

事業所名		事業所番号	
------	--	-------	--

**基本情報 (地域密着型特定施設入居者生活介護 有料老人ホーム)**

計画年度	2008 年度	記入年月日	西暦	年	月	日
記入者名		所属・職名				

**1. 事業所を運営する法人等に関する事項**

主たるサービス等と共通している場合は、該当する にチェックをし、重複する箇所は記入を省略し、異なる箇所のみ記入してください。ただし、印のある項目については、地域密着型特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)について必ず記入してください。

**特定施設入居者生活介護と同じ**

法人等の名称, 主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先						
法人等の名称	法人等の種類	該当する種類に 印をしてください。 01: 社会福祉法人(社協以外) 02: 社会福祉法人(社協) 03: 医療法人 04: 社団・財団 05: 営利法人 06: NPO 07: 農協 08: 生協 09: その他法人 10: 地方公共団体(都道府県) 11: 地方公共団体(市町村) 12: 地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) 99: その他				
	名称	(ふりがな)				
	99:(その他の場合, その名称)					
法人等の主たる事務所の所在地	〒					
法人等の連絡先	電話番号					
	FAX番号					
	ホームページアドレス	なし	あり	<u>http://</u>		
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名					
	職名					
法人等の設立年月日	西暦	年	月	日		

**必ず主たるサービスの調査票からご記入ください。**

法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス					
特定施設入居者生活介護と同じ					
介護サービスの種類			か所数	主な事業所等の名称	所在地
<b>&lt; 居宅サービス &gt;</b>					
訪問介護	なし	あり			
訪問入浴介護	なし	あり			
訪問看護	なし	あり			
訪問リハビリテーション	なし	あり			
居宅療養管理指導	なし	あり			
通所介護	なし	あり			
通所リハビリテーション	なし	あり			
短期入所生活介護	なし	あり			
短期入所療養介護	なし	あり			
特定施設入居者生活介護	なし	あり			
福祉用具貸与	なし	あり			
特定福祉用具販売	なし	あり			
<b>&lt; 地域密着型サービス &gt;</b>					
夜間対応型訪問介護	なし	あり			
認知症対応型通所介護	なし	あり			
小規模多機能型居宅介護	なし	あり			
認知症対応型共同生活介護	なし	あり			
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし	あり			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし	あり			

居宅介護支援	なし	あり			
--------	----	----	--	--	--

介護サービスの種類			か所数	主な事業所等の名称	所在地
<b>&lt; 居宅介護予防サービス &gt;</b>					
介護予防訪問介護	なし	あり			
介護予防訪問入浴介護	なし	あり			
介護予防訪問看護	なし	あり			
介護予防訪問リハビリテーション	なし	あり			
介護予防居宅療養管理指導	なし	あり			
介護予防通所介護	なし	あり			
介護予防通所リハビリテーション	なし	あり			
介護予防短期入所生活介護	なし	あり			
介護予防短期入所療養介護	なし	あり			
介護予防特定施設入居者生活介護	なし	あり			
介護予防福祉用具貸与	なし	あり			
特定介護予防福祉用具販売	なし	あり			
<b>&lt; 地域密着型介護予防サービス &gt;</b>					
介護予防認知症対応型通所介護	なし	あり			
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし	あり			
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし	あり			
介護予防支援	なし	あり			
<b>&lt; 介護保険施設 &gt;</b>					
介護老人福祉施設	なし	あり			
介護老人保健施設	なし	あり			
介護療養型医療施設	なし	あり			

2. 介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

主たるサービス等と共通している場合は、該当する にチェックをし、重複する箇所は記入を省略し、異なる箇所のみ記入してください。ただし、 印のある項目については、地域密着型特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)について必ず記入してください。

特定施設入居者生活介護と同じ

事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先					
事業所の名称	(ふりがな)				
事業所の所在地	〒	市区町村コード			
事業所の連絡先	電話番号				
	FAX番号				
	ホームページアドレス	なし	あり	<u>http://</u>	
介護保険事業所番号					
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名				
	職名				
事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日)					
事業の開始(予定)年月日		西暦	年	月	日
指定の年月日		西暦	年	月	日
指定の更新年月日(直近)		西暦	年	月	日
生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無			なし	あり	
老人福祉法第29条に規定する有料老人ホームの届出			なし	あり	
老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホームの許可等			なし	あり	
有料老人ホーム又は軽費老人ホームの開設年月日		西暦	年	月	日
事業所までの主な利用交通手段					

3. 事業所等において介護サービスに従事する従業者に関する事項

主たるサービス等と共通している場合は、該当する にチェックをし、重複する箇所は記入を省略し、異なる箇所のみ記入してください。ただし、 印のある項目については、地域密着型特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)について必ず記入してください。

特定施設入居者生活介護と同じ

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等						
有料老人ホーム又は軽費老人ホームの職員の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	人	人	人	人	人	人
生活相談員	人	人	人	人	人	人
看護職員	人	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人	人
機能訓練指導員	人	人	人	人	人	人
計画作成担当者	人	人	人	人	人	人
栄養士	人	人	人	人	人	人
調理員	人	人	人	人	人	人
事務員	人	人	人	人	人	人
その他の従業者	人	人	人	人	人	人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					時間	
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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
介護福祉士	人	人	人	人		
介護職員基礎研修	人	人	人	人		
訪問介護員 1級	人	人	人	人		
2級	人	人	人	人		
3級	人	人	人	人		
介護支援専門員	人	人	人	人		
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	人	人	人	人		
作業療法士	人	人	人	人		
言語聴覚士	人	人	人	人		
看護師及び准看護師	人	人	人	人		
柔道整復師	人	人	人	人		
あん摩マッサージ指圧師	人	人	人	人		
夜勤(宿直を除く)を行う看護職員及び介護職員の数	最少時の人数				人	
	平均時の人数				人	

地域密着型特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	人	人	人	人	人	人
看護職員	人	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人	人
機能訓練指導員	人	人	人	人	人	人
計画作成担当者	人	人	人	人	人	人
その他の従業者	人	人	人	人	人	人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					時間	
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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
介護福祉士	人	人	人	人		
介護職員基礎研修	人	人	人	人		
訪問介護員 1級	人	人	人	人		
2級	人	人	人	人		
3級	人	人	人	人		
介護支援専門員	人	人	人	人		
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	人	人	人	人		
作業療法士	人	人	人	人		
言語聴覚士	人	人	人	人		
看護師及び准看護師	人	人	人	人		
柔道整復師	人	人	人	人		
あん摩マッサージ指圧師	人	人	人	人		
管理者の他の職務との兼務の有無				なし	あり	
管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等	なし	あり	資格等の名称			
看護職員及び介護職員1人当たりの地域密着型特定施設入居者生活介護の利用者数					人	

従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等						
区分	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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	人	人	人	人	人	人
前年度1年間の退職者数	人	人	人	人	人	人
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
1年～3年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
3年～5年未満の者の人数	/	/	/	/	/	/
5年～10年未満の者の人数	/	/	/	/	/	/
10年以上の者の人数	/	/	/	/	/	/
区分	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数	人	人	人	人		
前年度1年間の退職者数	人	人	人	人		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	人	人	人	人		
1年～3年未満の者の人数	人	人	人	人		
3年～5年未満の者の人数	/	/	/	/		
5年～10年未満の者の人数	/	/	/	/		
10年以上の者の人数	/	/	/	/		
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

4. 介護サービスの内容に関する事項

主たるサービス等と共通している場合は、該当する にチェックをし、重複する箇所は記入を省略し、異なる箇所のみ記入してください。ただし、 印のある項目については、地域密着型特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)について必ず記入してください。

特定施設入居者生活介護と同じ

事業所の運営に関する方針			
介護予防および介護度進行予防に関する方針			
介護サービスの内容, 利用定員等			
個別機能訓練の実施(介護報酬の加算)の有無	なし	あり	
夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無	なし	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり	
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙		
協力医療機関の名称			
(協力の内容)			
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称
(協力の内容)			

要介護時における居室の住み替えに関する事項

要介護時に介護を行う場所

--

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)	
--------	--

追加的費用の有無	なし	あり
----------	----	----

居室利用権の取扱い

(その内容)	
--------	--

入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
---------------	----	----

従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
------------------	----	----

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無	なし	あり
----------	----	----

浴室の変更の有無	なし	あり
----------	----	----

洗面所の変更の有無	なし	あり
-----------	----	----

台所の変更の有無	なし	あり
----------	----	----

その他の変更の有無	なし	あり
-----------	----	----

(その内容)	
--------	--

介護居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)	
--------	--

追加的費用の有無	なし	あり
----------	----	----

居室利用権の取扱い

(その内容)	
--------	--

入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
---------------	----	----

従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
------------------	----	----

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無	なし	あり
----------	----	----

浴室の変更の有無	なし	あり
----------	----	----

洗面所の変更の有無	なし	あり
-----------	----	----

台所の変更の有無	なし	あり
----------	----	----

その他の変更の有無	なし	あり
-----------	----	----

					(その内容)	
--	--	--	--	--	--------	--

その他へ移る場合		なし	あり
判断基準・手続について			
(その内容)			
追加的費用の有無		なし	あり
居室利用権の取扱い			
(その内容)			
入居一時金償却の調整の有無		なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無		なし	あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		なし	あり
浴室の変更の有無		なし	あり
洗面所の変更の有無		なし	あり
台所の変更の有無		なし	あり
その他の変更の有無		なし	あり
(その内容)			
有料老人ホーム及び軽費老人ホームの入居に関する要件			
自立している者を対象		なし	あり
要支援の者を対象		なし	あり
要介護の者を対象		なし	あり
留意事項			
契約の解除の内容			
体験入居の内容			
入居定員	人		

有料老人ホーム又は軽費老人ホームの入居者の状況

入居者の人数

区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	人	人	人	人	人	人
65歳以上75歳未満	人	人	人	人	人	人
75歳以上85歳未満	人	人	人	人	人	人
85歳以上	人	人	人	人	人	人
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満	人	人	人			人
65歳以上75歳未満	人	人	人			人
75歳以上85歳未満	人	人	人			人
85歳以上	人	人	人			人

入居者の平均年齢

歳

入居者の男女別人数

男性

人

女性

人

入居率(一時的に不在となっている者を含む)

%

前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退居した者の人数

退去先	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等	人	人	人	人	人	人
介護保険施設	人	人	人	人	人	人
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	人	人	人	人	人	人
医療機関	人	人	人	人	人	人
死亡者	人	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人	人
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等	人	人	人			人
介護保険施設	人	人	人			人
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	人	人	人			人
医療機関	人	人	人			人
死亡者	人	人	人			人
その他	人	人	人			人

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上
入居者数	人	人	人	人	人	人

介護サービスを提供する施設,設備等の状況						
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			なし	あり	
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物			なし	あり	
	耐火又は準耐火建築物以外の建物であって,火災に係る利用者の安全性の確保対策			なし	あり	
居室の状況	区分			室数	人数	居室の床面積
	一般居室個室	なし	あり			m <sup>2</sup>
	一般居室相部屋	なし	あり			m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
	介護居室個室	なし	あり			m <sup>2</sup>
	介護居室相部屋	なし	あり			m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
	一時介護室	なし	あり			m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
					m <sup>2</sup>	
共同便所の設置数	男子便所	か所	うち車椅子等の対応が可能な数		か所	
	女子便所	か所	うち車椅子等の対応が可能な数		か所	
	男女共用便所	か所	うち車椅子等の対応が可能な数		か所	
個室の便所の設置数	か所	個室における便所の設置割合			%	
		うち車椅子等の対応が可能な数			か所	

浴室の設備状況																	
浴室の総数					か所												
個浴		大浴槽		特殊浴槽		リフト浴											
か所		か所		か所		か所											
その他,浴室の設備に関する事項																	
食堂の設備状況																	
入居者等が調理を行う設備状況					なし		あり										
その他,共用施設の設備状況																	
なし		あり		(その内容)													
バリアフリーの対応状況																	
(その内容)																	
消火設備等の状況					なし	あり	その内容										
緊急通報装置の設置状況					<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり		<input type="checkbox"/> 各居室内にあり									
外線電話回線の設置状況					<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり		<input type="checkbox"/> 各居室内にあり									
テレビ回線の設置状況					<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 一部あり		<input type="checkbox"/> 各居室内にあり									
施設の敷地に関する事項																	
敷地の面積					m <sup>2</sup>												
事業所を運営する法人が所有					<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 一部あり		<input type="checkbox"/> あり								
抵当権の設定					なし			あり									
貸借(借地)																	
なし		あり		契約期間		始	西暦		年	月	日	終	西暦		年	月	日
契約の自動更新					なし			あり									
施設の建物に関する事項																	
建物の延床面積					m <sup>2</sup>												
事業所を運営する法人が所有					<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 一部あり		<input type="checkbox"/> あり								
抵当権の設定					なし			あり									
貸借(借家)																	
なし		あり		契約期間		始	西暦		年	月	日	終	西暦		年	月	日
契約の自動更新					なし			あり									

利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況					
窓口の名称					
電話番号					
対応している時間	平日	時	分	~ 時 分	
	土曜	時	分	~ 時 分	
	日曜	時	分	~ 時 分	
	祝日	時	分	~ 時 分	
定休日					
留意事項					
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の仕組み					
損害賠償保険の加入状況		なし	あり		
介護サービスの提供内容に関する特色等					
(その内容)					
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	当該結果の開示状況	なし	あり	
第三者による評価の実施状況					
なし	あり	実施した直近の年月日	西暦 年 月 日		
		実施した評価機関の名称			
		当該結果の開示状況	なし	あり	

5. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

主たるサービス等と共通している場合は、該当する にチェックをし、重複する箇所は記入を省略し、異なる箇所のみ記入してください。ただし、印のある項目については、地域密着型特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)について必ず記入してください。

特定施設入居者生活介護と同じ

年齢により一時金の料金が異なる場合		なし	あり
利用料の支払い方式	<input type="checkbox"/> 一時金方式	<input type="checkbox"/> 月払い方式	<input type="checkbox"/> 選択方式
一時金に関する費用			
居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)		なし	あり
名称			
<input type="checkbox"/> 人の入居の場合	最低の額	最高の額	最多価格帯
	円	円	円 室
留意事項			
<input type="checkbox"/> 人の入居の場合	最低の額	最高の額	最多価格帯
	円	円	円 室
留意事項			
<input type="checkbox"/> 人の入居の場合	最低の額	最高の額	最多価格帯
	円	円	円 室
留意事項			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	上記以外 (その内容)		
初期償却率(%)	%		
償却年月数	年 月		
留意事項			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(その内容)	

利用者の選定による地域密着型サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の地域密着型サービス)		なし	あり
「あり」の場合、その内容及び利用料			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠		なし	あり
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外 (その内容)		
初期償却率(%)	%		
償却年月数	年                      月		
留意事項			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(その内容)	

利用者の個別的な選択による地域密着型サービス利用料		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外 (その内容)		
初期償却率(%)		%	
償却年月数		年	月
留意事項			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	「あり」の場合、その内容	
その他に要する一時金		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	「あり」の場合、その内容	
留意事項			

(例1) 75歳の自立をしている者1人が新たに入居する場合、負担すべき一時金

主たるサービス等と共通している場合は、該当する にチェックをし、重複する箇所は記入を省略し、異なる箇所のみ記入してください。ただし、 印のある項目については、地域密着型特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)について必ず記入してください。

特定施設入居者生活介護と同じ

入居条件に自立が含まれている場合		なし	あり
居室の条件			
居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)			
なし	あり	最低の額 円	最高の額 円
		最多価格帯 円 室	
留意事項			
解約時返還金の算定方法			
利用者の選定による地域密着型サービスに要する一時金 (人員配置が手厚い場合の地域密着型サービス)			
なし	あり	費用の額	円
留意事項			
解約時返還金の算定方法			
利用者の個別的な選択による地域密着型サービスに要する一時金			
なし	あり	費用の額	円
留意事項			
解約時返還金の算定方法			
その他に要する一時金			
なし	あり	費用の額	円
留意事項			
解約時返還金の算定方法			

(例2) 75歳の要介護2の者1人が新たに入居する場合, 負担すべき一時金

主たるサービス等と共通している場合は, 該当する にチェックをし, 重複する箇所は記入を省略し, 異なる箇所のみ記入してください。ただし, 印のある項目については, 地域密着型特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)について必ず記入してください。

特定施設入居者生活介護と同じ

入居条件に要介護が含まれている場合		なし	あり
居室の条件			
居室に要する一時金(一般居室や介護居室, 共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)			
なし	あり	最低の額	最高の額
		円	円
留意事項			
解約時返還金の算定方法			
利用者の選定による地域密着型サービスに要する一時金 (人員配置が手厚い場合の地域密着型サービス)			
なし	あり	費用の額	円
留意事項			
解約時返還金の算定方法			
利用者の個別的な選択による地域密着型サービスに要する一時金			
なし	あり	費用の額	円
留意事項			
解約時返還金の算定方法			
その他に要する一時金			
なし	あり	費用の額	円
留意事項			
解約時返還金の算定方法			

介護保険給付以外のサービスに要する費用					
月額の場合の利用料の額					
管理費	なし	あり	円		
留意事項					
食費	なし	あり	円		
留意事項					
光熱水費	なし	あり	円		
留意事項					
利用者の個別的な選択による地域密着型サービス利用料					
人員配置が手厚い場合の地域密着型サービス			なし	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)					
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠			なし	あり	
個別的な選択による地域密着型サービス			なし	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)					
家賃相当額		最低の額	最高の額	最多価格帯	
なし	あり	円	円	円	室
留意事項					
その他に必要な月額利用料			なし	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)					
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料			なし	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)					

(別紙) 利用者の個別な選択による地域密着型サービスの実施状況

特定施設入居者生活介護と同じ

区分	地域密着型特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス		地域密着型特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		備考
地域密着型サービス							
食事介助	なし	あり	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	なし	あり	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
特浴介助	なし	あり	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	なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	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	なし	あり	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	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	なし	あり	なし	あり	
おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	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	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	なし	あり	
入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	なし	あり	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	なし	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	