

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	令和3年10月1日
記入者名	佐藤 慎司	所属・職名	介護付有料老人ホームこうじゅ 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 社会福祉法人
	名称	(ふりがな)	しゃかいふくしほうじんはこだてこうじゅかい 社会福祉法人函館鴻寿会
設置者の所在地	〒040-0072 函館市亀田町7番1号		
設置者の連絡先	電話番号	0138-41-5100	
	FAX番号	0138-41-5109	
	ホームページアドレス	なし	あり : http://www5.ncv.ne.jp/~cs-kouju/
設置者の氏名および職名	氏名	深瀬 晃一	
	職名	理事長	
設置者の設立年月日	平成11年10月1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		
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	短期入所生活介護事業所こうじゅ	函館市亀田町7番1号
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	認知症対応型デイサービスこうじゅ	函館市亀田町7番1号
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	小規模多機能施設こうじゅ	函館市亀田町7番1号
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	地域密着型特別養護老人ホームこうじゅ	函館市亀田町7番1号
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	ケアプランセンターこうじゅ	函館市亀田町7番1号
<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		
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	短期入所生活介護事業所こうじゅ	函館市亀田町7番1号
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	小規模多機能施設こうじゅ	函館市亀田町7番1号
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	デイサービスセンターこうじゅ	函館市亀田町7番1号

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 こうじゅ 介護付有料老人ホーム こうじゅ
施設の所在地	〒040-0072 函館市亀田町7番1号
施設の連絡先	電話番号 0138-41-5100
	FAX番号 0138-41-5109
	ホームページ なし
	アドレス あり : http://www5.ncv.ne.jp/~cs-kouju/
施設の開設年月日	平成25年3月25日
施設長の氏名	佐藤 慎司
施設までの主な利用交通手段	
<ul style="list-style-type: none"> ・函館バス 八幡町バス停より 400m 徒歩5分以内 ・JR函館駅又は五稜郭駅より、車で10分以内 	
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	居住の権利形態：賃貸方式 入居時の要件：要介護 介護保険：地域密着型特定施設入居者生活介護 介護居室区分：居室 介護にかかわる：3：1以上
介護保険事業所番号	0191400399
特定（地域密着型特定）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25年3月25日
指定の年月日	平成31年3月25日
指定の更新年月日	2025年3月25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	1.0
生活相談員		1			1	0.5
看護職員	1	1	1		3	2.1
介護職員	9	1	2		12	10.9
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者	1				1	1.0
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従事者						
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		1				
介護福祉士	7	1				
実務者研修	1			1		
介護職員初任者研修	1			1		
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						
柔道整復士	1					
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 (16時30分～9時30分)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員	2		2			

特定（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	0.5
看護職員	1	1	1		3	2.1
介護職員	9	1	2		12	10.9
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者	1				1	1.0
その他従事者						
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		1				
介護福祉士	7	1				
実務者研修	1			1		
介護職員初任者研修	1			1		
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						
柔道整復士	1					
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（地域密着型特定）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						2.1:1

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						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	1	1	3	1		1
1年以上3年未満者の人数		1	3	1		
3年以上5年未満者の人数			2			
5年以上10年未満者の人数			1	1		
10年以上の者の人数						
	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						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数				1		
1年以上3年未満者の人数	1					
3年以上5年未満者の人数						
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			
<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の人権尊重を最優先とします。 ・入居の優先順位は、原則として、低所得で介護の必要性が高い方を優先いたします。 ・函館市における在宅介護の諸施策に貢献します。 ・運営懇談会のメンバーは、地元町会の役員や民生委員等の第三者にも参画していただき、透明性のある公正・公平な運営を行います。 			
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（地域密着型特定）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（Ⅰ）	あり	なし	
入居継続支援加算（Ⅱ）	あり	なし	
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	あり	なし	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	あり	なし	
個別機能訓練加算（Ⅰ）	あり	なし	
個別機能訓練加算（Ⅱ）	あり	なし	
夜間看護体制加算	あり	なし	
A D L維持等加算	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	
口腔・栄養スクリーニング加算	あり	なし	
科学的介護推進体制加算	あり	なし	
退院・退所時連携加算	あり	なし	
看取り介護加算（Ⅰ）	あり	なし	
看取り介護加算（Ⅱ）	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）	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	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	あり	なし	
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	あり	なし	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	あり	なし	
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	あり	なし	
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	あり	なし	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	あり	なし	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	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	医療法人鴻仁会 深瀬医院		
(協力の内容)	<ul style="list-style-type: none"> ・受診、治療、健康相談、健康診断等 		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 医療法人鴻仁会 深瀬医院
(協力の内容)	<ul style="list-style-type: none"> ・受診、治療、健康相談、健康診断等 		
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		
・介護居室		
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 ()	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	<ul style="list-style-type: none"> ・自傷、他害のおそれが無い方 ・身元引受人を1名以上たてることのできる方 ・共同生活が円満にできる方 	
契約の解除の内容	<p>①入居者からの契約解除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・原則として、7日以上予告期間をもって、解約届にて解約を申し入れた場合 ・解約届を提出せずに退去し、事業者がその事実を知った日から起算して7日目に至った場合など <p>②事業者からの契約解除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用料等が正当な理由なく、2ヵ月以上滞納した場合 ・契約書の規程（制限・禁止行為）に違反した場合など 	
設置者からの解約	解約条項	
	解約予告期間	
入居者からの解約	解約予告期間	
体験入居の内容	1 あり	(内容：お一人様1泊2日 夕食・朝食含む2,500円)
	2 なし	
入居定員	29名	
その他	なし	

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			
75歳以上85歳未満			2	6		
85歳以上		1	4	14	1	20
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						1
75歳以上85歳未満						8
85歳以上						20
入居者の平均年齢	87.8歳					
入居者の男女別人数	男性	4		女性	25	
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			1	2	5	
医療機関		1	1	6	5	
死亡者						
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						8
医療機関						13
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	5	5	17	2		

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	29	最多15.0 m ² (15.0~16.12) m ²
	居室相部屋	あり	なし			m ² m ² m ²
	一時介護室	あり	なし			m ² m ² m ²
共用便所の設置数	10カ所	うち車椅子等の対応が可能な数			5カ所	
個室便所の設置数	0カ所	うち車椅子等の対応が可能な数			0カ所	
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		1,471.62m ²				
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		2,836.96m ² (うち有料老人ホーム部分 899.91m ²)				
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	・ご利用者様相談窓口		
電話番号	・0138-41-5100		
対応している時間	平日	・午前8時30分～午後5時30分	
	土曜	・午前8時30分～午後5時30分	
	日曜・祝祭日	・午前8時30分～午後5時30分	
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	・ご利用者様相談窓口		
電話番号	・0138-41-5100		
対応している時間	平日	・午前8時30分～午後5時30分	
	土曜	・午前8時30分～午後5時30分	
	日曜・祝祭日	・午前8時30分～午後5時30分	
定休日等	なし		
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) ・損害保険会社の賠償責任保険に加入	
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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) ・入居者側に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずる場合があります。	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) ・毎月、ホーム内や外出等のレクリエーションやイベントを開催 ・機能低下防止のための訓練を実施			
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 令和3年4月1日	
		当該結果の開示状況	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

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	月額計	(内訳)
			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		
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	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 計	(内訳)				
		家賃額 相当額	介護 費用	食費	冬季 暖房費	管理費
	74,900円	25,000円	0円	27,900円	6,000円	16,000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	・近隣のワンルーム家賃2万6千円～4万円（1畳3,250円～5,000円）を参考にし て、個室の面積1畳あたり3,250円を基準とします。 ・居室面積が15.0㎡～16.12㎡（約9畳）であり、トイレが設置されていないこ とから、1畳あたり2,750円と定め、一部屋あたり25,000円とします。		
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	・調理委託事業所の食材費、人件費、運営費実績より、1日3食及びおやつ 930円（消費税含む）とします。 ・1食ごとに計算し、朝食250円、昼食300円、夕食300円、おやつ代（お茶 代含む）1日80円（全て消費税含む）とします。 ・30日3食お茶代を含む金額。		
管理費	・水道光熱費、保健衛生費、消耗品などの共用費。		
冬季 暖房費	・冬季暖房料月額6,000円（但し11月より4月まで6ヵ月間のみ）。		
その他	通院介助（協力医療機関以外） 原則週3回以内 500円/30分 リネン利用料 原則週1回交換 レンタル月額2,000円 タオル利用料 月額3,000円 洗濯代 入浴時の着替えを目安とする 50円/回 全身ソープ 入浴1回につき 50円/回 入歯洗浄剤代 6円/回 冷房機設置費用 ※希望者のみ 設置費用3,000円 夏季冷房料 6,000円/月（5月～10月） 口腔ケアブラシ代 30円/1本 とろみ代700 700円/月 とろみ代700日割 23円/日 とろみ代1200 1,200円/月 とろみ代1200日割 40円/日 とろみ代1700 1,700円/月 とろみ代1700日割 56円/日		

(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における保険負担割合証記載の割合分を徴収する。
----	--------------------------------------

人員が手厚い場合の介護サービス（再掲）

内容		なし	あり
----	--	----	----

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

- ・費用の改定にあたっては、所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を
勘案し、運営連絡会議等の意見を聴いたうえで改定する。
- ・改定にあたっては入居者及び身元引受人等に事前に通知する。

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 _____ 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 _____

(代筆者署名 _____)

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	あり	なし	あり	なし	あり	実費負担 原則週2回以内 原則週2回以内
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	週1回交換、レンタル月額2,000円 月額3,000円 50円/回（入浴時の着替えを日安とする） 体調不良等の場合 食材費の実費負担 1日あたり80円 外部業者への連絡調整のみ 月1回代行 各種代金は立替払いとし、原則として現金及び通帳等の預かりはしない
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
タオル類一式	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	
全身シャンプー	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入歯洗浄剤	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
冷房設置・利用	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入歯洗浄剤代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	50円/回（入浴1回につき）
口腔ケアブラシ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	6円/回
とろみ代700	なし	あり	なし	あり	なし	あり	設置費用3,000円 利用料金 6,000円/月（5月～10月）
とろみ代700日割	なし	あり	なし	あり	なし	あり	6円/1回
とろみ代1200	なし	あり	なし	あり	なし	あり	30円/1本
とろみ代1200日割	なし	あり	なし	あり	なし	あり	700円/月
とろみ代1700	なし	あり	なし	あり	なし	あり	23円/日
とろみ代1700日割	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1,200円/月
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	40円/日
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1,700円/月
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	56円/日

健康管理サービス							
定期健康診断	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	協力医療機関の実費負担
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	協力医療機関の無料送迎バス或いは、外部移送業者の実費負担 止むを得ない事情の場合に実施 止むを得ない事情の場合に実施
入退院時の同行（協力医療機関）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
入退院時の同行（協力医療機関以外）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	