

グランドホーム渋川

入居契約重要事項説明書

兼「東京都消費生活条例による表示」

ベルジ株式会社

令和2年11月1日現在

## 重要事項説明書

記入年月日	令和2年11月1日
記入者名	金子 律子
所属・職名	支配人

※ 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	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) べるじかぶしきがいしゃ ベルジ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒370-3104 群馬県高崎市箕郷町上芝 839 番地 4	
連絡先	電話番号	027-371-6610
	FAX番号	027-371-6613
	ホームページアドレス	http://www.e-verde.co.jp
	メールアドレス	minowa@e-verde.co.jp
代表者	氏名	樋口 朋幸
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 平成 45年 6月 1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)	



(併設介護保険事業所等の概要) ※併設する介護保険事業所等がない場合は省略可能

併設介護 保険事業 所等	1	施設の名称	デイサービス グランドホーム渋川
		サービスの類型	通所介護
		事業所番号	1090800119
		事業所の場所	① 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	2	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	3	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	4	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地

3. 建物概要

土地	敷地面積	2639.14㎡		
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地		
		2 事業者が賃借する土地		
		借地権の類型	1 普通借地権 2 定期借地権	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし	
		契約期間	1 あり ( 年 月 日～ 年 月 日) 2 なし	
契約の自動更新	1 あり 2 なし			
建物	延床面積	全体	2327.11㎡	
		うち、老人ホーム部分	1931.03㎡	
	耐火構造	① 耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の2) 2 準耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の3) 3 その他 ( )		
	構造	1 鉄筋コンクリート造 ② 鉄骨造 3 木造 4 その他 ( )		
	建物階数	3階建て (うち有料老人ホーム部分 2階～3階)		

	所有関係	① 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり ( 年 月 日～ 年 月 日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 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				
		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 checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	12.51㎡	46	介護居室個室
タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.25㎡	4	介護居室個室	
※「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	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他 ( )		ヶ所	
食堂	① あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり ② 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) 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	一人ひとりの尊厳を守り、安心、安全、快適な住まいの提供を心がけ、常にサービス向上に努める
サービスの提供内容に関する特色	<p>食事サービス…入居者様の健康を考慮し栄養士管理のもと1日3食、また2か月に一回は行事食を提供し楽しんで頂きます。</p> <p>医師・看護職員の健康相談・健康診断・機能訓練を実施し、健康管理に努めます。</p> <p>外部との交流を図りながら運営懇談会開催、皆様よりご意見を頂戴し改善を行います。</p> <p>自立支援を目指し、身体・生活において両面をサポートします。</p>
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	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり 2 なし
		(I)ロ	1 あり 2 なし
(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 入退院の付添い ③ 通院介助 ④ その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	本沢医院
		住所	群馬県渋川市石原208-1
		診療科目	アレルギー科・小児科・リウマチ科
		協力内容	管理規定 別表IV-3-1のとおり
	2	名称	上部呼吸器科内科病院
		住所	群馬県前橋市田口町586-1
		診療科目	内科・呼吸器内科・循環器内科・消器内科等
		協力内容	管理規定 別表IV-3-2のとおり
	3	名称	医療法人 菊栄会 渋川中央病院
		住所	群馬県渋川市石原508-1
		診療科目	内科・循環器科・消化器科・泌尿器科等
		協力内容	管理規定 別表IV-3-3のとおり
	4	名称	北毛保険生活協同組合 北毛病院
		住所	群馬県渋川市有馬237-1
		診療科目	内科・外科・精神科・眼科等
		協力内容	管理規定 別表IV-3-4のとおり
協力歯科医療機関		名称	芳賀歯科医院
		住所	前橋市高花台1-9-2
		診療科目	訪問歯科・歯科一般・口腔外科・小児歯科
		協力内容	管理規定 別表IV-3-5のとおり

**(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		<del>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 ( )</del>	
判断基準の内容		<del> </del>	
手続の内容		<del> </del>	
追加的費用の有無		<del>1 あり 2 なし</del>	
居室利用権の取扱い		<del> </del>	
前払金償却の調整の有無		<del>1 あり 2 なし</del>	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<del>1 あり 2 なし</del>	
	便所の変更	<del>1 あり 2 なし</del>	

	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	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	年齢制限なし 2人入居の場合は、夫婦、親子、兄弟姉妹	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合（2名入居の場合はどちらとも逝去した場合） ② 入居者から契約解除が行われた場合（30日前） ③ 事業者から契約解除が行われた場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>月払いの利用料その他支払いを正当な理由なく3か月滞納したとき</li> <li>入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき</li> <li>入居者の行為が他の入居者の生命に危険を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法でこれを防止することが出来ないとき</li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第29条による
	解約予告期間	90日
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2日3食付 ） 2 なし	
体験入居の費用	¥8,800円（1か月以内）	
入居定員	50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人	1人		
生活相談員				
直接処遇職員	22人	17人	5人	
介護職員	18人	14人	4人	
看護職員	4人	3人	1人	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	4人	3人	1人	
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				40時間以下
※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	6人	5人	1人
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1人	1人	
介護支援専門員	1人	1人	

### （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			
はり師			
きゅう師			

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 ( 18時00分 ~ 翌日9時00分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2人	2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		① あり 2 なし		
	業務に係る資格等		① あり		
			資格等の名称	介護福祉士	
		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
前年度1年間の採用者数		1人			
前年度1年間の退職者数					

業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	1人	1人	1人						
	1年以上 3年未満			3人	3人					
	3年以上 5年未満	1人		2人	1人					
	5年以上 10年未満			4人						
	10年以上	1人		4人						
	従業者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 ※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 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	1 減額なし ② 日割り計算で減額（食費のみ） 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	全入居者対象
	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人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聞いて、月額利用料を改定することがあります

### (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	要介護3	要介護度3
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	12.51㎡	13.25㎡
	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		円	円
月額費用の合計			95,580円	95,580円
家賃			30,000円	30,000円
サービス費用	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円
		食費	22,350円	22,350円
	管理費	43,230円	43,230円	
	介護費用	円	円	
	光熱水費	実費	実費	
	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、本欄には記入していない）

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
家賃	近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出
敷金	なし
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	共用施設等の維持・管理費、事務管理給食部門の人件費および事務費、要支援者・要介護者以外の入居者に対する日常生活支援サービス等に係る人件費を勘案して算出
食費	食材費を勘案して算出
光熱水費	実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	別紙2

**(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		
想定居住期間 (償却年月数)		ヶ月
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【冒頭に記した記入日現在】**

**(入居者の人数)**

性別	男性	8人
	女性	20人
年齢別	60歳未満	1人
	60歳以上 65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	11人
	85歳以上 90歳未満	6人
	90歳以上 95歳未満	3人
	95歳以上 100歳未満	4人
	100歳以上	0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	6人
	要介護2	9人
	要介護3	6人
	要介護4	5人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	28人

	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	0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
入居時の住所地	市内	28人
	県内の他の市町村	0人
	県外	0人

#### (入居者の属性)

平均年齢	82.7歳
入居者数の合計	28人
入居率*	56%
※ 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を含む。	

#### (前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	0人
	その他	0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	0人 (解約事由の例) 長期入院、社会福祉施設入所等

### 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	苦情相談窓口 担当職員・・・金子 律子 (苦情処理担当者を定め、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。苦情申し出による差別的な待遇は一切行わない)
電話番号	0279-26-7361

対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日	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	① あり	(その内容) (公社) 全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」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、不可抗力による場合を除き賠償される。 (損害保険ジャパン株式会社)
	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	① あり	(その内容) 上記の損害賠償責任保険にて対応
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	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	1 あり	実施日	
		結果の開示	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
	① 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	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	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
重要事項説明書	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	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	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	③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 2回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: ) 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	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	なし	
不適合事項がある場合の内 容		
(公社) 全国有料老人ホーム 協会への加入	1 あり ② なし	



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）

※\_\_\_\_\_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

※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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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	訪問看護ステーションベルジ箕輪	群馬県高崎市箕郷町上芝845-3
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	ベルジ箕輪	群馬県高崎市箕郷町上芝839-4
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	ベルジ武尊 ベルジ箕輪	群馬県利根郡川場村生品1221 群馬県高崎市箕郷町上芝839-4
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	グラントケア箕輪	群馬県高崎市箕郷町上芝845-3
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	あり	なし	グラントホーム箕輪	群馬県高崎市箕郷町上芝845-3
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	ベルジ箕輪	群馬県高崎市上芝845-3
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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	ベルジ箕輪	群馬県高崎市箕郷町上芝839-4
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	ベルジ武尊 ベルジ箕輪	群馬県利根郡川場村生品1221 群馬県高崎市箕郷町上芝839-4
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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	
	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）			備 考	
			包含※2	都度※2	料金※3		
<b>介護サービス</b>							
食事介助	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		*介護サービスについては原則として、入居者が介護保険の在宅サービス事業者と個別に契約し、自己負担額をサービス業者に支払います。	
排泄介助・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
おむつ代	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
通院介助	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			指定機関以外 1500円/回
<b>生活サービス</b>							
居室清掃	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		50円/1回（30分）	
リネン交換	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
日常の洗濯	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		実費負担	
おやつ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		実費負担	
理美容師による理美容サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		実費負担	
買い物代行	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		指定場所以外 1000円/回	
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
金銭・貯金管理	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
<b>健康管理サービス</b>							
定期健康診断	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		年2回 協力医療機関で実施	
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
<b>入退院時・入院中のサービス</b>							
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり			
入退院時の同行	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		適宜実施（交通費自己負担）	
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		適宜実施	
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		適宜実施	

※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、月額の利用料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。