

## 重要事項説明書

記入年月日	2023年10月1日
記入者名	降旗宏明
所属・職名	代表取締役

注 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5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, 2, 3, 6（\*印）の内容については、別紙5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。

## 1. 設置者（\*）

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）かぶしきがいしゃ くろーばー 株式会社 クローバー	
主たる事務所の所在地	〒 393-0085 長野県諏訪郡下諏訪町東鷹野町4946-3	
連絡先	電話番号	0266-22-4155
	FAX番号	0266-78-6875
	ホームページアドレス	http://
	電子メールアドレス	
代表者	氏名	降旗 宏明
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 24 年 6 月 21 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	ぱせお すわ パセオ すわ
----	------------------

所在地	〒392-0016 長野県諏訪市豊田3952-1	
主な利用交通手段	最寄駅	上諏訪駅
	交通手段と所要時間	自動車利用の場合 中央道「諏訪IC」下車 諏訪市豊田「有賀下村」信号機より 200メートル
連絡先	電話番号	0266-55-4455
	FAX番号	0266-55-1512
	ホームページアドレス	http://
	電子メールアドレス	
管理者	氏名	本道秀一
	職名	施設長
建物の竣工日		豊田3952-1建物 昭和43年11月30日 豊田3952-2建物 平成24年3月2日
有料老人ホーム事業の開始日		平成27年3月30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） <input checked="" type="radio"/> 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	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	433.13㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="radio"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	契約期間	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (27年3月30日～47年3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	256 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	256 m <sup>2</sup>			
	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 ( 27年 3月 30日～ 47年 3月 30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/③無	有/③無	9.52～ 14.49 m <sup>2</sup>	13	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」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						

廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)	0.9～1.8m	その他の廊下	m
共用施設	共用便所における便房	5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	5ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0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	④ なし 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)			
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	1. 住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう支援 2. ご利用者様みんなに平等に親切に 3. 経営基盤を強固にし、事業の継続的安定を図る
サービスの提供内容に関する特色	・小規模な家庭的なサービスを心がけます ・少しでもコストを下げた経営に専念し、ご利用者様の入居費に還元できるように努めます。
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記載不可

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 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 ( )		
協力医療機関	1	名称	医療法人豊友会 諏訪豊田診療所
		住所	〒392-0016 長野県諏訪市大字豊田有賀 2434-2
		診療科目	内科 / 呼吸器科 / アレルギー科 / リハビリテーション科
		協力内容	定期受診 緊急が生じた場合の他病院への紹介等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		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		
契約の解除の内容	有料老人ホームパセオすわ入居契約書 第6条・7条に記載	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	有料老人ホームパセオ入居契約書 第7条に記載
	解約予告期間	1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: 一日料金3570円 ) 2 なし	
入居定員	13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） 14			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	0	1	
生活相談員	3	0	3	
直接処遇職員	6	0	6	
介護職員	5	0	5	
看護職員	1	0	1	
機能訓練指導員	1	0	1	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	1	0	1	
調理員	5	0	5	
事務員	0	0	0	
その他職員	0	0	0	
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	1	0	1
介護福祉士	2	0	2
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	5	1	5
介護支援専門員	1	0	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	0	1
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0

柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 16時～ 翌9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	4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		① あり 2 なし							
	業務に係る資格等		① あり							
	資格等の名称		介護職員初任者研修							
			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	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0



応じた業務に従事した職員の人数 経験年数に	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0
	3年未満										
	3年以上	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0
	5年未満										
	5年以上	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年未満										
10年以上	0	0	0	0							
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし				採用時に		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	
	手続き	

### （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2	要介護3
	年齢	80歳	90歳
居室の状況	床面積	9.52㎡	14.49㎡
	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	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		110670円(31日)	110670円(31日)	
家賃		23250円	23250円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	0円	0円	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費	46500円	46500円
		管理費	20150円	20150円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	20770円	20770円
	その他	0円	0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	月額支払い型契約における退去率と一定期間の空室発生や入居者当たりの管理費 原状回復費用等を踏まえての設定
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んでおりません。 当ホームは介護サービスは実施しておりません。 介護サービスをご利用の場合は外部介護事業所との契約になります。
管理費※ <sup>1</sup>	共用施設の維持・管理費・事務費・職員人件費
食費	一日1500円(朝300円 昼600円 夕600円)
光熱水費等※ <sup>2</sup>	水道費 電気料金 暖房費 LCV受信料
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2(個別選択による介護サービス一覧表)
その他のサービス利用料	
※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。	
※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金(入居者が居室に設置する場合の受信料等)等を明記すること。	

**(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	2人
	女性	11人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	9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	0人
	要介護2	4人
	要介護3	4人
	要介護4	3人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	9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	85歳
入居者数の合計	13人
入居率※	100%
※ 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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	1人
	死亡者	1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	0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		パセオすわ 苦情相談窓口
電話番号		0266-55-4455
対応している 時間	平日	09:00~17:00
	土曜	09:00~17:00
	日曜・祝日	休み
定休日		日曜 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	① あり	(その内容) 東京海上日動保険
	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) 有料老人ホームパセオすわ 入居契約書第14条に記載
	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	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 回
	<input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	<input checked="" type="radio"/> 1 代替措置あり	(内容) ご利用者家族来所の際、近況など報告。
	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: ) <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 あり    2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	既存建物のため居室面積 廊下幅が規定の面積に達していない。 (具体的な代替措置、改善計画は作成済み)	

「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	<input checked="" type="radio"/> 1 適合している（代替措置） <input type="radio"/> 2 適合している（将来の改善計画） <input type="radio"/> 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	あり
不適合事項がある場合の内 容	既存建物のため居室面積 廊下幅が既定の面積に達していない （具体的な代替え措置、改善計画は作成済み）

添付書類：別添1（別の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 事業主体が長野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		なし	併設・隣接		
訪問入浴介護		なし	併設・隣接		
訪問看護		なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション		なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導		なし	併設・隣接		
通所介護	あり		併設・隣接	憩いの家パセオ	下諏訪町 2 6
通所リハビリテーション		なし	併設・隣接		
短期入所生活介護		なし	併設・隣接		
短期入所療養介護		なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護		なし	併設・隣接		
福祉用具貸与		なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売		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		なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護		なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり		併設・隣接	パセオおかや パセオとよだ	岡谷市赤羽 3 - 2 - 1 5 諏訪市豊田 3 0 4 0 - 1
認知症対応型通所介護		なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護		なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護		なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護		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		なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護		なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり		併設・隣接	パセオ居宅介護支援事業所	岡谷市赤羽 3 - 2 - 1 5
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護		なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護		なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション		なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導		なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり		併設・隣接	憩いの家パセオ	下諏訪町 2 6
介護予防通所リハビリテーション		なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護		なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護		なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護		なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与		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		なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり		併設・隣接	パセオ居宅介護支援事業所	岡谷市赤羽 3 - 2 - 1 5



＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設		なし	併設・隣接		
介護老人保健施設		なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設		なし	併設・隣接		
介護医療院		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		なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり		併設・隣接	パセオおかや	岡谷市赤羽 3-2-15
				パセオとよだ	諏訪市豊田 3040-1
その他生活支援サービス		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）					包含 <sup>※2</sup>	都度 <sup>※2</sup>	料金 <sup>※3</sup>	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 <sup>※1</sup> ）		なし	あり	あり				
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	○あり					外部の介護サービス導入していただきます
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	○あり					外部の介護サービス導入していただきます
おむつ代			なし	○あり		○	実費		おむつ代実費請求となります
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		○			一時間＝1000円 病院までは介護タクシー使用
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	○なし	あり	○				
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					諏訪市 岡谷市 下諏訪町の範囲
役所手続き代行	なし	あり	なし	○あり					一時間＝1000円 病院までは介護タクシー使用
金銭・貯金管理			なし	あり					当施設では行なっておりません
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	○あり					かかりつけ病院で任意で行っていただきます。
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									
移送サービス	なし	あり	なし	○あり		○			介護タクシー会社へ実費負担

入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="radio"/> あり			右記	一時間＝1000円 介護タクシー使用
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	<input checked="" type="radio"/> なし	あり				ご家族様で対応お願い致します
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input checked="" type="radio"/> なし	あり				ご家族様で対応お願い致します

※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。