

重要事項説明書

記入年月日	2025年7月1日
記入者名	上田 寿代
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) かぶしきがいしゃ ぐろーりー 株式会社 グローリー	
主たる事務所の所在地	〒610-0117 京都府城陽市枇杷庄大堀94番地	
連絡先	電話番号	0774-56-0135
	FAX番号	0774-56-0709
	ホームページアドレス	無
代表者	氏名	上田 寿代
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 13年 3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	(ふりがな) ぐろーりーごしょみなみ グローリー御所南	
所在地	〒604-0052 京都市中京区油小路通押小路下る押油小路町250番地	
主な利用交通手段	最寄駅	二条城前駅
	交通手段と所要時間	電車利用の場合 ・京都市営地下鉄 東西線 二条城前駅下車 徒歩2分
連絡先	電話番号	075-223-1881
	FAX番号	075-223-1882
	ホームページアドレス	無
管理者	氏名	上田 寿代
	職名	代表取締役

建物の竣工日	平成 27年 3月 1日
有料老人ホーム事業の開始日	平成 27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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	260 m ²	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が貸借する土地	
		抵当権の有無	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		
建物	延床面積	全体	998.52 m ²
		うち、老人ホーム部分	m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物	
2 事業者が貸借する建物			
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	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	25.56 m ²	4	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	26.21 m ²	4	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	25.48 m ²	4	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	25.59 m ²	4	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	25.35 m ²	4	一般居室個室
	タイプ6	有/無	有/無	25.49 m ²	4	一般居室個室
	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	0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	ヶ所		
	共用浴室	0ヶ所	個室	ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	0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（ ）	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	
	2		一部あり	3	なし	
	3		なし			
便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	3	なし
	2		一部あり	3	なし	
	3		なし			
浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	3	なし
	2		一部あり	3	なし	
	3		なし			
その他 ()	1	あり	2	一部あり	3	なし
	2		一部あり	3	なし	
	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	常に入居者に対し、尊厳ある人格を持った一人の社会人として向き合い、かつ高齢期にある人として敬愛する。					
サービスの提供内容に関する特色	サービス提供において付随して看護師による健康状態の把握・確認及び健康相談を行う。 心身の状況及び日常生活の状況の確認（住戸へ3時間ごとに訪問し安否確認） 各居住部分に緊急通報設備が設置。 入居者の心配や悩み事（食事、健康、趣味、人間関係）の相談に対し、助言を行う。					
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2	委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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ため省略

(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	
	3	通院介助	
	4	その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人 石川医院
		住所	京都府京都市左京区下鴨梅ノ木町 46-1 カサ下鴨 2 階
		診療科目	内科、神経内科

		協力科目	内科、神経内科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	<input type="checkbox"/> 1 あり			
		医療機関の名称		
		医療機関の住所		
	<input type="checkbox"/> 2 なし			
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/> 1	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ため省略

(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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
留意事項			
契約の解除の内容	入居契約書 第11条 参照		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第11条	
	解約予告期間	2ヶ月	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居の内容	1 あり (内容:)		
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	24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				
介護職員				
看護職員	11		11	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	2		2	
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			
実務者研修の修了者			
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 (17時30分 ~ 8時30分)		
	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	人	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	ホームヘルパー2級			
	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
前年度1年間の採用者数		2			
前年度1年間の退職者数		2			
に業務に従事した経験年数	1年未満	2			
	1年以上	2			
	3年未満				
	3年以上	3			
	5年未満				
	5年以上	4			

	10年未満										
	10年以上										
従業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 <input checked="" 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"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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. 土地又は建物に対する租税その他の負担の増減により賃料が 不相当となった場合 2. 土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動 により賃料が不相当となった場合 3. 近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合
	手続き	協議の上、賃料を改定

(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	要支援2	要介護4
	年齢	81歳	84歳
居室の状況	床面積	26.21㎡	25.56㎡
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	台所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	500,000円	500,000円

月額費用の合計			209,320円	209,320円
家賃			125,000円	125,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		0円	0円
	※2 介護保険外	食費	58,320円	58,320円
		管理費	15,000円	15,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	実費	実費円
		その他：生活管理費 その他サービス	11,000円 実費	11,000円 実費
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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サービスであっても、本欄には記入していない）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	施設の建設費、修繕費、地代等を基礎とし、近傍同種の住宅の家賃等を参考に算定した金額
敷金	家賃の 4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	共用部の維持管理費
食費(税込)	朝食：561円、昼食：691円、夕食：691円、栄養調整食：979円
光熱水費	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	状況把握、生活相談サービス費 レクリエーション参加費

(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ため省略

(前払金の受領) ※前払金を受領していないため省略

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	1人
	女性	12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	1 人
	85 歳以上	10 人
要介護度	自立	2 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	2 人
	要介護 2	0 人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	1 人
	5 年以上 10 年未満	8 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	88 歳
入居者数の合計	13 人
入居率※	54%
※ 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	1 人
	医療機関	2 人
	死亡	3 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	2 人
		(解約事由の例) 入居者側の都合

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況)

窓口の名称	グローリー御所南お客様相談窓口	
電話番号	0774-56-0135	
対応している時間	平日	午前9時～午後5時
	祝日	午前9時～午後5時
定休日	土曜日・日曜日	

(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"/> あり	包括職業賠償責任保険 A I G 損害保険株式会社
	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	包括職業賠償責任保険 A I G 損害保険株式会社
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	
	1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記載
<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
提携ホームへの移行	1 あり（提携ホーム名： ）	

【表示事項】	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、高齢者の居住の安全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基準指針「5. 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
有料老人ホーム設置運営基準指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別を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 事業主体が京都府内（京都市内を除く。）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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	訪問介護事業所ほほえみ京都	京都市中京区油小路通押小路下る押油小路町250番地
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		
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	通所介護事業所ほほえみの里京都	京都市中京区油小路通押小路下る押油小路町250番地
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	居宅介護支援事業所ほほえみ京都	京都市中京区油小路通押小路下る押油小路町250番地
<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		

＜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	訪問介護事業所ほほえみ	京都市中京区油小路通押小路下る押油小路町250番地	
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	通所介護事業所ほほえみの里京都	京都市中京区油小路通押小路下る押油小路町250番地	
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 (利用者が全部負担)					包含※2	都度※2	料金※3	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)								備考	
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						
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						※付添いができる範囲を明確化すること
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	○					無償
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						※利用できる範囲を明確化すること
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						※回数（年○回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり	○					状況把握・生活相談サービス費に含む
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○					状況把握・生活相談サービス費に含む
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○					状況把握・生活相談サービス費に含む
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○					状況把握・生活相談サービス費に含む
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						
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり						※付添いができる範囲を明確化すること
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～3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。