
| 性別 | 男性 | 4人 | 女性 | 22人 | |
| 男女比率 | 男性 | 15.3% | 女性 | 84.6% | |
| 入居率 | 96% | 平均年齢 | 85.3歳 | 平均介護度 | 2.8 |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|--------------------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 2人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 4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 | 3人 |
| | | (解約事由の例) 自宅に帰られる為2人、介護老人保健施設へ入所1人 |

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情・虐待に対する窓口等の状況)

| | | | |
|----------------------------|-------|---|--|
| 窓口の名称 (設置者) | | コスモメイト清水丘 苦情相談窓口 | |
| 電話番号 / F A X | | 06-6672-5501 / 06-6672-5502 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9時～18時 | |
| | 土曜 | 9時～18時 | |
| | 日曜・祝日 | 9時～18時 | |
| 定休日 | | なし | |
| 窓口の名称 (大阪市有料老人ホーム指導担当) | | 大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課 | |
| 電話番号 / F A X | | 06-6241-6315 / 06-6241-6608 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:30 | |
| 定休日 | | 土・日・祝日 12/29～1/3 | |
| 窓口の名称 (大阪市サービス付き高齢者向け住宅担当) | | ①(サービス関連窓口)大阪市福祉局高齢者施策部高齢施設課 ②(設備関連窓口)都市整備局企画部安心居住課 | |
| 電話番号 / F A X | | ①06-6241-6536②06-6208-9648 / ①06-6241-6604②06-6202-7064 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:30 | |
| 定休日 | | 土・日・祝日 12/29～1/3 | |
| 窓口の名称 (虐待の場合) | | 大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課(指定・指導グループ) | |
| 電話番号 / F A X | | 06-6241-6310 / 06-6241-6608 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:30 | |
| 定休日 | | 土・日・祝日 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 | 加入先 | 三井住友海上火災保険株式会社 |
| | 加入内容 | 入所型施設の賠償責任補償制度 |
| | その他 | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 速やかに対応し、連絡報告する。 | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | あり | |

(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 | なし | ありの場合 | |
| | | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | 開示の方法 |
| 第三者による評価の実施状況 | なし | ありの場合 | |
| | | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| 結果の開示 | | 開示の方法 | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|----------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に公開 |
| 管理規程 | 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書 | 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 公開していない |

10 その他

| | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------|
| 運営懇談会 | あり | ありの場合 | |
| | | 開催頻度 | 年 1 回 |
| | | 構成員 | |
| | | なしの場合の代替措置の内容 | |
| 提携ホームへの移行 | なし | ありの場合の提携ホーム名 | |
| 個人情報の保護 | 文書で同意書をいただき、厳正に管理する。 | | |
| 緊急時等における対応方法 | 24時間職員を設置し、医師やご家族様への連絡、救急車の手配を行う。 | | |
| 大阪市ひとにやさしいまちづくり整備要綱等に定める基準の適合性 | 適合 | 不適合の場合の内容 | |
| 大阪市有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項 | なし | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | | |
| 「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 代替措置等の内容 | | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | | | |
| 上記項目以外で合致しない事項 | | | |
| 合致しない事項の内容 | | | |
| 代替措置等の内容 | | | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | | | |

添付書類：別添1（事業者が運営する介護サービス事業一覧表）

別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）

上記の重要事項の内容、並びに介護サービス等及びその提供事業者を自由に選択できることについて、事業者より説明を受けました。

（入居者）

住 所

氏 名

様

（入居者代理人）

住 所

氏 名

様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日

令和

年

月

日

説明者署名

(別添1)事業者が運営する介護サービス事業一覧表

| 介護保険サービスの種類 | | 事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------------|----|---------------------------|-----------------------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | あり | 医療法人恵愛会クリニック畑森 訪問介護事業所 | 大阪市住吉区清水丘2丁目1-18コスモメイト清水丘1階 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | なし | | |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | 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 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 居宅介護支援 | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | 医療法人恵愛会クリニック畑森 訪問介護事業所 | 大阪市住吉区清水丘2丁目1-18コスモメイト清水丘1階 |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所介護 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 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 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 介護予防支援 | なし | | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | 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入居者の個別選択によるサービス一覧表

| | | 個別の利用料で実施するサービス | | 備 考 |
|----------|------------------|-----------------|-----------------------|---------------------------------------|
| | | | 料金※(税抜) | |
| 介護サービス | 食事介助 | あり | 1,000円 | 1回につき |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | あり | 500円 | 1回につき |
| | おむつ代 | あり | 実費 | おむつとパッドの組合せにより変動 |
| | 入浴(一般浴) 介助・清拭 | あり | 2,000円～ | 要支援2,000円・要介護1-3 2,500円・要介護4-5 3,500円 |
| | 特浴介助 | なし | | |
| | 身辺介助(移動・着替え等) | なし | | |
| | 機能訓練 | なし | | |
| | 通院介助 | あり | 1,000円 | 30分毎に |
| 生活サービス | 居室清掃 | あり | 1,000円 | 1ヵ月を単位として毎週1回の清掃 |
| | リネン交換 | あり | 500円 | 1回につき |
| | 日常の洗濯 | あり | 500円 | 1回につき |
| | 居室配膳・下膳 | あり | 無料 | 必要に応じてのみ |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | | |
| | おやつ | なし | | |
| | 理美容師による理美容サービス | あり | 2100円～ | 訪問理美容による顔剃り、カット、毛染め 組合せにより金額変動 |
| | 買い物代行 | あり | 500円 | 30分毎に |
| | 役所手続代行 | なし | | |
| 金銭・貯金管理 | あり | 無料 | 少額の金銭管理のみ(やむをえない場合のみ) | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | なし | | |
| | 健康相談 | あり | 無料 | 健康相談、血圧測定 |
| | 生活指導・栄養指導 | なし | | |
| | 服薬支援 | あり | 3,000円 | 1ヵ月 |
| | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | あり | 無料 | |
| 入退院のサービス | 移送サービス | なし | | |
| | 入退院時の同行 | なし | | |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | | |
| | 入院中の見舞い訪問 | あり | 無料 | 入退院時の地域医療連携室との連絡を含める |

※「あり」を選択したときは、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、1回当たりの金額など単位を明確にして入力する。