

別記第1号様式（第13，第14関係）

## 有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	令和元年6月1日
記入者名	小西 美幸	所属・職名	事務

## 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	（ふりがな） はーもにー 株式会社 ハーモニー	
設置者の所在地	〒041-0834 北海道函館市東山町144番地52		
設置者の連絡先	電話番号	0138-35-3333	
	FAX番号	0138-35-3330	
	ホームページアドレス	なし	あり
設置者の氏名および職名	氏名	はやかわ たくと 早川 拓人	
	職名	代表取締役	
設置者の設立年月日	平成4年10月22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	あり	なし	訪問介護事業所ベーネいしかわ	北海道函館市石川町464番地1
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護事業所ベーネいしかわ	北海道函館市石川町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	あり	なし	短期入所生活介護ベーネ函館 ショートステイいしかわ	北海道函館市東山町144番地52 北海道函館市石川町464番地1
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	グループホームいしかわ グループホームベラルーナ	北海道函館市石川町464番地1 北海道函館市日吉町4丁目15番1号
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	介護付有料老人ホームカーサ石川 サービス付き高齢者向け住宅アルパ サービス付き高齢者向け住宅コリーナ	北海道函館市石川町464番地1 北海道函館市日吉町4丁目15番11号 北海道函館市日吉町4丁目15番5号
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	あり	なし	訪問看護事業所ベーネいしかわ	北海道函館市石川町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	あり	なし	短期入所生活介護ベーネ函館 ショートステイいしかわ	北海道函館市東山町144番地52 北海道函館市石川町464番地1
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	グループホームいしかわ グループホームベラルーナ	北海道函館市石川町464番地1 北海道函館市日吉町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	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べーねはこだてわらく 介護付有料老人ホームベネ函館和楽	
施設の所在地	〒041-0834 北海道函館市東山町144番地52	
施設の連絡先	電話番号	0138-35-3333
	FAX番号	0138-35-3330
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : <a href="http://www.iidanaikagroup.com/bene/">http://www.iidanaikagroup.com/bene/</a>
施設の開設年月日	平成16年1月15日	
施設長の氏名	山上 優子	
施設までの主な利用交通手段		
JR函館駅より約8.9km、函館空港より約10.6km JR五稜郭駅より約6.6km、函館バス：東山町バス停前30m		
施設の類型および表示事項		
類型	介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護）	
表示事項	居住の権利形態 : 利用権方式 利用料の支払方法 : 選択方式 入居時の要件 : 入居時自立・要支援・要介護 介護保険 : 函館市指定介護保険特定施設（一般型特定施設） 介護居室区分 : 全室個室 有料老人ホームにかかる職員体制 : 2:1以上	
介護保険事業所番号	特定施設入居者生活介護 北海道第0171401060号 介護予防特定施設入居者生活介護 北海道第0171401060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	平成16年1月15日（平成18年4月1日）	
指定の年月日	平成16年1月15日（平成18年4月1日）	
指定の更新年月日	平成28年1月15日（平成30年4月1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	1
生活相談員	2				2	2
看護職員	9		1		10	9.5
介護職員	16		7		23	24.5
機能訓練指導員	1				1	1
計画作成担当者	1				1	1
栄養士	1				1	1
調理員	4		1		5	4.5
事務員	3				3	3
その他従事者	1				1	1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						37.5
※ 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	11			5		
実務者研修						
介護職員初任者研修	3			4		
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	1					
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師および准看護師						
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数						
人数	夜勤帯平均時間 (19時～8時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	1		1		0	
介護職員	2		1		2	

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	2				2	2
看護職員	9		2		11	10
介護職員	16		7		33	24.5
機能訓練指導員	1				1	1
計画作成担当者	1				1	1
その他従事者	4				4	4
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数						39.5
※ 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	11			5		
実務者研修						
介護職員初任者研修	3			4		
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	1					
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師および准看護師						
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 看護師	
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						1.46:1

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	3	1	6	2	1	
前年度1年間の退職者数	2	2	3		2	
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	2	1	2	7	1	
1年以上3年未満者の人数	1		1	1		
3年以上5年未満者の人数	2		3	7		
5年以上10年未満者の人数	2		6	2		
10年以上の者の人数	3		4			
	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			1			
前年度1年間の退職者数			1			
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満者の人数						
3年以上5年未満者の人数	1		1			
5年以上10年未満者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				あり		なし

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
「一人一人の個性の尊重」「選択のできる喜びの提供」「一人一人の気持ちを尊重したケア」を大切に致します。レクレーション、食事、入浴、リハビリなどを一人一人に合わせて実施することで、「選べる喜び」を提供します。			
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464-1）		
（協力の内容） 診療科目：内科 協力科目：診療のために内科医師派遣・日常の健康相談・介護指導・他の医療機関に受診・入院を要する場合の紹介。年6回の健康診断の実施。（医療費その他の費用は入居者の自己負担）協力医療機関と連携し対応（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			
協力医療機関の名称	医療法人社団 秀真会 藤岡眼科病院（函館市石川町450-2）		
（協力の内容） 診療科目：眼科 協力科目：診療のための眼科医師派遣・眼科相談。 月1回の訪問診療。（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			
協力医療機関の名称	社会福祉法人北海道社会事業協会函館病院（函館市駒場町4-6）		
（協力の内容） 診療科目：内科・呼吸器内科・外科・皮膚科・泌尿器科・整形外科・歯科 ・歯科口腔外科・麻酔科・診療放射線科・臨床検査科・リハビリテーション科・消火器病センター・検診センター・薬剤科 協力科目：受診、治療への協力・入院加療が必要な場合の支援（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 （函館市湯川町1丁目30-8）
（協力の内容） 診療科目：一般歯科・口腔外科・障害歯科診療。 協力科目：月4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

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（居室の変更）		なし	あり
判断基準・手続について			
<p>（その内容）医師の申し出・連絡を受け、介護の必要性から専用居室の住み替えが必要との助言・指導を受けた場合。以下の手続を行なう。</p> <p>① 事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>② 緊急やむをえない場合を除いて一定の観察期間を設ける</p> <p>③ 変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人等に説明</p> <p>④ 身元引受人の意見を聴く</p> <p>⑤ 入居者の同意を得る</p> <p>※以上の手続を経て、新たに入居する居室に利用権を引き継ぎます。</p>			
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）居室の利用権が移行する。			
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）暖房器具、電気使用料			
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	概ね65歳以上		
契約の解除の内容	<p>① 入居者が逝去した場合。</p> <p>② 設置者又は入居者が解約した場合。</p>		
設置者からの解約	解約条項	<p>・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。</p> <p>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時。</p> <p>・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等。</p> <p>（その他入居契約書参照）</p>	
	解約予告期間	3ヶ月	
入居者からの解約	解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1	あり	（内容：1泊2日 8,640円（原則3泊4日まで））
	2	なし	
入居定員	64名		
その他	居室に空きがある場合、特定施設の短期利用（最大1ヶ月まで）受入		

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						
65歳以上75歳未満	1	1	1	1		4
75歳以上85歳未満		2	1	2	5	10
85歳以上	2	3	4	8	13	30
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上		3				3
入居者の平均年齢	90.0					
入居者の男女別人数	男性	14		女性	32	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）	71.8					
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						
社会福祉施設					3	3
医療機関						
死亡者				3	9	12
その他		4	1	3	4	12
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
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	7	5	25	7	1	1

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・カーペット等の防災措置			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
居室個室		あり	なし	64	64	17.50~26.00㎡
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	8	うち車椅子等の対応が可能な数			5	
個室便所の設置数	64	うち車椅子等の対応が可能な数			64	
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	1	1		
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 28,675.53㎡						
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 5,328.41㎡ (うち有料老人ホーム部分 3,515㎡)						
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			
窓口の名称	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なわない。）		
電話番号	0138-35-3333		
対応している時間	平日	午前9時から午後5時	
	土曜	午前9時から午後5時	
	日曜・祝祭日	休日	
定休日等	フロアーケア責任者対応し生活相談員に連絡。		
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	① 函館市保健福祉部高齢福祉課 ② 北海道国民健康保険団体連合会 ③ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会		
電話番号	① 0138-21-3025 ② 011-231-5175 ③ 03-3548-1077		
対応している時間	平日	①	8:45～17:30
		②	9:00～17:00
		③	10:00～16:00
	土曜		
	日曜・祝祭日		
定休日等	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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(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、サービス提供上の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ないます。ただし、入居者側に重大な過失がある場合には賠償額を減らすことがあります。	
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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(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、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	平成20年4月
		当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
第三者による評価の実施状況			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	平成25年2月14日
		実施した評価機関の名称	特定非営利活動法人 福祉経営ネットワーク
		当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり

## 5. 利用料金

利用料の支払い方式	月払い方式				
敷金	円 (家賃の ヶ月分)				
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	食費(概算)	電気代	管理費
Aタイプ	181,248	51,000	48,600	実費(目安)	77,220
Bタイプ	173,088	45,000	48,600	4,428円で	75,060
Cタイプ	158,712	33,000	48,600	月額試算)	72,684
Dタイプ	156,495	33,000	48,600	2,211	72,684
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※食費は1日1,620円(朝食432円、昼食540円、夕食648円)×1ヶ月を30日として計算 外出外泊(前日までの届出)、入院期間等の欠食は徴収なし					
算定根拠	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	人件費等の諸経費、食材費等1日3食を提供するための費用			
	電気代	各居室使用の使用電気料は個別メーターとなり、個人負担となります。 ただし、Dタイプのみ月額2,211円			
	管理費	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費、居室の暖房費、水道費。※実費で提供するサービスは、介護サービス等の一覧表参照			
料金改定の手続					
2年に1回、ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、入居者様の意見を運営懇談会等で聴き、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある。					

## 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 令和 \_\_\_\_\_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捺印を求める。

同意年月日 令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

入居者署名 \_\_\_\_\_

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		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
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費負担 週3回以上で1,620円/回 週3回以上で3,240円/回  指定期間以外1,080円/1時間/1名
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	実費負担 週3回以上で1,080円/回  実費負担 指定地区以外1,080円/1時間/1名 指定日以外1,080円/1時間/1名 預り金等管理規程参照
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	指定機関以外1,080円/1時間/1名
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	指定機関以外1,080円/1時間/1名
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	