

有料老人ホーム重要事項説明書

記入者名	三小田 美奈	記入年月日	令和元年7月1日
		所属・職名	介護付有料老人ホーム カーサ石川・管理者

1. 設置者概要

設置者の名称，所在地および連絡先			
設置者の名称	法人等の種類	なし	あり
	名称	営利法人 (ふりがな) かぶしきがいしゃ ベーねはこだて 株式会社 ベーネ函館	
設置者の所在地	〒042-0941 函館市深堀町23番25-101号		
設置者の連絡先	電話番号	0138-86-5118	
	FAX番号	0138-86-5119	
	ホームページアドレス	なし	
		あり	: http://
設置者の氏名および職名	氏名	佐々木 千香	
	職名	代表取締役	
設置者の設立年月日	平成31年3月26日		

設置者が函館市内で実施する他の介護サービス				
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問介護事業所 ベーネいしかわ	函館市石川町 122-100 ピュアライフ石川 301
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問看護事業所 ベーネいしかわ	函館市石川町464番地1
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		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ショートステイ いしかわ ベーネ函館	函館市石川町464番地1 函館市東山町144番地52
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ベーネ函館和楽	函館市東山町144番地52
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	グループホーム いしかわ グループホーム ベラルーナ	函館市石川町464番地1 函館市日吉町4丁目15番1号
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	介護付有料老人ホーム カーサ石川	函館市石川町464番地1
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>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問看護事業所 ベーネいしかわ	函館市石川町464番地1
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ショートステイ いしかわ ベーネ函館	函館市石川町464番地1 函館市東山町144番地52
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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ベーネ函館和楽	函館市東山町144番地52
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	グループホーム いしかわ グループホーム ベラルーナ	函館市石川町464番地1 函館市日吉町4丁目15番1号
介護予防支援	あり	なし		
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
国基準訪問型サービス	あり	なし		
訪問型サービスA	あり	なし		
国基準通所型サービス	あり	なし		
通所型サービスC	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		
介護医療院	あり	なし		

2. 施設概要

施設の名称, 所在地および連絡先	
施設の名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ かーさいしかわ 介護付有料老人ホーム カーサ石川
施設の所在地	〒041-0802 函館市石川町464番地1
施設の連絡先	電話番号 0138-47-8000
	FAX番号 0138-47-5887
	ホームページ なし
	アドレス あり : http://
施設の開設年月日	令和元年5月1日
施設長の氏名	三小田 美奈
施設までの主な利用交通手段	
JR函館駅より約6.8km、函館空港より約8.8km JR五稜郭駅より約3.5km、函館バス：石川町会前 徒歩5分	
施設の類型および表示事項	
類型	介護付有料老人ホーム
表示事項	権利方式：利用権方式 利用料の支払い方式：月払い方式 介護保険：函館市指定地域密着型特定施設入居者生活介護 居室区分：全室区分 職員体制：3：1以上
介護保険事業所番号	地域密着型特定施設入居者生活介護 函館市 第0191401082号
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日または開始予定年月日, 指定または許可を受けた年月日 (指定または許可の更新を受けた場合にはその年月日)	
事業の開始 (予定) 年月日	令和元年5月1日
指定の年月日	令和元年5月1日
指定の更新年月日	令和 年 月 日

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数およびその勤務形態						
有料老人ホームの従業者の人数およびその勤務形態						
実 人 員	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		1			1	0.5
生活相談員	1				1	1.0
看護職員	1	2			3	2.0
介護職員	8		4		12	10.5
機能訓練指導員		1			1	0.5
計画作成担当者	1				1	1.0
栄養士	1				1	1.0
調理員	3				3	1.0
事務員	2				2	2.0
その他従事者			1			0.6
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40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		
社会福祉士						
介護福祉士	5					
実務者研修						
介護職員初任者研修	3					
介護支援専門員						
従事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						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師および准看護師		1				
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
はり師						
きゅう師						
夜勤を行う看護職員および介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均時間 (17:00~9:30)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員	1~3		1			

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数およびその勤務形態						
実人員	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	1				1	1.0
看護職員	1	2			3	2.0
介護職員	8		4		12	10.5
機能訓練指導員		1			1	0.5
計画作成担当者	1				1	1.0
その他従事者			1			0.6
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数						40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		
社会福祉士						
介護福祉士	5					
実務者研修						
介護職員初任者研修	3					
介護支援専門員						
従事者である機能訓練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						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師および准看護師		1				
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
はり師						
きゅう師						
施設長の他の職務との兼務の有無						
施設長が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員および介護職員の常勤換算方法による人数の割合						3:1以上

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	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	0	1	5	1	0	0
前年度1年間の退職者数	0	1	5	0	0	0
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	1	4	0	0
1年以上3年未満者の人数	0	0	3	0	0	0
3年以上5年未満者の人数	0	0	2	0	0	0
5年以上10年未満者の人数	0	2	2	0	1	0
10年以上の者の人数	0	0	0	0	0	0
	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	0	0	1	0		
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	0	0		
1年以上3年未満者の人数	0	0	1	0		
3年以上5年未満者の人数	0	0	0	0		
5年以上10年未満者の人数	0	1	0	0		
10年以上の者の人数	0	0	0	0		
従業者の健康診断の実施状況				あり	なし	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
<ul style="list-style-type: none"> ・その人らしさを尊重し、穏やかで居心地の良い介護支援を提供します。 ・人とのつながり、地域とのつながりを大切に生活の質の向上を実現します。 ・品質の高い介護サービスを提供し、「良い人生だった」と語られる暮らしを実現します。 			
介護サービスの内容, 利用定員等			
利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況		別紙	
特定施設入居者生活介護の加算体制の有無			
入居継続支援加算	あり	なし	
生活機能向上連携加算	あり	なし	
個別機能訓練加算	あり	なし	
夜間看護体制加算	あり	なし	
若年性認知症入居者受入加算	あり	なし	
医療機関連携加算	あり	なし	
口腔衛生管理体制加算	あり	なし	
栄養スクリーニング加算	あり	なし	
退院・退所時連携加算	あり	なし	
看取り介護加算	あり	なし	
認知症専門ケア加算 (I)	あり	なし	
認知症専門ケア加算 (II)	あり	なし	
サービス提供体制強化加算 (I) イ	あり	なし	
サービス提供体制強化加算 (I) ロ	あり	なし	
サービス提供体制強化加算 (II)	あり	なし	
サービス提供体制強化加算 (III)	あり	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	なし	
協力医療機関の名称	ベーネ函館いしかわクリニック (函館市石川町464番地1) ホームから 約20m		
(協力の内容)	協力医療機関の内科医の定期訪問(月2回)による健康相談・介護指導・他の医療機関に受診・入院を要する場合の紹介等。<医療費その他の費用は入居者の自己負担>		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 医療法人社団 吉田歯科口腔外科
(協力の内容)	一般歯科・口腔外科・障害歯科診療 週1回の訪問歯科診療(医療費その他の費用は入居者の自己負担)		
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			
一般居室、介護居室のいずれか			

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)		
前払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
従前の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)		
前払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
従前の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 ()	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)		
前払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
従前の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
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
施設の入居に関する要件等		
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	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合 ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば滞納するとき ・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき	
設置者からの解約	解約条項	入居契約書 第5章 第30条
	解約予告期間	90日の予告期間が必要
入居者からの解約	解約予告期間	30日の予告期間が必要
体験入居の内容	1	あり (内容: 2泊3日程度の日程で、体験入居が可能) (1日3食付 5,142円)
	2	なし
入居定員	29名	
その他		

入居者の状況						
入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）						
	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	0	0	0	0	0	0
65歳以上75歳未満	0	1	0	0	2	3
75歳以上85歳未満	1	4	3	2	0	10
85歳以上	3	3	3	2	2	13
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満	0	0	0	0	0	0
65歳以上75歳未満	0	0	0	0	0	0
75歳以上85歳未満	0	0	0	0	0	0
85歳以上	0	0	0	0	0	0
入居者の平均年齢	84.7歳					
入居者の男女別人数	男性	4名		女性	22名	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）	定員29名に対して90%					
前年度の有料老人ホームまたは軽費老人ホームを退去した者の人数						
	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	0	0	0	0	0	0
社会福祉施設	0	0	1	0	0	1
医療機関	0	0	0	0	1	1
死亡者	0	1	0	2	1	4
その他	0	0	0	0	0	0
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等	0	0	0			0
社会福祉施設	0	0	0			0
医療機関	0	0	0			0
死亡者	0	0	0			0
その他	0	0	0			0
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	3名	2名	14名	7名		

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			あり	なし	
	建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物			あり	なし	
消防用設備等	消火器			あり	なし	
	カーテン・カーペット等の防火措置			あり	なし	
	自動火災報知設備			あり	なし	
	消防機関へ通報する火災報知装置			あり	なし	
	スプリンクラー			あり	なし	
	防火管理者			あり	なし	
	防災計画			あり	なし	
居室の状況	区 分			室 数	人 数	1の居室の床面積
	居室個室	あり	なし	29室	29名	19.51㎡
	居室相部屋	あり	なし			㎡
						㎡
						㎡
	一時介護室	あり	なし			㎡
共用便所の設置数	3	うち車椅子等の対応が可能な数			3	
個室便所の設置数	29	うち車椅子等の対応が可能な数			29	
浴室の設備状況	浴室の数	個 浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		1	0	1	0	
入居者が調理を行う設備状況				なし	あり	
エレベーターの設置状況	1	あり (ストレッチャー対応)	2	あり (車いす対応)		
	3	あり (上記1・2に該当しない)	4	なし		
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積 1941.25㎡						
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	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	終	
			契約の自動更新		なし	あり
施設の建物に関する事項						
建物の面積 1831.50㎡ (うち有料老人ホーム部分 ㎡)						
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	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	終	
			契約の自動更新		なし	あり

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
設置者や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓の名称	事務室（苦情処理担当者を定め体制を整備。入居者からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応。苦情申出による差別的な待遇は一切行わない。） 担当職員 管理者 三小田 美奈		
電話番号	(0138) 47-8000		
対応している時間	平日	8:30~17:00	
	土曜	8:30~17:00	
	日曜・祝祭日	8:30~17:00	
定休日等	なし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	函館市保健福祉部 高齢者・介護総合相談窓口 (函館市保健福祉部高齢福祉課内)		
電話番号	(0138) 21-3025		
対応している時間	平日	8:45~17:30	
	土曜		
	日曜・祝祭日		
定休日等			
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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 民間保険会社の「施設管理損害賠償責任保険」に加入しており、サービス事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、直ちに必要な措置を講ずるとともに不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に重大な過失がある場合には損害額を減らす事があります。	
その他、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に関する			
<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	(その内容)	
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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況			
<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	実施した年月日	
		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			
<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	実施した年月日	
		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. 利用料金

利用料の支払い方式	(1) 前払い方式	(2) 月払い方式	(3) 選択方式
敷金	円 (家賃の ヶ月分)		
(1) 前払い方式			
前払金および月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	なし		あり
要介護状態に応じた金額設定	なし		あり
料金プラン			
プラン名 称	前払金	月額	(内訳)
		計	家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠	家賃相当額	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	介護費用		
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
前払金			
前払金の償却に関する事項			
償却開始の設定	入居日		
初期償却率 (%)			
	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		
	権利金等 (※) の額		
	(※) 平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。		
償却年月数 (想定居住期間)			
契約期間終了時返還金の算定方法および返還金の例			
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)
三月以内の契約終了による返還金について			
三月の起算日	入居日		
契約終了日までの利用期間に係る利用料および原状回復のための費用の算定方法			
前払金の支払方法			

(2) 月払い方式								
月単位で支払う利用料								
年齢に応じた金額設定		なし						あり
要介護状態に応じた金額設定		なし						あり
料金プラン								
プラン名称	月額	(内訳)						
	計	家賃額相当額	介護費用	食費	光熱水費	日常経費	冬季暖房費	管理費
	95,086円	29,000円		40,114円	12,343円	8,229円	5,400円	
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。								
算定根拠	家賃相当額	29,000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	40,114円 (朝食319円 昼食453円 夕食504円 おやつ51円)						
	光熱水費	12,343円						
	管理費							
	日常経費	8,229円 内訳：衛生用品代（洗濯洗剤1,029円、掃除用具1,029円、食器用洗剤514円、ごみ処理代1,543円）、通信費1,029円、新聞・雑誌代1,543円、車両維持費1,543円						
	冬季暖房費	5,400円（11月～3月のみ）						
(3) 選択方式								
介護保険サービスの自己負担額								
内容	※要介護度に応じて介護費用の1割または2割を徴収する。							
人員が手厚い場合の介護サービス（再掲）				なし	あり			
内容								
利用料	円（月額・日額）							
算定根拠								
支払方法	月単位（日割りの有無 あり・なし）							
利用者の個別的な選択による生活支援サービス料								
個別的な選択による生活支援サービス	なし				あり			
算定根拠								
料金改定の手続								

6. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
運営規程	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
事業収支計画書	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
財務諸表の要旨	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
財務諸表の原本	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない

7. その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

入居者 _____様

説明年月日 _____年 月 日

説明者 _____

※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。

同意年月日 _____年 月 日

利用者署名 _____

身元引受人署名 _____

介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス		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
介護サービス							
食事介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	実費負担 1時間1080円
排泄介助・おむつ交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
おむつ代	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
特浴介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
機能訓練	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助（協力医療機関）	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助（協力医療機関以外）	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活サービス							
居室清掃	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	行事等で食事代は実費負担 1食51円 実費負担 指定場所以外 1時間1080円
リネン交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
日常の洗濯	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
おやつ	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	
理美容師による理美容サービス	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行（上記以外の区域）	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
役所手続き代行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
健康管理サービス							
定期健康診断	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	協力医療機関にて実費負担
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あり	なし	あり	

