

# 重要事項説明書

記入年月日	2025年7月1日
記入者名	小西 弘樹
所属・職名	施設長

## 1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんきせいかい 医療法人 輝生会	
主たる事務所の所在地	〒520-2144 大津市大萱1丁目17番35号	
連絡先	電話番号	077-543-3600
	FAX番号	077-547-2166
	ホームページアドレス	http://clinic.kiseikai.co.jp
代表者	氏名	小西 平
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成	平成8年2月 21日
主な実施事業	※別添1 (別を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) いりょうほうじんきせいかい るみえずまつがおか ゆうりょうろうじんほーむ 医療法人輝生会 ルミエス松が丘 有料老人ホーム	
所在地	〒520-2102 滋賀県大津市松が丘6丁目6番1号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR瀬田駅・JR南草津駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・JR瀬田駅発 帝産301系統 大学病院行き 大学病院下車 乗換 松が丘五丁目下車 徒歩約4分 ・JR南草津駅発 近江南草津飛鳥線 松が丘五丁目行き 松が丘五丁目下車 徒歩約4分 ②自動車利用の場合
連絡先	電話番号	077-549-8088
	FAX番号	077-549-8087
	ホームページアドレス	http://care.kiseikai.co.jp
管理者	氏名	小西 弘樹
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和・平成19年 4月 1日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成19年 5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 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		年 月 日
	指定の更新日（直近）		年 月 日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	2049.75㎡				
	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				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
契約期間		1 あり (2023年1月 1日~2028年 12月31日)				
建物	延床面積	全体	2302.74㎡			
		うち、老人ホーム部分	1760㎡			
居室の状 況	耐火構造	1 耐火建築物 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 3 木造 4 その他（ ）				
	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			
居室の状 況	居室区分 【表示事	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	有/無	有/無	15.58㎡	45室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	㎡		
	タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
	タイプ6	有/無	有/無	㎡		
	タイプ7	有/無	有/無	㎡		
タイプ8	有/無	有/無	㎡			
タイプ9	有/無	有/無	㎡			
タイプ10	有/無	有/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	3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	3ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所	
			大浴場	0ヶ所	
介護浴槽	0ヶ	チェアー浴	0ヶ所		
		リフト浴	1ヶ所		
		ストレッチャー浴	1ヶ所		
		その他( )	0ヶ所		
その他	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)		
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	高齢者の方々のよりよい老後生活をサポートすることを目的に、「安心」「快適」「生きがい」をモットーに運営しております。
サービスの提供内容に関する特色	入居者様の個々の方のご希望に沿ったサービスを心がけ、安心・快適・生きがいを実現するようお世話させていただきます。食事は主食のパンまたは米飯の選択と夕食のみ肉料理か魚料理のメニュー選択ができます。また季節ごとにイベント食を用意させていただきます。施設内で楽しく過ごしていただくため、レクリエーション
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
	サービス提供体制強化加算	(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	入退院の付き添い			
		3	通院介助			
		4	その他( )			
協力医療機関	1	名称	医療法人輝生会 小西医院			
		住所	大津市大萱1丁目17番35号			
		診療科目	内科・皮膚科・泌尿器科・外科			
		協力内容	内科医の定期訪問による健康相談、年2回の定期健康診断および在宅訪問診療（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			
	2	名称	大津市民病院			
		住所	大津市本宮2丁目9-9			
		診療科目	内科・外科・整形外科・眼科			
		協力内容	内科・外科・整形外科・眼科などの疾患により入院治療が必要となった場合の緊急受け入れ病院			
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人社団 市川歯科医院			
		住所	大津市一里山一丁目9番4号			
		協力内容	訪問歯科診療（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			

**(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	1	あり	2	なし
	便所の変更	1	あり	2	なし
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>○65歳以上の方</li> <li>○健康保険加入の方</li> <li>○認知証がある場合、認知証の程度は比較的軽度で、暴力行為など他の入居者の迷惑になる問題行動のない方</li> <li>○2人入居の場合：ご夫婦、ご親等以内の血族の方</li> </ul>				
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 入居者が死亡したとき (入居者が2名の場合は両者とも死亡したとき)</li> <li>② 事業者が入居契約書第27条に基づき解除を通告し、予告期間が満了した時</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27条			
	解約予告期間	3ヶ月			
入居者からの解約予告期間	1ヶ月				
体験入居の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 あり (基本1泊2日1人につき8,800円(税込)3食付 )</li> <li>1 あり 長期体験入居(自立の方)</li> <li>期間 基本：1泊2日～最長1か月まで</li> <li>費用 11,000円(税込)×宿泊日数</li> <li>その他、利用内容については利用規程による</li> </ul>				
入居定員	45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	0	1	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員				
施設対応職員	12	1	11	
看護職員	1	0	1	
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	3	2	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

\*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。

(資格を有している施設対応職員の人数)

	合計	常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	3	0	3
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	2	1	1
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

(夜勤を行う看護・施設対応職員の人数)

夜勤帯の設定時間（	21時～	9時）	
	平均人数		最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	0人		0人
施設対応職員	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
	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		2 なし						
			資格等の名称		医師						
	看護職員		施設対応職員		生活相談員		機能訓練指導		計画作成担当		
	常勤	非常	常勤	非常	常勤	非常	常勤	非常	常勤	非常	
前年度1年間 の採用者数	0	1	2	6	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間 の退職者数	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	
業務に 従事した 経験年数	1年未満	0	1	1	5	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	0	2	0	0	0	0	0	
	3年以上 5年未満	0	0	0	4	0	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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法 【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 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	入居契約第24条に基づき、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費老物価指数及び人件費等を勘定する 運営懇談会の意見を聴いて改定します。
	手続き	

### (利用料金のプラン)

		プラン1			
入居者の状況	要介護度	要介護			
	年齢	75歳			
居室の状況	床面積	15.58㎡			
	便所	1	有	2	無
	浴室	1	有	2	無
	台所	1	有	2	無
入居時点で必要な費用	前払金	0円			
	敷金	0円			
月額費用の合計		244,000円			
家賃		104,000円			
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>*1</sup> の費用		0円		
	介護保険外 <sup>*</sup>	食費	57,000円		
		管理費	66,000円		
		介護費用	0円		
		光熱水費	16,500円		
		個別的選択による利用料	0円		
	その他	0円			
	家族会費	500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	土地賃借料、修繕費、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出
敷金	家賃の 〇ヶ月分
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	事業管理部門人件費、事務費、共用施設等の維持管理費、生活支援サービス（居室の掃除・洗濯を含む）
食費	57,000円/月、1日当たり1,900円（税込）
光熱水費	入居者が居住する居室内の光熱水費、共用部分の光熱水費
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	介護用品費、日常生活用品費は実費自己負担
家族会費	家族会費徴収金

**(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 <sup>*</sup> に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護 <sup>*</sup> における人員配置が手厚い場合の介護サービス（1番サービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

**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	11人
	女性	24人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	8人
	85歳以上	25人
要介護度別	自立	4人
	要支援1	1人
	要支援2	3人
	要介護1	7人
	要介護2	6人
	要介護3	5人
	要介護4	4人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	14人
	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	7人
	5年以上10年未満	4人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	2人

(入居者の属性)

平均年齢	88歳
入居者数の合計	35人
入居率*	78%
* 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	1人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	2人
	死亡者	5人
	その他	0人
前解約の状 況	施設側の申し出	0人
	入居者側の申し出	3人
	(解約事由)	
	病状悪化に伴う入院後、長期療養型病院への転院	2人
	体調改善に伴いご家族と自宅での同居希望	1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		ルミエス松が丘苦情相談窓口（苦情処理担当者を定め体制を整
電話番号		077-549-8088
対応している時間	平日	9：00～17：00
	土曜	9：00～17：00
	日曜・祝日	9：00～17：00

窓口の名称		あんしん・なっとく委員会（滋賀県運営適正化委員）
電話番号		077-567-4107 （FAX 077-561-3061）
対応している時間	平日	9：00～17：00

(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) 「賠償責任保険」に加入し、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。
	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) 「賠償責任保険」に加入し、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。
	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	通年
			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	
			評価機関名称	
			結果の開示	1 あり 2 なし
	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	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
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	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時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし		
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	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	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（別に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 \_\_\_\_\_ 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。

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	な		
訪問看護	あり	なし	医療法人輝生会 小西医院	大津市大萱1丁目17番35号
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	医療法人輝生会 小西医院	大津市大萱1丁目17番35号
通所介護	あり	なし	医療法人輝生会 小西医院デイサービス	大津市大萱1丁目17番35号
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	医療法人輝生会 ルミエス松が丘ショートステ	大津市松が丘6丁目6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		
<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		
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	輝生会 デイサービス楽寿	大津市大萱1丁目5番28号ク ラベスビル4階
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	輝生会 居宅介護支援事業所	大津市大萱1丁目5番28号ク ラベスビル1階

<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	医療法人輝生会 小西医院	大津市大萱1丁目17番35号
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	医療法人輝生会 小西医院	大津市大萱1丁目17番35号
介護予防通所介護	あり	なし	医療法人輝生会 小西医院デイサービス	大津市大萱1丁目17番35号
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	医療法人輝生会 ルミエス松が丘ショートステ	大津市松が丘6丁目6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	輝生会 デイサービス楽寿	大津市大萱1丁目5番28号ク ニベアビル4階
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		

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	なし		あり		備 考
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者が全額負担）	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	都度料金	
<b>介護サービス</b>					
食事介助	なし	あり	なし	あり	
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	○ 90円 1枚分の価格（各種類実費負担）
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）	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	
<b>生活サービス</b>					
居室清掃	なし	あり	なし	あり	週1回まで実施（管理費）
リネン交換	なし	あり	なし	あり	週1回まで実施（管理費）
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	週3回まで実施（管理費）
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	
入居者の嗜好に応じた特別おやつ			なし	あり	○ 2.750 1か月分（実費負担）（税込）
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○ 2.800 カット1回分（実費負担）（税込）
買い物代行	なし	あり	なし	あり	実施しない
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	実施しない
金銭・貯金管理			なし	あり	実施しない
インターネット利用料			なし	あり	500円 1か月分（実費負担）（税込）
月極駐車場利用料			なし	あり	5,000円 1か月分（実費負担）（税込）
<b>健康管理サービス</b>					
定期健康診断			なし	あり	
健康相談	なし	あり	なし	あり	必要に応じ適宜実施（管理費）
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	同上
服薬支援	なし	あり	なし	あり	必要に応じ適宜実施
生活リズムの記録（排便）	なし	あり	なし	あり	同上
<b>入退院時・入院中のサービス</b>					
移送サービス	なし	あり	なし	あり	実施していない
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	同上
入院中の洗濯物交換・買い出し	なし	あり	なし	あり	同上
入院中に見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	同上

\*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。