

重要事項説明書

記入年月日

令和3年7月1日

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) かぶしきがいしやけあすてーしょんしんにほん 株式会社ケアステーション新日本 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒400-0836 山梨県甲府市小瀬町 777 番地 1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 055-242-2353 |
| | FAX番号 | 055-242-2321 |
| | ホームページアドレス | http://www.c-s-shinnihon.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 山口和彦 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成30年12月13日 | |
| 主な実施事業 | 介護事業 ※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) あいこせいずみ あい小瀬泉 | |
| 所在地 | 〒400-0836 山梨県甲府市小瀬町 777 番地 1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 中央線甲斐住吉駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 車で8分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 055-287-8107 |
| | FAX番号 | 055-243-0810 |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 管理者 | 氏名 | 川崎 稜太 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 平成27年4月30日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成27年5月9日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|--------------|----------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 663.07 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8月1日～2040年3月31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 | 608.89 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 555.15 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8月1日～2040年3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 | 1人部屋 | | | |
| | | 最大 | 2人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 19.54 m ² | 16 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 21.99 m ² | 2 | 一般居室個室 |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| 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 | | 1ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 1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 | チェア浴 | ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | 1ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | ヶ所 | |
| | | | その他（一般浴） | ヶ所 | |
| | 食堂 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| 入居者や家族が利 用できる調理設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | |
| エレベーター | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | 自動火災報知設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | 火災通報設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| その他 | | | | | |

4. サービスの内容

（全体の方針）

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | 「地域社会と融合し、安心・安全と和やかな生活を約束します」という基本理念に則り <ul style="list-style-type: none"> 地域の皆様・関係機関と積極的に交友を図り、地域社会に貢献することを常に心がけます 福祉事業理念を全職員が理解します スタッフが業務に安心して集中できる環境を構築します ご利用者様だけでなく、ご家族のご意思・ご要望を理解し支援に生かします |
| サービスの提供内容に関する特色 | <ul style="list-style-type: none"> デイサービスが併設されていること 居宅介護支援事業所との連携ができていること 訪問介護事業所との連携ができていること 福祉用具貸与事業所との連携ができていること |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（訪問診療医の確保） | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 市立甲府病院 |
| | | 住所 | 山梨県甲府市増坪町 366 |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| | 2 | 名称 | 甲府城南病院 |
| | | 住所 | 山梨県甲府市上町 753-1 |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 甲府デンタルクリニック | |
| | 住所 | 山梨県甲府市北口 1-2-14 | |
| | 協力内容 | | |

(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 2 なし |
| | 要支援の者 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | 住宅賃貸借契約書による | |
| 契約の解除の内容 | 住宅賃貸借契約書による | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 住宅賃貸借契約書第 18 条 |
| | 解約予告期間 | 6 ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | <input type="checkbox"/> 1 あり（内容：1 日から日割にて体験入居可能） <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 入居定員 | 18 人 ※一部屋 2 名も入居可 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

(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 | 7 | | 7 | |
| 介護職員 | 7 | | 7 | |
| 看護職員 | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40 |

(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 | 1 | | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 1 | | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 5 | | 5 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (18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 2 なし | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | | | | | | | | |
| | | 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(採用後の他施設への異 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 動含む) | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の 退職者数 | | | | | | | | | | |
| 従業員の健康診断の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 減額あり ※外泊や入院等により、月内において1日も利用がない場合に限り、下記項目のうち契約済み項目のみ減額する ・日常生活費（500円/月）、・トータル支援（0円～15,000円/月）、 ・服薬支援（2,000円/月）、・救急支援（3,000円/月）、 ・月額支援（5,000円～50,000円/月） 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 | 要支援1 |
| | 年齢 | 80歳 | 75歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 19.54㎡ | 19.54㎡ |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無 |
| | 浴室 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 |
| | 台所 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | 148,205円 | 143,532円 | |
| 家賃 | | 55,000円 | 55,000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 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 45,000円 | 45,000円 |
| | | 管理費 | 0円 | 0円 |
| | | 介護費用 | 19,705円 | 5,032円 |
| | | 光熱水費 | 18,000円 | 18,000円 |
| その他（基本支援料他） | | 10,500円 | 20,500円 | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 近隣の状況により 55,000円と設定した |
| 敷金 | 家賃の0~2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 | |
| 食費 | 45,000円（朝食400円、昼食600円、夕食500円 30日で計算） |
| 光熱水費 | 共益費に含む |
| 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 | 基本支援料：10,000円/月 日常生活費：500円/月 トータル支援：健常者15,000円/月 要支援者10,000円/月 要介護者免除 居室への配膳：500円/日 服薬支援：2,000円/月 救急支援：3,000円/月 金銭管理支援：5,000円/月 月額支援：5,000円~50,000円/月 タイム支援：500円~/15分未満 共益費：17,000円~36,000円 |

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 | 7人 |
| | 女性 | 7人 |

| | | |
|-------|-------------|----|
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 5人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 3人 |
| | 85歳以上 | 6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 | 2人 |
| | 要介護 2 | 8人 |
| | 要介護 3 | 3人 |
| | 要介護 4 | 1人 |
| 要介護 5 | 0人 | |

(入居者の属性)

| | |
|---------|-------|
| 平均年齢 | 80.0歳 |
| 入居者数の合計 | 14人 |
| 入居率* | 77.8% |

(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 | 0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 | 1人 |
| | (解約事由の例) | 社会福祉施設等への転居 |

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)

| | | |
|----------|----|--------------|
| 窓口の名称 | | あい小瀬泉 |
| 電話番号 | | 055-287-6460 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | 9:00~18:00 |

| | | |
|-----|-------|------------|
| | 日曜・祝日 | 9:00～18:00 |
| 定休日 | | |

(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 | 介護事業者賠償責任補償制度に加入 |
| | <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 | 介護事業者賠償責任補償制度に加入 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 事故対応及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 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| | <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 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="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 checked="" 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 | |
| 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="checkbox"/> 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 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 | なし | 別紙参照 | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | 別紙参照 | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | 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 | あり | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | 別紙参照 | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | 別紙参照 | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | 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 | 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 | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

別添 2

入居者の個別選択によ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 | 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） | | 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※2 | 都度※2 | | 料金※3 |
| | | | なし | あり | なし | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | | ※ | ※については、利用者本人の希望により選択が可能なサービスで、別途、安心生活支援契約のタイム支援（500円/15分単位で提供したサービスの総時間により金額が異なる）、または月額支援（5,000円～50,000円/月単位で契約した提供時間により金額が異なる）の契約が必要となります。 | |
| 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 | | ○ | 料金は商品による | | |
| 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 | ○ | | ※ | ※については、利用者本人の希望により選択が可能なサービスで、別途、安心生活支援契約のタイム支援（500円/15分単位で提供したサービスの総時間により金額が異なる）、または月額支援（5,000円～50,000円/月単位で契約した提供時間により金額が異なる）の契約が必要となります。 | |
| 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 | | ○ | 500円/日 | | |
| 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 | ○ | | 料金は内容による | | |
| 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 | ○ | | 5,000円/月 | | |
| 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 | ○ | | 2,000円/月 | | |
| 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 | ○ | | 3,000円/月 | ※については、利用者本人の希望により選択が可能なサービスで、別途、安心生活支援契約のタイム支援（500円/15分単位で提供したサービスの総時間により金額が異なる）、または月額支援（5,000円～50,000円/月単位で契約した提供時間により金額が異なる）の契約が必要となります。 | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | ○ | | ※ | | |
| 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。

別紙 事業者が運営する介護サービス事業一覧表

| | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------------|
| 訪問介護・ 介護予防訪問介護相当 | ケアステーション新日本 | 山梨県甲府市大里町 4153-1 依田ハイツ D 103号室 |
| 地域密着型通所介護・ 介護予防通所介護相当 | あい清里 | 山梨県北杜市高根町村山北割 1391番地 1 |
| | あい常永 | 山梨県中巨摩郡昭和町河西 1615番地 2 |
| | あい清里別館 | 山梨県北杜市高根町村山北割 1386番地 1 |
| | あい下今井 | 山梨県甲斐市下今井 2689番地 3 |
| | あい山梨市 | 山梨県山梨市下井尻 894番地 |
| | あい響が丘 | 山梨県甲斐市龍地 3066番地 1 |
| | あい下黒沢 | 山梨県北杜市下黒澤 3790番地 2 |
| | あい笛吹 | 山梨県笛吹市春日居町鎮目 301番地 |
| | あい竜王丘 | 山梨県甲斐市西八幡 869番地 |
| | あい小瀬泉 | 山梨県甲府市小瀬町 777番地 1 |
| | あい笛吹別館 | 山梨県笛吹市春日居町鎮目 299番地 4 |
| | あい中央西花輪 | 山梨県中央市西花輪 2259番地 |
| | あい上町 | 山梨県甲府市小瀬町 772番地 2 |
| | あい韮崎 | 山梨県韮崎市栄 1丁目 7番 46-2号 |
| | あい富士吉田 | 山梨県富士吉田市下吉田五丁目 29番 34号 |
| | あい甲州 | 山梨県甲州市塩山上塩後 344番地 1 |
| | あい河内 | 山梨県笛吹市石和町河内 13番地 1 |
| | あい吉田 | 山梨県富士吉田市下吉田東一丁目 28番 15号 |
| | あい富士山 | 山梨県南都留郡鳴沢村 2357番地 1 |