

重要事項説明書

記入年月日	令和3年4月1日
記入者名	濱中充彦
所属・職名	管理者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	営利法人
名称	※法人の場合、その種類 (ふりがな) かぶしがいしやぼんぼやーじゅ 株式会社ボンボンヤージュ	
主たる事務所の所在地	〒300-1505 茨城県取手市下萱場183番地1	
連絡先	電話番号 0297-63-3111	
	FAX番号 0297-63-3122	
	ホームページアドレス http://heartful-fujishiro.koujunkai-group.jp/	
代表者	氏名 吉田兼重	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 28年 8月19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

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) いる・くおれさいたまひだか イル・クォーレさいたま日高	
所在地	〒350-1213 埼玉県日高市大字高萩2353番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 川越線 武蔵高萩駅

	交通手段と所要時間	JR 川越線 武蔵高萩駅より徒歩9分
連絡先	電話番号	042-985-2265
	FAX番号	042-978-8065
	ホームページアドレス	http://liluore.koujunkai-group.jp/
管理者	氏名	濱中 充彦
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 24年10月23日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 29年4月1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を提供する場合）	
2	介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）	
3	<input checked="" type="checkbox"/> 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	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	816.00㎡
所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
	抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成24年11月30日～令和24年11月29日) 2 なし
建物	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	延床面積	全体 626.67㎡ うち、老人ホーム部分 626.67㎡
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（ ）	
構造	1 鉄筋コンクリート造	
	2 鉄骨造	

	<input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> その他 ()		
所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物		
	抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし 契約期間 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成24年11月30日～令和24年11月29日) <input type="checkbox"/> 2 なし 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
居室の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり		
	居室区分 【表示事項】		
	最少 人部屋 最大 人部屋		
	トイレ 浴室 面積 戸数・室数 区分*		
	タイプ1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 18.21㎡ 16 一般居室個室		
	タイプ2 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 ㎡		
	タイプ3 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 ㎡		
	タイプ4 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 ㎡		
	タイプ5 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 ㎡		
	タイプ6 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 ㎡		
	タイプ7 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 ㎡		
タイプ8 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 ㎡			
タイプ9 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 ㎡			
タイプ10 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 ㎡			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。			
共用施設	共用便所における 便房		
	共用浴室		
	共用浴室における 介護浴槽		
	うち男女別の対応が可能な便房 うち車椅子等の対応が可能な便房		
1ヶ所	1ヶ所	1ヶ所	1ヶ所
個室 大浴場	1ヶ所	1ヶ所	1ヶ所
チェア一浴 リフト浴 ストレッチャー浴 その他 ()	1ヶ所	1ヶ所	1ヶ所
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	2 なし	1ヶ所
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	なし	1ヶ所

	エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャ対応) 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	1 あり 2 なし
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし
	火災通報設備	1 あり 2 なし
	スプリンクラー	1 あり 2 なし
	防火管理者	1 あり 2 なし
	防災計画	1 あり 2 なし
その他		

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針		ご入居者が快適で安心した自分らしい生活ができるように施設運営に努めて参ります。画一的でない個々のニーズを尊重したサービス提供を目指します。そして必要な時に必要なサービスが常に提供できるように体制を整えます。また、地域社会との交流機会を積極的に持ち、地域に根ざした施設運営を行って参ります。
サービスの提供内容に関する特色		
入浴、排せつ又は食事の介護		1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供		1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与		1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与		1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス		1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス		1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※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

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	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし
	看取り介護加算	1 あり 2 なし
	認知症専門 (I)	1 あり 2 なし
	ケア加算 (II)	1 あり 2 なし
	サービス提 (I)イ	1 あり 2 なし
	供体制強化 (I)ロ	1 あり 2 なし

	加算	(II)	1 あり 2 なし
		(III)	1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1	救急車の手配	
	2	入退院の付き添い	
	3	通院介助	
	4	その他 ()	
協力医療機関	1	名称	在宅クリニック ハートフルふじみ野
		住所	埼玉県ふじみ野市鶴ヶ岡 2-6-1 ラングウッド鶴岡 102
		診療科目	内科
		協力内容	定期診療
協力歯科医療機関	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
		名称	川越デンタルクリニック
		住所	埼玉県川越市脇田町 4-2 川越モディ 5 階
		協力内容	定期診療

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1	一時介護室へ移る場合	
	2	介護居室へ移る場合	
	3	その他 ()	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無	1 あり 2 なし		
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減 便所の変更 浴室の変更 洗面所の変更	1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	
		1 あり 2 なし	

	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容	入居契約書第 28 条の通り		
事業主体から解約を求めるとき	解約条項	入居契約書第 29 条	
	解約予告期間	基本 1 か月だが、この限りではない	
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容: 1泊 5000 円 7泊 8日 まで)		
	2 なし		
入居定員	16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こと(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)		常勤換算人数 ※1※2
	常勤	非常勤	
管理職	1		
生活相談員			
直接処遇職員	9	9	
介護職員	9	9	
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	

事務員			
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※2			
※1 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。			
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。			

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	
	常勤	非常勤
社会福祉士		
介護福祉士	7	7
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	2	2
介護支援専門員		

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	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 (時～ 時)	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)
	人	人	
看護職員		1人	1人
介護職員		1人	1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 【表示事項】	契約上の職員配置比率※ a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上
-----------------------------------------	-----------------------------------------

員の割合 (一般型特定施設以外の場 合、本欄は省略可能)		c 2.5:1以上 d 3:1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)	: 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料	ホームの職員数	人
老人ホームの介護サービス提供体制(外部	訪問介護事業所の名称	
サービス利用型特定施設以外の場合、本欄	訪問看護事業所の名称	
は省略可能)	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		1 あり		2 なし	
	業務に係る資格等		1 あり		2 なし	
	資格等の名称		介護福祉士、防火管理者			
	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
前年度1年間の 採用者数		1				
前年度1年間の 退職者数		1				
従業員に 従事した 経験年数 に応じた 職員の 人数	1年未満	2				
	1年以上	1				
	3年未満					
	3年以上	2	4			
	5年未満					
5年以上						
10年未満						
10年以上						
従業員の健康診断の実施状況			1 あり		2 なし	

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
	2 建物賃貸借方式
	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		
	3 月払い方式		
	4 選択方式	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	
※該当する方式を全て選択			
年齢に応じた金額設定	1 あり	2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱いは	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 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	協議を行い決定する	
	手続き		

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

入居者の状況	要介護度	プラン1		プラン2	
		要介護1	要介護2	要介護1	要介護2
年齢			70歳		70歳
居室の状況	床面積	18.21㎡	18.21㎡	18.21㎡	18.21㎡
	便所	1 有	2 無	1 有	2 無
	浴室	1 有	2 無	1 有	2 無
	台所	1 有	2 無	1 有	2 無
入居時点で 必要な費用	前払金		円		円
	敷金	88,000円		88,000円	
月額費用の合計		121,500円		98,900円	
家賃		44,000円		43,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{*1} の費用		円		円
	食費	40,500円		40,500円	
	管理費	25,000円		6,000円	
	介護費用		円		円
	光熱水費	3,000円		3,000円	
	その他	9,000円		6,400円	

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。
 ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスの関係する介護費用は、同一法人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ない）

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	建築費用より算定
敷金	家賃の 2ヶ月分
介護費用	介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	人件費より算定
食費	人件費・食材費より算定
光熱水費	別途必要
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 人件費による
その他のサービス利用料	

(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*に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護*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）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(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		ヶ月
想定居住期間（償却年月数）		
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月を超えた契約終了	
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（名称： ）	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	5人	
	女性	7人	
年齢別	65歳未満	0人	
	65歳以上75歳未満	0人	
	75歳以上85歳未満	2人	
	85歳以上	10人	
要介護度別	自立	0人	
	要支援1	0人	
	要支援2	0人	
	要介護1	1人	
	要介護2	3人	
	要介護3	5人	
	要介護4	2人	
	要介護5	0人	
	入居期間別	6ヶ月未満	0人
		6ヶ月以上1年未満	3人
1年以上5年未満		9人	
5年以上10年未満		0人	
10年以上15年未満		0人	
15年以上		0人	

(入居者の属性)

平均年齢	87.4JR 川越線 武蔵高萩駅歳
入居者数の合計	12人
入居率※	75%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(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	2人
	医療機関	3人
	死亡者	2人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人

況	(解約事由の例)
入居者側の申し出	(解約事由の例)
	人

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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	イル・クオールさいたま日高
電話番号	042-985-2265
対応している時間	平日 9:00~18:00 土曜 日曜・祝日
定休日	土・日・祝

(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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 保険会社・・損害保険ジャパン日本興亜株式会社 商品名・・損害賠償保険
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 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	(その内容) 事故対応マニュアルに基づいて。応急処置、119番地通報による他の医療機関への搬入を行うと共に、施設の長からご家族への連絡を行います。
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 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、意見等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 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	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

	1 あり	(開催頻度) 年	1 回
運営懇談会	<ol style="list-style-type: none"> 1 あり 2 なし 		
	<ol style="list-style-type: none"> 1 代替措置あり 2 代替措置なし 	(内容)	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<ol style="list-style-type: none"> 1 あり (提携ホーム名:) 2 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	<ol style="list-style-type: none"> 1 あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要 		
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<ol style="list-style-type: none"> 1 あり 2 なし 		
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	<ol style="list-style-type: none"> 1 あり 2 なし 		

合致しない事項がある場合 の内容	
「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添1 (別の実施する介護サービス一覧表)
別添2 (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ます。

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核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	狭山市北入曾699-1(株)が'エイエ101 日高市高萩2852-3カーブ°リA51102
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・随時対応型訪問介護看護	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	
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	
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＞			
介護予防訪問介護	あり	なし	
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	
介護予防通所介護	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	
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	
介護予防支援	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	

別添 2

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					
介護サービス	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）		包含※2	都度※2	料金※3	備 考		
		なし	あり						
食事介助	なし	あり	なし	あり		500 円/回			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		500 円/回			
おむつ代			なし	あり			実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		1,500 円/30 分			
特浴介助	なし	あり	なし	あり		1,500 円/30 分			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		500 円/回			
機能訓練	なし	あり	なし	あり			レクリエーション（一部実費）あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり		1,500 円/30 分	通常の利用区域内		
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		1,000 円/回			
リネン交換	なし	あり	なし	あり		500 円/回			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		500 円/回			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		200 円/回	食堂までの配膳下膳は無料		
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり			応相談特別食可		
おやつ			なし	あり			実費		
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○		ご紹介		
買い物代行	なし	あり	なし	あり		1,500 円/30 分	通常の利用区域内		
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		1,500 円/30 分			
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり	○		年 2 回機会提供・実費		
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		訪問医療時		
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		管理費に含む		
服薬支援	なし	あり	なし	あり		200 円/回			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	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		1,500 円/30 分			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		1,500 円/30 分	通常の利用区域内		
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		1,500 円/30 分			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	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含まれる場合と、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。