

重要事項説明書

ふくいトラストホーム

記入年月日	令和2年5月1日
記入者名	齊藤 晃
所属・職名	代表取締役

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	株式会社恵み野介護サービス	
主たる事務所の所在地	〒061-1431	
連絡先	電話番号	0123-32-6626
	FAX番号	0123-32-6696
	URL	meguminokaigo.jp
代表者	氏名	齊藤 晃
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成63年6月14日	
主な実施事業	※別添1（別の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	ふくいトラストホーム	
	ふくいトラストホーム	
所在地	〒063-0012 北海道札幌市西区福井1丁目9-15	
	最寄駅	ジェイアールバス 福井2丁目
主な利用交通手段	地下鉄発寒南駅からバス 「福井2丁目」降車 徒歩4分	
	交通手段と所要時間	
連絡先	電話番号	011-215-5400
	FAX番号	011-215-5818
	URL	meguminokaigo.jp/

管理者	氏名	金森 由香里
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 9年7月16日
有料老人ホーム事業の開始日		平成・令和 2年5月15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	
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	

3. 建物概要

土 地	敷地面積	2,280.21 m ²	
	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 (平成 年 月 日～平成 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	1,151.00 m ²
		うち、住宅型有料老人ホーム部分	771.54 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
		4 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 (平成 年 月 日～平成 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		1 人部屋		
		最大		1 人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	11.25 m ²	11 室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	11.43 m ²	4 室	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	11.56 m ²	1 室	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	12.30 m ²	13 室	一般居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	12.64 m ²	1 室	一般居室個室
	タイプ6	有/無	有/無	13.32 m ²	3 室	一般居室個室
	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	8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	6ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	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	<p>◎心をこめた挨拶、言葉づかい、笑顔で、安心・やすらぎを提供できるように努めます。</p> <p>◎ご利用者、ご家族の心の声を受け止め、真の要求・要望に応えられるよう努めます。</p> <p>◎ともに働く仲間を支援、助け合うことによりチーム力を高め、質の高い生活支援を提供できるように努めます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	身体機能の低下等があった場合でも、住み替えることなく安心して暮らし続けることができる。
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	1 あり	(介護・看護職員の配置率)			

の実施の有無		:
	2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援		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 ()	
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	ホサナファミリークリニック
		住所	札幌市西区宮の沢3条3丁目6-1
		診療科目	内科
		協力内容	入居者の急変及び定期訪問診療に基づき通院もしくは入院治療の為の医療機関の手配。
	2	名称	社会医療法人社団 三草会 クラークウェルネスクリニック
		住所	札幌市中央区大通西16丁目1-15 メディカルビル2F
		診療科目	内科
		協力内容	入居者の急変及び定期訪問診療に基づき通院もしくは入院治療の為の医療機関の手配。
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
※複数選択可			
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			
契約の解除の内容	有料老人ホーム入居契約書第27条から第29条に定めるとおり		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第28条	
	解約予告期間	90日	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居の内容	1 あり (内容: 1泊2,000円 食費については1食500円) 2 なし		
入居定員	33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		0.5
生活相談員	1	1		0.2
直接処遇職員	5	3	3	5.0
介護職員	6	3	3	5.0
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	5	2	3	2.2
事務員	1	1		0.5
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
※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。 31日：176時間 30日：168時間	

(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	5	2	3
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(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			

(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8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	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 2：1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	ヘルパー2級							
	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											
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年以上3年未満										
	3年以上5年未満										
	5年以上10年未満										
	10年以上					1					
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 <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	1 減額なし (家賃、共益費)	
	2 日割り計算で減額 (生活支援費、水光熱費、食事代)	
	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	社会情勢が著しく変化した場合
	手続き	改定の前に運営懇談会等を行い、改定日の前に通知する

(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2（一般）	要介護2（生活保護）	
	年齢	原則として65歳以上	原則として65歳以上	
居室の状況	床面積			
	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	円	円	
	敷金	86,000円	72,000円	
月額費用の合計		114,000円	98,000円	
家賃		43,000円	36,000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	39,000円	30,000円
		共益費	18,000円	18,000円
		生活支援費	5,000円	5,000円
		光熱水費	9,000円	9,000円
その他	円	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	専用居室を使用する為の月額料金
敷金	家賃の2か月分（生活保護の方も家賃の2ヶ月分）
生活支援費	電話の取次ぎ、郵便物の管理等
共益費	事務管理部門の人件費・事務費、共用施設等の維持費の月額料金
食費	食材費、備品代（調理具、食器等）
水光熱費	居室の水光熱費

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	

(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）	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【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	人
	女性	人

年齢別	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	人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※ 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	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	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	(入院が長引き施設に戻れない為)

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	管理者 金森 由香里	
電話番号	011-215-5400	
受付時間	平日のみ	午前9時00分から午後18時00分
定休日	土曜、日曜、祝日	

(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	1 あり	(その内容) 民間の損害賠償保険会社へ加入している
	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) 加入している保険会社の損害賠償保険を以て履行する
	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	随時	
		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		
	2 なし	結果の開示	1 あり	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1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	なし	
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 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			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし	株式会社恵み野介護サービス	恵庭市有明町 1 丁目 8 番 8
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	フレンドリィ 指定訪問看護ステーション	札幌市西区福井 1 丁目 9-15
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		
地域密着型通所介護	あり	なし	フレンドリィ・リハビリデイサービス	札幌市西区福井 1 丁目 9-15
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		
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	株式会社恵み野介護サービス	恵庭市有明町 1 丁目 8 番 8 号
特定福祉用具販売	あり	なし	株式会社恵み野介護サービス	恵庭市有明町 1 丁目 8 番 8 号
＜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		
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		
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	グループホームだんらん グループホームだんらんこがね グループホーム・フレンドリィ	恵庭市有明町 1 丁目 8 番 8 号 恵庭市黄金南 4 丁目 13 番 1 号 札幌市西区八軒 10 条東 3 丁目 1-20
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		
＜居宅介護予防サービス＞				
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	フレンドリィ・リハビリデイサービス	札幌市西区福井 1 丁目 9-15
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		
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		
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	グループホームだんらん グループホームだんらんこがね グループホーム・フレンドリィ	恵庭市有明町 1 丁目 8 番 8 号 恵庭市黄金南 4 丁目 13 番 1 号 札幌市西区八軒 10 条東 3 丁目 1-20
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		

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					<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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）				包含※2	都度※2	料金※3	備考
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
介護サービス								
食事介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
おむつ代	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
身辺介助（移動・着替え等）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
通院介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○	1500円/1時間	
生活サービス								
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				洗濯機で洗える物に限る
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
おやつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
理美容師による理美容サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○	実費	
買い物代行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		○	1500円/1時間	
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
金銭・貯金管理	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	○			
健康管理サービス								
定期健康診断	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				