

重要事項説明書



記入年月日	R2.7.1
記入者名	海瀬 武道
所属・職名	ケントハウス・施設長

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人の種類	あり	なし
	名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ ゆーすくえあ 有限会社 ユースクエア	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒516-0014	三重県伊勢市楠部町 263-150	
	電話番号	0596-23-3457	
事業主体の連絡先	F A X 番号	0596-24-9277	
	メールアドレス	http://www11.ocn.ne.jp/~usquare/index.html	
	ホームページ アドレス		
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	亀谷 さえ子	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日			

事業主体が県内で実施する他の介護サービス（有料老人ホーム内に併設、同一敷地内含む）					
介護サービスの種類			事業所の名称	所在地	入居者の利用数
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーション宇治山田	伊勢市岩淵1-13-41	27名
訪問入浴介護	あり	なし			名
訪問看護	あり	なし			名
訪問リハビリテーション	あり	なし			名
居宅療養管理指導	あり	なし			名
通所介護	あり	なし			名
通所リハビリテーション	あり	なし			名
短期入所生活介護	あり	なし			名
短期入所療養介護	あり	なし			名
特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
福祉用具貸与	あり	なし			名
特定福祉用具販売	あり	なし			名
<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			名
夜間対応型訪問介護	あり	なし			名
地域密着型通所介護	あり	なし	デイサービスセンター宇治山田	伊勢市岩淵1-13-41	25名
認知症対応型通所介護	あり	なし			名
小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名
認知症対応型共同生活介護	あり	なし			名
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし			名
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名
居宅介護支援	あり	なし			名
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問看護	あり	なし			名
介護予防訪問入浴介護	あり	なし			名
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし			名
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし			名
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし			名
介護予防短期入所生活介護	あり	なし			名
介護予防短期入所療養介護	あり	なし			名
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし			名
介護予防福祉用具貸与	あり	なし			名
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし			名
<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			名
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし			名
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし			名
介護予防支援	あり	なし			名
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし			名
介護老人保健施設	あり	なし			名

介護療養型医療施設	あり	なし			名
介護医療院	あり	なし			名

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先			
施設の名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむ けんとはうす 有料老人ホーム ケントハウス		
施設の所在地	〒516-0037	三重県伊勢市岩淵1丁目13-41	
施設の連絡先	電話番号	0596-23-1106	
	FAX番号	0596-23-1199	
	メールアドレス	Kent-house@ark.ocn.ne.jp	
	ホームページ アドレス	http://www11.ocn.ne.jp/~usquare/index.html	
施設までの主な利用交通手段			
近鉄宇治山田駅下車徒歩5分			
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	海瀬 武道	
	職名	施設長	
建物の竣工日			
有料老人ホーム事業の開始日		H24.12.17	

(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)	
<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	
事業の開始(予定)年月日	
事業所の指定日	
指定の更新日(直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積					1174.49 m ²			
	所有関係	運営する法人が所有		あり	一部あり	なし			
		事業者が賃借する土地							
		抵当権の設定		あり	なし				
		契約期間		あり	H4年11月1日～ H34年10月31日				
		なし							
	契約の自動更新		あり	なし					
建物	延床面積	全体				2970.61 m ²			
		うち、老人ホーム部分				899.96 m ²			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()							
		構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()						
			所有関係	運営する法人が所有		あり	一部あり	なし	
事業者が賃借する建物									
抵当権の設定				あり	なし				
契約期間		あり		年 月 日～ 年 月 日					
		なし							
	契約の自動更新		あり	なし					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室							
		2 相部屋あり							
		最少				人部屋			
	最大				人部屋				
	居室の状況	区分		室数	人数	トイレ	浴室	面積	
		一般居室 個室	あり	なし	30	/	有/無	有/無	15.75 m ²
							有/無	有/無	m ²
							有/無	有/無	m ²
		一般居室 相部屋	あり	なし		/	有/無	有/無	m ²
							有/無	有/無	m ²
有/無							有/無	m ²	
介護居室 個室		あり	なし		/	有/無	有/無	m ²	
						有/無	有/無	m ²	
	有/無					有/無	m ²		
介護居室 相部屋	あり	なし		/	有/無	有/無	m ²		
					有/無	有/無	m ²		
					有/無	有/無	m ²		
一時 介護室	あり	なし			有/無	有/無	m ²		

共用施設	共用便所の設置数	6	うち男女別の対応が可能な数	6
			うち車椅子等の対応が可能な数	6
	共用浴室の設置数	3	個浴	3
			大浴場	0
	共用浴室における介護浴槽の設置数	2	チェアー浴	
			リフト浴	1
			ストレッチャー浴	1
			その他 ()	
	食堂	あり	なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備		あり	なし
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> 3 あり (上記1、2に該当しない) <input type="checkbox"/> 4 なし			
バリアフリーの対応状況	(内容) 各戸・共用部分対応			
その他の共用施設の設備状況	あり	なし		
		(内容) 談話室兼食堂・洗濯室・玄関・集合ポスト		
緊急通報装置の設置状況	全居室内にあり	一部あり	なし	
外線電話回線の設置状況	全居室内にあり	一部あり	なし	
テレビ回線の設置状況	全居室内にあり	一部あり	なし	
消防用設備等	消火器		あり	なし
	自動火災報知設備		あり	なし
	火災通報設備		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
その他				

4. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	利用者様の希望と日常生活上の課題を解決する為に、利用者様本人の意思を尊重し、適切な保健医療サービス及び福祉サービスを総合的に提供できるよう、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。		
サービスの提供内容に関する特色	利用者様が人としての尊厳・個性を失わずに心豊かに暮らせるよう自立生活を支援する。共に支えあい、信頼し合って生活する開かれた住環境作りを目的に事業を行なう。		
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施	委託	なし
食事の提供	自ら実施	委託	なし
洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施	委託	なし
健康管理の供与	自ら実施	委託	なし
安否確認又は状況把握サービス	自ら実施	委託	なし
生活相談サービス	自ら実施	委託	なし
利用者の個別的な選択によるサービスの実施状況	別添		

(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	あり	なし	
	夜間看護体制加算	あり	なし	
	医療機関連携加算	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
		(Ⅱ)	あり	なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	あり	なし
		(Ⅰ)ロ	あり	なし
(Ⅱ)		あり	なし	
(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	(介護・看護職員の配置率) : 1	なし	

(医療連携の内容)

医療支援 可	※複数選択	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	亀谷内科胃腸科
		所在地	伊勢市岩淵1丁目13-3
		診療科目	内科・胃腸科
		協力内容	健康相談、必要な治療の継続
	2	名称	伊勢かめや眼科

	所在地	伊勢市神田久志本町 1783
	診療科目	眼科
	協力内容	眼科的治療、相談・治療の継続
協力歯科医療機関	名称	宇治山田歯科
	所在地	伊勢市岩渕2丁目4-37
	協力内容	口腔衛生・必要な治療の継続

(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	居室		
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 (各階で要介護層を分けている為、重度介護になった場合)		
判断基準の内容	主に3階層の方は、基本トイレ等自立度が高い方に限られる為、身体的介護の頻度が高くなった場合		
手続きの内容	入居時の敷金は据え置きで、書類上契約書の再締結		
追加的費用の有無	あり		なし
居室利用権の取扱い	入居時の居室から住み替え居室に移行		
前払金償却の調整の有無	あり		なし
従前の居室との仕様変更	面積の増減	あり	なし
	便所の変更	あり	なし
	浴室の変更	あり	なし
	洗面所の変更	あり	なし
	台所の変更	あり	なし
	その他の変更	あり	(変更内容)
	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	あり	なし
	要支援の者	あり	なし
	要介護の者	あり	なし
留意事項			
契約の解除の内容			
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第27条	
	解約予告期間	2か月	
入居者からの解約予告期間	1か月		
体験入居	あり	(内容) 見学、宿泊 (空室のある場合は可能1日5,000円 (部屋代・朝・昼・夕食))	
	なし		
入居定員	30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）

職種別の職員の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数※
	専従	非専従	専従	非専従		
管理者	1				1	1.0
生活相談員	1				1	1.0
直接処遇職員				3	3	0.7
看護職員				10	10	3.0
介護職員				3	3	0.3
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員			1			0.3
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					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。						
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					6	
実務者研修の修了者						
初任者研修の修了者					4	
介護支援専門員						
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		
看護師及び准看護師					3	
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)

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数		
	夜勤帯平均人数 (20時 ~ 6時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	2	2

(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】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 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)	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称	
	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		あり		なし					
	業務に係る 資格等		あり		なし					
			資格等の名称	社会福祉主事 介護福祉士 ヘルパ-2級						
職員	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 採用者数										
前年度1年間の 退職者数										
応じた 業務に従事した 職員の人数 経験年数に	1年未満									
	1年以上 3年未満									
	3年以上 5年未満			1						
	5年以上 10年未満		1						1	
	10年以上		2		9	1			2	
	職員の健康診断の実施状況				あり		なし			

6. 利用料金

(利用料金の支払方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<ol style="list-style-type: none"> 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		
利用料金の支払い方式 【表示事項】	4 選択方式	1 全額前払い方式	
	※該当する方式をすべて選択	2 一部前払い・一部月払い方式	
年齢に応じた金額設定	あり		なし
要介護状態に応じた金額設定	あり		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	<ol style="list-style-type: none"> 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	社会情勢により大きく改定必要な場合、以外改定なし	
	手続き	運営懇談会開催、同意書、契約再締結	

(利用料金のプラン)【代表的なプラン2例】

		プラン1		プラン2		
入居者の状況	要介護度					
	年齢	歳		歳		
居室の状況	床面積	15.75 m ²		m ²		
	便所	あり	なし	あり	なし	
	浴室	あり	なし	あり	なし	
	台所	あり	なし	あり	なし	
入居時点で必要な費用	前払金	円		円		
	敷金	100,000 円		円		
月額費用の合計		121,400 円		円		
サービス費用	家賃	50,000 円		円		
	特定施設入居者生活介護※1の費用	円		円		
	介護保険外※2	食費	41,400 円		円	
		管理費	30,000 円		円	
		介護費用	円		円	
		光熱水費	円		円	
その他	円		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に関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入しない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	50,000 円
敷金	家賃の (2) か月分
介護費用	外部介護保険サービス利用※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	30,000 円/月
食費	朝食 370 円 昼食 520 円 おやつ 110 円 夕食 520 円
光熱水費	電気使用メーターによる (直接中部電力との契約)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添
その他のサービス利用料	
その他留意事項	

(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	
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

入居者の人数（冒頭に記した記入日現在）							
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
65歳未満						人	
65歳以上75歳未満						人	
75歳以上85歳未満	3	1			2	6人	
85歳以上	2	4	5	5	3	19人	
	自立	要支援1	要支援2			計	
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		1	2			3人	
					合計	28人	
入居者の平均年齢	90.1歳						
入居者の男女別人数	男性	2人		女性	26人		
入居率（一時的に不在となっている者を含む）	93%						
認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上の者）	人						
医療機関（認知症に限らず）へ受診中の者	人						
前年度に退去した者の状況							
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
自宅等						人	
社会福祉施設						人	
医療機関				2		2人	
死亡者				1	1	2人	
その他						人	
	自立	要支援1	要支援2			計	
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)				
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	合計
入居者数	1	2	21	4			28人

8. 苦情・事故等に関する体制

事業主体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	有料老人ホーム ケントハウス		
電話番号	0596-23-1106		
対応している時間	平日	8:30～17:30	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	お盆(8/13～8/15) 年末年始(12/30～1/3)		
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	三重県国民健康保険団体連合会		
電話番号	059-228-9151		
対応している時間	平日	9:00～17:00	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	年末年始		

(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	あり	(その内容) サービス提供に伴って利用者に損害を及ぼした場合に、その損害を賠償します。 その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められた場合は、事業者が損害賠償責任が生じない場合があります。 介護事業者賠償責任保険加入	
	なし		
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	あり	(その内容)	
	なし		
事故対応及びその予防のための指針	あり	なし	医療機関との連携を密にして、入居者の健康と安全を守る。

(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	あり	実施日		
		結果の開示	あり	なし
	なし			
第三者による評価の実施状況	あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	あり	なし
	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
管理規程	<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 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 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 type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	あり	(開催頻度) 年 1回
	なし	
	代替措置あり	(内容)
	代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	あり	(提携ホーム名:)
	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 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	廊下幅	
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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：「入居者の個別選択によるサービス一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 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。

令和 年 月 日

有料老人ホーム ケントハウスの入居の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

有料老人ホーム ケントハウス

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、有料老人ホーム ケントハウスの入居開始に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

署名を代行した場合

私は、下記の理由により契約者に代わって上記の署名を行いました。

(理由) _____

私は、契約者の契約意思を確認しました。(続柄 _____)

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ 印

入居者の個別選択によるサービス一覧表

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	月額の利用料等、実施するサービス			あり	備考 ※別途利用料を徴収する場合は、単価等を記載のこと。
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	〇なし	あり		
介護サービス					
食事介助	〇なし	あり	〇なし	あり	
排泄介助・おむつ交換	〇なし	あり	〇なし	あり	
おむつ代	—	—	〇なし	〇あり	
入浴(一般浴)介助・清拭	〇なし	あり	〇なし	あり	
特浴介助	〇なし	あり	〇なし	あり	
身辺介助(移動・着替え等)	〇なし	あり	〇なし	あり	
機能訓練	〇なし	あり	〇なし	あり	
通院介助(協力医療機関)	〇なし	あり	〇なし	あり	
通院介助(協力医療機関以外)	〇なし	あり	〇なし	〇あり	1,200円/1時間(税抜)
生活サービス					
居室清掃	〇なし	あり	〇なし	あり	
リネン交換	〇なし	あり	〇なし	〇あり	布団・枕・シーツ代 1,800円/月
日常の洗濯	〇なし	あり	〇なし	〇あり	洗濯代 200円/回
居室配膳・下膳	〇なし	あり	〇なし	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	—	—	〇なし	〇あり	実費(ただし規定範囲内で)
おやつ	—	—	〇なし	あり	
理美容師による理美容サービス	—	—	〇なし	〇あり	カット/回 1,500円(外部委託)
買い物代行(通常の利用区域)	〇なし	あり	〇なし	〇あり	1,200円/1時間(税抜)
買い物代行(上記以外の区域)	〇なし	あり	〇なし	あり	
役所手続き代行	〇なし	あり	〇なし	〇あり	1,200円/1時間(税抜) 本人申し出る場合
金銭・貯金管理	—	—	〇なし	〇あり	お小遣い程度の金額 *財産管理不可
健康管理サービス					
定期健康診断	—	—	〇なし	あり	実費
健康相談	〇なし	あり	〇なし	あり	
生活指導・栄養指導	〇なし	あり	〇なし	あり	
服薬支援	なし	あり	〇なし	あり	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	〇なし	あり	
入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	〇なし	あり	〇なし	あり	
入退院時の同行(協力医療機関)	〇なし	あり	〇なし	あり	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	〇なし	あり	〇なし	〇あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	〇なし	あり	〇なし	あり	
入院中の見舞い訪問	〇なし	あり	〇なし	あり	

