

様式第2号（第4条、第13条、第14条関係）

### 有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和5年6月30日
記入者名	於本 淳
所属・職名	事務長

※ 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	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん こうじんかい 医療法人 弘仁会	
主たる事務所の所在地	〒031-0036 青森県八戸市大字大工町10番地	
連絡先	電話番号	0178-43-4647
	FAX番号	0178-44-8125
	E-mailアドレス	info-hp@omoto-hospital.or.jp
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	於本 淳
	職名	理事長
設立年月日	昭和 39 年 12 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) かなふきざわのもり 金吹沢の森	
所在地	〒031-0833 青森県八戸市大字大久保字大山7番地	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	バス利用の場合 ・市内三日町バス停で乗車40分、 平庭停留所で下車、徒歩20分
連絡先	電話番号	0178-34-2681
	FAX番号	0178-34-3682
	E-mailアドレス	omoto.akira@amber.plala.or.jp
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	中村 一美
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 21 年 4 月 24 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 21 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	0290300102
	指定した自治体名	八戸市
	事業所の指定日	平成 21 年 4 月 24 日
	指定の更新日（直近）	令和 9 年 4 月 26 日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	1107.69 m <sup>2</sup>				
	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 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり	(2018年8月13日～2028年8月12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	916.6 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	720.5 m <sup>2</sup>			
	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 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )						
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり	(2018年8月13日～2028年8月12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 (縁故者居室を含む)				
		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	20.00 m <sup>2</sup>	10	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	21.25 m <sup>2</sup>	2	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	18.53 m <sup>2</sup>	2	介護居室個室
タイプ4	有/無	有/無	19.42 m <sup>2</sup>	2	介護居室個室	
タイプ5	有/無	有/無	18.00 m <sup>2</sup>	1	介護居室個室	
タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			

	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
※「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。						
共用施設	共用便所における便房	2か所	うち男女別の対応が可能な便房		2か所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2か所	
	共用浴室	1か所	個室		0か所	
			大浴場		1か所	
	共用浴室における介護浴槽	1か所	チェアー浴		1か所	
			リフト浴		0か所	
			ストレッチャー浴		0か所	
			その他（ ）		か所	
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			
緊急通報装置等	居室	① あり	① あり	① あり	① あり	
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし	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	入居者の意志及び人格を尊重したサービスを提供致します。
サービスの提供内容に関する特色	医療との連携により、看取りまで行えるよう支援致します。
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	入居継続支援加算	(I)	① あり	2 なし
		(II)	1 あり	② なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	② なし
		(II)	1 あり	② なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり	② なし
		(II)	1 あり	② なし
	ADL 維持等加算	(I)	1 あり	② なし
		(II)	1 あり	② なし
	夜間看護体制加算		① あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		① あり	2 なし
	医療機関連携加算		① あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり	② なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		① あり	2 なし
	科学的介護推進体制加算		1 あり	② なし
	退院・退所時連携加算		① あり	2 なし
	看取り介護加算	(I)	① あり	2 なし
		(II)	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)	1 あり	② なし
(II)		1 あり	② なし	
(III)		1 あり	② なし	

	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり	② なし
		(Ⅱ)	1 あり	② なし
		(Ⅲ)	① あり	2 なし
		(Ⅳ)	1 あり	② なし
		(Ⅴ)	1 あり	② なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり	② なし
(Ⅱ)		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	① 救急車の手配 ※複数選択可 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	於本病院
		住所	八戸市大字大工町 10 番地
		診療科目	内科・神経内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科
		協力内容	夜間及び緊急時を含め、入居者の往診・治療・入院
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	えと歯科医院	
	住所	八戸市烏屋部町 1 番地	
	協力内容	訪問診療による治療・口腔ケア・義歯の調整	

(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	1 一時介護室へ移る場合
※複数選択可	② 介護居室へ移る場合
	3 その他 ( )
判断基準の内容	入居者の心身状態・生活への適応状況
手続きの内容	検討会議による判断、医師意見聴取、本人同意後に変更
追加的費用の有無	1 あり ② なし
居室利用権の取扱い	契約上の居室を変更

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	・ 八戸市に住所がある方・ 八戸市の介護認定を受けている方 (要介護1~5)		
契約の解除の内容	入居者からの申し出及び逝去、事業者からの契約解除		
事業主体から解除を求める場合	解約条項	不正入居・滞納・反社・禁止・危険行為	
	解約予告期間	3 か月	
入居者からの解除予告期間	1 か月		
体験入居の内容	① あり (内容: 空室がある場合、月額を日割り計算) 2 なし		
入居定員	17 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		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	10	8	2	8.9
介護職員	7	5	2	5.9
看護職員	3	3		
機能訓練指導員	1	1		

計画作成担当者	1	1		
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		
その他職員	2	1	1	1.5
1週間のうち、従業者が勤務すべき時間数※2				
常勤	37.5時間		非常勤	13.75～25.5時間
※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	0		
介護福祉士	5	3	2
実務者研修の修了者	0		
初任者研修の修了者	2	2	
介護支援専門員	1	1	

**(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	1	1	
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 ( 16時45分 ~ 9時)		
	平均人数	最小时人数 (休憩者等を除く)



看護職員	0.5人	0.5人
介護職員	0.5人	0.5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)	2.2 : 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	介護支援専門員								
	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									1	
前年度1年間の退職者数									1	
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					1	
	1年以上3年未満		3	1						
	3年以上5年未満									
	5年以上10年未満			2		1				
	10年以上	3						1		
	従業者の健康診断の実施状況			① あり 2 なし						

(職員の教育訓練、研修等の実施状況)

教育訓練、研修等の内容	実施状況
看取り介護研修	2回/年
身体拘束・虐待防止研修	4回/年
認知症対応研修	3回/年
感染症対策研修	2回/年

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	租税負担、物価軽減、近隣施設利用料の状況に通知	
	手続き	物議を経て改定契約	

(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	2	4
	年齢	88歳	92歳
居室の状況	床面積	21.25 m <sup>2</sup>	20.00 m <sup>2</sup>
	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	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		132,677円	136,722円

家賃		37,500円	37,500円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	20,677円	24,722円	
	介護保険外※2	食費	46,500円	46,500円
		管理費	12,000円	12,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	16,000円	16,000円
		その他	0円	0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	37,500円
敷金	無
介護費用	無
管理費	12,000円
食費	1,550円（1日3食、おやつ代含む）
光熱水費	16,000円
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	サービス一覧表参照

**（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	地域密着型特定施設入居者生活介護介護費単位
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）	無し

※ 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	



入居率 ※	94%
※ 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	1人
	医療機関	3人
	死亡者	5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	5人
		(解約事由の例) 特養や医療機関等へ転出意向

**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		苦情窓口
電話番号		0178-34-2681
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
定休日		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	① あり	(その内容) 福祉事業者総合賠償責任保険 三井海上火災保険
	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	① あり	(その内容) 「医療事故対応フローチャート」参照
	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	1 あり	実施日	
---------------	------	-----	--

箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		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
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 3 公開していない	2 入居希望者に交付
重要事項説明書	① 入居希望者に公開 3 公開していない	2 入居希望者に交付
管理規程	① 入居希望者に公開 3 公開していない	2 入居希望者に交付
事業収支報告書	1 入居希望者に公開 ③ 公開していない	2 入居希望者に交付
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 ③ 公開していない	2 入居希望者に交付
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 ③ 公開していない	2 入居希望者に交付

### 10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度)	年 6 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 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	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                      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。

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	有無	併設・隣接	事業所名	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護		併・隣		
訪問入浴介護		併・隣		
訪問看護		併・隣		
訪問リハビリテーション		併・隣		
居宅療養管理指導		併・隣		
通所介護		併・隣		
通所リハビリテーション		併・隣		
短期入所生活介護		併・隣		
短期入所療養介護		併・隣		
特定施設入居者生活介護		併・隣		
福祉用具貸与		併・隣		
特定福祉用具販売		併・隣		
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		併・隣		
夜間対応型訪問介護		併・隣		
地域密着型通所介護		併・隣		
認知症対応型通所介護		併・隣		
小規模多機能型居宅介護		併・隣		
認知症対応型共同生活介護		併・隣		
地域密着型特定施設入居者生活介護	○	併・隣	金吹沢の森	八戸市大久保字大山7番地
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		併・隣		
看護小規模多機能型居宅介護		併・隣		
居宅介護支援				
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護		併・隣		
介護予防訪問看護		併・隣		
介護予防訪問リハビリテーション		併・隣		
介護予防居宅療養管理指導		併・隣		
介護予防通所リハビリテーション		併・隣		
介護予防短期入所生活介護		併・隣		
介護予防短期入所療養介護		併・隣		
介護予防特定施設入居者生活介護		併・隣		
介護予防福祉用具貸与		併・隣		
特定介護予防福祉用具販売		併・隣		
＜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		併・隣		
介護予防小規模多機能型居宅介護		併・隣		
介護予防認知症対応型共同生活介護		併・隣		
介護予防支援				
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設		併・隣		
介護老人保健施設		併・隣		
介護療養型医療施設		併・隣		
介護医療院		併・隣		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞				
訪問型サービス		併・隣		
通所型サービス		併・隣		
その他の生活支援サービス		併・隣		
※該当する介護サービスの施設、事業所がある場合、「有無」欄に○を記入してください。 ※該当する介護サービスの施設、事業所が有料老人ホームに併設、あるいは隣接している場合、「併」か「隣」を○で囲んでください。				



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

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				サービス提供実績		備考	
			（利用者が全額負担）	※2 包含	※2 都度	料金 ※3				
介護サービス										
食事介助	なし	あり	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	○		なし	あり		
おむつ代	-	-	なし	あり		○	なし	あり		介護保険給付外サービス一覧表参照
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		なし	あり		
特浴介助	なし	あり	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	○		なし	あり		
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○		なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1時間につき 1,100円+交通費	なし	あり	
生活サービス										
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		なし	あり		
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		なし	あり		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		なし	あり		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		なし	あり		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	-	-	なし	あり			なし	あり		
おやつ	-	-	なし	あり		○		なし	あり	食事費に含む
理美容師による理美容サービス	-	-	なし	あり		○	1回2,300円	なし	あり	日時指定不可

買い物代行	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	(通常の利用区間) 1時間につき550円  (上記以外の区間) 1時間につき1,100円	なし	<input type="checkbox"/> あり	日時指定不可
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				<input type="checkbox"/> なし	あり	
金銭・貯金管理	-	-	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	1か月550円	なし	<input type="checkbox"/> あり	小口預り管理費
健康管理サービス										
定期健康診断	-	-	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	実施医療機関より実費請求	なし	<input type="checkbox"/> あり	年1回
健康相談	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり		○		なし	<input type="checkbox"/> あり	
生活指導・栄養指導	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり		○		なし	<input type="checkbox"/> あり	
服薬支援	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり		○		なし	<input type="checkbox"/> あり	
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり		○		なし	<input type="checkbox"/> あり	
入退院・入院中のサービス										
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				<input type="checkbox"/> なし	あり	
入退院中の同行	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				<input type="checkbox"/> なし	あり	
入院中の洗濯物交換・ 買い物	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				<input type="checkbox"/> なし	あり	
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				<input type="checkbox"/> 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。