

重要事項説明書

記入年月日	2023.10.01
記入者名	等々力 美和
所属・職名	介護看護事業部 課長

1. 設置者（*）

種類	個人／法人	法人
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃみらいさいふくしかい 株式会社みらいさい福社会	
主たる事務所の所在地	〒390-0312 長野県松本市岡田松岡401番地3	
連絡先	電話番号	0263-50-7887
	FAX番号	0263-50-6624
	ホームページアドレス	http://miraisai.co.jp
	電子メールアドレス	milaisai.ku@gmail.com
代表者	氏名	御小柴 普介
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成22年6月25日	
主な実施事業	※別添1（別に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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほ一むあいこうえんあづみの 住宅型有料老人ホーム 愛光苑あづみの	
所在地	〒399-7102 長野県安曇野市明科中川手147-2	
主な利用交通手段	最寄駅	明科駅
	交通手段と所要時間	JR篠ノ井線明科駅より約3km車7分 長野道安曇野インターより約5km。車10分
連絡先	電話番号	0263-88-7676
	FAX番号	0263-88-7675
	ホームページアドレス	http://miraisai.co.jp
	電子メールアドレス	milaisai.ku@gmail.com

管理者	氏名	岡村 あゆみ
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 23 年 3 月 26 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 23 年 5 月 16 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）		
<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	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	2,631.35㎡（実測）	
	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23年5月1日～平成43年4月30日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	877.00㎡
		うち、老人ホーム部分	877.00㎡
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ()	
4 その他 ()			
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	2 鉄骨造		
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造		
	4 その他 ()		
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物		
	抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

		契約期間	<input type="checkbox"/> あり (平成23年5月1日～平成43年4月30日) <input type="checkbox"/> なし			
		契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 全室個室				
		2 相部屋あり				
		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	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.65m ²	30	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)		なし	その他の廊下	2m	
共用施設	共用便所における 便房	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		7ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		0ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴		0ヶ所	
			リフト浴		0ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
その他 (個浴)			2ヶ所			
食堂	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり <input type="checkbox"/> なし					
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) <input type="checkbox"/> なし					
消防用設	消火器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

備等	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし		
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	3	なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	3	なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり	3	なし
	その他 ()	1	あり	2	一部あり	3	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	雰囲気の良い施設にします。
サービスの提供内容に関する特色	各々のケアプランに即し、親切で丁寧な心を込めたサービスに徹します。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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ため省略

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1	救急車の手配
		<input checked="" type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	通院介助
		4	その他 ()
協力医療機関		1	名称
		住所	長野県安曇野市豊科4301-6
		診療科目	内科、循環器内科、生活習慣病
		協力科目	内科、循環器内科、生活習慣病
		協力内容	入居者への健康診断の実施、入居者への医学的助言・指導

	2	名称	安曇野赤十字病院
		住所	長野県安曇野市豊科5685
		診療科目	内科、循環器内科、整形外科、神経内科、他
		協力科目	内科、循環器内科、整形外科、神経内科、他
		協力内容	入居者の緊急時対応
協力歯科医療機関		名称	堀金歯科医院
		住所	長野県安曇野市堀金三田1122-6
		協力内容	入居前歯科診断、口腔内健康維持指導、診察

(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ため省略

(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	施設内において判定会議を実施し、入居の判断を行います。		
契約の解除の内容	入居契約書第26条から第28条で規定。		
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	1ヶ月	
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日あたり2,000円、1泊可。食費・入浴費用別途)	
	2	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)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	
生活相談員	15	0	15	
直接処遇職員	0	0	0	
介護職員	0	0	0	

看護職員	0	0	0	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	1	0	1	
その他職員	0	0	0	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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	0	0	0
介護福祉士	0	0	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	0	0	0

(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	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（16時30分～翌9時30分）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）

看護職員	0人	0人
介護職員	0人	0人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制) ※特定施設ではないため省略

(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		介護福祉士							
		資格等の名称									
		2 なし									
	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	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	
応じた職員 の人数 業務に従事 した経験年 数に	1年未満	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
	従業者の健康診断の実施状況		1 あり 2 なし		採用時に		1 あり 2 なし				
			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 ※該当する方式を全て選択	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
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	利用料金に対する租税その他の負担の増減により、物価の上昇もしくは低下その他経済事情の変動により、又は近傍同種の利用料に比較して不相当となったとき。
	手続き	運営懇談会による説明を経て改定。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	3	5	
	年齢	75歳	85歳	
居室の状況	床面積	13.65㎡	13.65㎡	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円	
	敷金	92,000円	92,000円	
月額費用の合計		141,812円	141,812円	
家賃		46,000円	46,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	－円	－円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	56,670円	56,670円
		管理費	36,000円	36,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
その他	3,142円	3,142円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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、本欄には記入していない）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
----	------

家賃	月額利用料として。
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※1	事務員の人件費、その他入居者サービスをしていくにあたっての運営維持経費として、事務用品・消耗品費、共用施設等の維持・管理費、共用部の光熱水費、交通費、通信費。
食費	食材費、調理員人件費、 朝食:461円、昼食:664円、おやつ:100円、夕食:664円。
光熱水費等※2	なし。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2（個別選択による介護サービス一覧表）
その他のサービス利用料	1週間に1回、交換用寝具の提供費用。 エンゼルケア（ご逝去後の処置） 10,800円
<p>※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。</p> <p>※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。</p>	

（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ため省略

（前払金の受領）※前払金を受領していないため省略

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	6人
	女性	23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	7人
	85歳以上	22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	3人
	要介護2	7人
	要介護3	6人

	要介護4	7人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	10人
	5年以上10年未満	8人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	90.0歳
入居者数の合計	29人
入居率*	96.6%
※ 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	4人
	社会福祉施設	6人
	医療機関	4人
	死亡者	9人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	10人
		(解約事由の例) 自宅、特養等へ転出の為。

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		愛光苑あづみの苦情対応窓口
電話番号		0263-88-7676
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	—

	日曜・祝日	—
定休日	土日祝日、年末年始（12月30日～1月3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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保 施設所有者賠償責任保険
	2 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	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、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2023年9月	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
2 なし				
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	1 あり	2 なし
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名 :)	
	<input type="checkbox"/> 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	<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 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		
「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：別添 1 (別を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)

重要事項説明日

令和 年 月 日

ご入居者（予定）の氏名

氏名

説明を受けた方のご署名

住所

氏名

重要事項の説明を行った者

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。

別添1 事業主体が長野県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			2	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	愛光苑すざか	須坂市上町
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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	併設・隣接	愛光苑安曇野サポートセンター	安曇野市明科
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	愛光苑ケアマネセンター	松本市蟻ヶ崎
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		

<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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	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	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				別途定期巡回随時対応型訪問介護看護の契約により必要な介護サービスを受ける事ができます。 介護保険外サービス、別途料金にて販売します。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	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				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	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	○			
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	○		1週間に1回のリネン提供で月額3,142円。（交換費用は別途となります）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			原則食堂での食事となります。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり		○		食事代に含みます
理美容師による理美容サービス			なし	あり				外部美容師の訪問により対応します。
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○		1時間当たり1,048円です
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○		1時間当たり1,048円です
金銭・貯金管理			なし	あり	○			小口現金のみ、個別上限額の範囲内で対応します。
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	個人別料金	年1回、協力医療機関を紹介します。
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	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				
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				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○		1時間当たり1,048円、協力医療機関は無料となります。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○		1時間当たり1,048円で行います。
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、月額サービスの費用に包含される場合と、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。