

重要事項説明書

名 称 : ケアージュシニア山田本町 (号室)

利用者名 _____ 様

株式会社医光ケア

重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	工藤 道一
所属・職名	ケアージュシニア山田本町 管理者

1. 設置者概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	※法人の場合、 その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃいこうけあ 株式会社医光ケア		
主たる事務所の所在地	〒982-0816	宮城県仙台市太白区山田本町8-28	
連絡先	電話番号	022-797-7703	
	FAX番号	022-797-7708	
	ホームページアドレス	https://carege.info	
代表者	氏名	工藤 道一	
	職名	取締役社長	
設立年月日	昭和 / <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元年 10月 1日		
主な実施事業	※別添1 (別の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

名称	(ふりがな) けあーじゅしにあやまだほんちょう ケアージュシニア山田本町		
所在地	〒982-0816	宮城県仙台市太白区山田本町8-18	
主な利用交通手段	高速道路	山田ICから乗車5分	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	JR太子堂駅より 車で10分	
連絡先	電話番号	022-797-7703	
	FAX番号	022-797-7708	
	ホームページアドレス	https://carege.info	
	メールアドレス	sator15@ikoucare.co.jp	
管理者	氏名	工藤 道一	
	職名	管理者	
建物の竣工日	平成 / <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6年 6月 27日		
有料老人ホーム事業の開始日	平成 / <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6年 7月 15日		
※同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日	平成 / 令和 年 月 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の指定を受けている場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）		
<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	令和 年 月 日
	指定の更新日（直近）	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1567.50 m ²	
	所有関係	1 設置者が自ら全てを所有する土地	
		2 設置者が自ら一部を所有・一部を賃借する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 設置者が賃借する土地	
		※1又は2に該当する場合	
		抵当権の有無	有 / 無
※2又は3に該当する場合			
契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> (令和6年7月1日～令和31年6月30日) / 無		
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> / 無		
建物	規模	2階建 1棟	
		延床面積	全体 994.44 m ²
			うち、有料老人ホーム部分 994.44 m ²
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ()	
	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 3 その他 ()	
	所有関係	1 設置者が自ら所有する建物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 設置者が賃借する建物	
		※1に該当する場合	
		抵当権の有無	有 / 無
		※2に該当する場合	
契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> (令和6年7月1日～令和31年6月30日) / 無		
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> / 無		

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室 2 相部屋あり					
		※2に該当する場合					
	最小	1人部屋		最大	1人部屋		
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	有/無	8.40 m ²	47室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	有/無	8.415 m ²	1室	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	有/無	8.45 m ²	1室	一般居室個室
タイプ4	有/無	有/無	有/無	11.55 m ²	1室	一般居室個室	
タイプ5	有/無	有/無	有/無	11.83 m ²	1室	一般居室個室	
※「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」のいずれかを記入。							
共用施設	共用便所における便房	10か所	うち男女別の対応が可能な便房		か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		6か所		
	共用浴室	4か所	個室		4か所		
			大浴場		か所		
	共用浴室に設置された介助浴槽	か所	チェア浴		か所		
			リフト浴		か所		
			ストレッチャー浴		か所		
その他 ()			か所				
食堂					有 / 無		
入居者や家族が利用できる調理設備					有 / 無		
エレベーター ※複数選択可	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					有 / 無	
	自動火災報知設備					有 / 無	
	火災通報設備					有 / 無	
	スプリンクラー					有 / 無	
	防火管理者					有 / 無	
	防災計画					有 / 無	
その他							

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営の方針	利用者一人一人の個性を尊重した生活環境を提供することを旨とする。
サービスの提供内容に関する特色	朝/夕の安否確認、医療機関との連携により、ご本人様、ご家族様が安心できるサービスを提供。
入浴、排せつ又は食事の介護	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
食事の提供	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
健康管理の供与	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
生活相談サービス	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし

(介護サービスの内容)

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	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	夜間看護体制加算	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	医療機関連携加算	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	看取り介護加算	有 / <input type="checkbox"/> 無	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(Ⅱ)	有 / <input type="checkbox"/> 無
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) イ	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(Ⅰ) ロ	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(Ⅱ)	有 / <input type="checkbox"/> 無
		(Ⅲ)	有 / <input type="checkbox"/> 無
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		有 / <input type="checkbox"/> 無	
※有の場合、介護・看護職員の配置率		: 1	

(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 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人太白クリニック
		住所	宮城県仙台市青葉区上杉2丁目3番17号
		診療科目	内科
		協力内容	健康診断への協力、訪問による健康相談 主治医との連絡調整、緊急時の対応等
	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		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 自立している者 <input type="checkbox"/> 2 要支援の者 <input type="checkbox"/> 3 要介護の者
留意事項	自立、要支援、要介護
契約の解除の内容	1 利用者が死亡した場合。 2 利用者又は利用者代理人が契約書第 21 条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間が満了した日。 3 事業者が、契約書第 23 条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間 (30 日) が満了した日。 4 事業所が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。 5 施設の滅失や重大な棄損により、サービス提供が不可能になった場合。 6 契約書第 22 条に基づき本契約が解約又は解除された場合。 7 利用者が病気の治療とその他のため長期に当事業所を離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能になった場合。ただし、利用者が長期に事業所を離れる場合でも、利用者又は利用者代理人と事業者の協議の上、居室確保に合意した場合は本契約を継続することができる。

	8 利用者が他の介護容量施設等への入所が決まり、その施設側で受け入れが可能となった場合。	
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 23 条による
	解約予告期間	1 か月
入居者からの解約予告期間	1 か月	
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	
	※ 有の場合、内容	一泊二日 5,000 円 (税込)
入居定員	5 1 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。(同一法人が運営する他の事業所と有料老人ホームを兼業する職員も記載することがある。)

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数※
	合計			
	4	常勤	非常勤	
管理者	1		1	
生活相談員	1		1	
直接処遇職員				
うち介護職員				
うち看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	2	1	1	
事務員	2		2	
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				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。				

(介護職員が有している資格の総数)

	合計		
	1	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			
社会福祉士主事任用	1	1	

(機能訓練指導員が有している資格の総数)

	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・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間		20時～7時	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	人		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】	1	1.5 : 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)	2	2 : 1 以上
		3	2.5 : 1 以上
		4	3 : 1 以上

※ 広告、パンフレット等における記載内容と合致すること

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)	有料老人ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名所	
	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									<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
	業務に係る資格等									<input checked="" type="checkbox"/> / 無	
	※ 有の場合、資格等の名称									社会福祉士主事任用	
	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年間の採用数											
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
	従業者の健康診断の実施状況										<input checked="" type="checkbox"/> / 無

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（土地建物の賃貸借契約期間を限度とする） 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	
	※ 4の場合 複数選択可	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	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入院等による不在等における利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が14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	経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合
	手続き	事業者が利用者又は利用者代理人に対して事前に説明をした上、予告期間（30日）をもって当該サービス利用料を変更する。

(利用料金のプラン)

(税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	プラン5
入居者の状況※1	要介護度	自立、要支援 要介護1～5	自立、要支援 要介護1～5	自立、要支援 要介護1～5	自立、要支援 要介護1～5	自立、要支援 要介護1～5
	年齢	不問	不問	不問	不問	不問
居室の状況※2		タイプA	タイプB	タイプC	タイプD	タイプE
床面積		8.40㎡	8.415㎡	8.45㎡	11.55㎡	11.83㎡
便所		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無				
浴室		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無				
台所		有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無				
入居時点で必要な費用	前払金※3	0円	円	円	円	円
	敷金	37,000円	37,000円	37,000円	37,000円	37,000円
月額費用の合計※4		110,000円	110,000円	110,000円	110,000円	110,000円
家賃		37,000円	37,000円	37,000円	37,000円	37,000円
サービス費	特定施設入居者生活介護等の費用	0円	0円	0円	0円	0円
	介護 食費・生活共用費	68,000円	68,000円	68,000円	68,000円	68,000円

	介護費用※5	0円	0円	0円	0円	0円
	光熱水費	5,000円	5,000円	5,000円	5,000円	5,000円
	その他	0円	円	円	円	円
都度払いとなるサービス		有 / <input type="checkbox"/> 無				
<p>※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載しています。</p> <p>※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載しています。</p> <p>※3 利用料金の支払い方式が選択方式の場合は、前払金の有無以外の条件が同一となる2つのプランを含めて記載しています。</p> <p>※4 月ごとの利用日数に応じて月額プランを設定している場合は、利用日数を30日として記載しています。</p> <p>※5 有料老人ホーム事業として受領する費用のみを記載しています。(訪問介護などの介護保険サービスに係る介護費用は、設置者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ません。)</p>						

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室の使用権、事務手続き等にかかる費用
敷金	37,000円
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない
食費・生活共用費	食材、調理に係る費用(1日朝夕2食)・生活サービス費・施設共用部分の維持管理費・廃棄物処理費・共有使用消耗品費
光熱費	電気代等としてかかる費用
その他サービス利用料	介護保険サービス料

(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等に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護等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)	

(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)		か月
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月を越えた契約終了	
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 ()	

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	人	女性	人
年齢別	65歳未満	人	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	人	85歳以上	人
要介護度別	自立	人	要支援1	人
	要支援2	人	要介護1	人
	要介護2	人	要介護3	人
	要介護4	人	要介護5	人
入居期間別	6か月未満	人	6か月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
<p>※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。 なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。</p>	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人	社会福祉施設	人	
	医療機関	人	死亡者	人	
	その他	人			
生前解約の状況	施設側の申し出				人
		(解約事由の例)			
	入居者側の申し出				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)

窓口の名称		株式会社医光ケア	
電話番号		022-797-7703	
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	—	
	日曜・祝日	—	
定休日		土、日、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	<input type="checkbox"/> 1 加入済み <input type="checkbox"/> 2 未加入		
	※ 1 の場合	加入する保険会社の名称	AIG 損害保険株式会社
		加入する保険の名称	業務災害総合保険
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 type="checkbox"/> 1 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり) <input type="checkbox"/> 2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし) <input checked="" type="checkbox"/> 3 対応なし		

(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	<input type="checkbox"/> 1 取組あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 取組なし		
	※ 1 の場合	実施日・開始日	平成 年 月 日
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり () <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 実施済み <input checked="" type="checkbox"/> 2 未実施		
	※ 1 の場合	実施日	平成 年 月 日
		評価機関名称	
	結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり () <input 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規定	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 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	1 設置済み 2 未設置（代替措置あり） <input checked="" type="checkbox"/> 3 未設置（代替措置なし）	
	※ 1の場合、開催頻度	年 回
	※ 2の場合、代替措置の内容	
提携ホームへの移行【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 移行あり 提携ホーム名：ケアージュ山田本町 ケアージュ富田 <input type="checkbox"/> 2 移行なし	
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 type="checkbox"/> 1 届出あり <input type="checkbox"/> 2 届出なし（届出義務なし） <input type="checkbox"/> 3 届出なし（届出義務あり）	
有料老人ホーム設置運営指導指針「6. 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可	1 不適合事項あり（代替措置を実施済み） 2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み） <input checked="" type="checkbox"/> 3 不適合事項あり（1又は2以外） 4 不適合事項なし 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備	
※ 1、2又は3の場合、不適合事項の内容 ※ 該当する項目にチェック	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input checked="" type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が13㎡未満 （ <input checked="" type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input checked="" type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない（1.245m） <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし （ <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー） <input type="checkbox"/> その他（具体的に）	
※ 1の場合、代替措置の概要		
※ 2の場合、改善計画の概要		

※ 5の場合、構造設備の基準となる制度の名称	1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み） 2 高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み）
有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無 ※複数選択可	1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） <input checked="" type="checkbox"/> 3 指導事項なし
※ 1又は2の場合、指導内容	

追記事項

--	--

添付書類：別添1（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 _____

※ 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

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							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）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）				備考	
			包含※2	都度※2	料金（税込み）			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり			介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします。サービスが必要な場合お申し出ください。	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
おむつ代			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○ 実費	廃棄費用は管理費に含まれる。	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり			介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします。サービスが必要な場合お申し出ください。	
特浴介助	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
機能訓練	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
通院介助	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり			介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします。サービスが必要な場合お申し出ください。	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり	○		介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします。サービスが必要な場合お申し出ください。	
リネン交換	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり	○			
日常の洗濯	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり	○			
居室配膳・下膳	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input type="checkbox"/>	あり				
おやつ			<input type="checkbox"/>	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○ 実費		
買い物代行	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
役所手続き代行	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
金銭・貯金管理			<input type="checkbox"/>	あり			原則行いません。	
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○ 実費		
健康相談	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり			必要時協力医療機関との契約にて実施	

生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			管理費に含まれる。
服薬支援	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします。サービスが必要な場合お申し出ください。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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。