

重要事項等についての説明

貸主(甲)	住所	東京都港区港南二丁目15番3号
	氏名	HITOWAケアサービス株式会社
代理人	住所	千葉県習志野市鷺沼台1丁目7番12号
	氏名	イリーゼ津田沼 和田 賢一

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) いりーぜつだぬま
	イリーゼ津田沼
所在地	(住居表示) 千葉県習志野市鷺沼台1丁目7番12号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (京成線 京成津田沼 駅から 徒歩 で 約 13 分) <input type="checkbox"/> 2. その他 ()
住宅に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 2018年 1月 1日から 2047年 12月 31日まで
施設に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
敷地に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 2018年 1月 1日から 2047年 12月 31日まで

(注) 住居表示が決まっていない場所には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) ひとわけあさーびすかぶしきがいしゃ
	HITOWAケアサービス株式会社
住 所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 108-6215) 東京都港区港南二丁目15番3号 電話番号 03-6632-7702
法人の役員	別添 1 のとおり
法定代理人 (未成年の個人である場合)	(ふりがな)
	商号、名称、又は氏名

	住 所 (法人にあっては主たる 事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号
	法人の役員	別添 2 のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) いりーぜつだぬま
	イリーゼ津田沼
事務所の所在地	(郵便番号 275-0015) 千葉県習志野市鷺沼台1丁目7番12号 電話番号 047-470-5701

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	61戸
居住部分の規模	(最小)	18.09 m ²
	(最大)	19.02 m ²
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	構造	鉄骨造 階数 階建
竣工の年月	2018年1月29日	
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している	
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている	
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている	

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期 (居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合にはその旨	利用権方式
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	<p>次の①又は②に該当する者である。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯</p> <p>②高齢者+同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)</p>
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。注) 入居開始年は、西暦で記入すること。

入居開始時期	年 月 日から
--------	---------

8. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじん とくしゅうかい ちばとくしゅうかいびょういん 医療法人徳洲会 千葉徳洲会病院
事業所の所在地	(郵便番号 274-8503) 千葉県船橋市高根台2丁目11-1 電話番号 047-466-7111
連携又は協力の内容	入院・外来診療に関すること、時間外の受診・治療に関すること、病状急変時の受け入れに関すること、また、これらに付随する医療行為に関すること
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん こんばす こんばすないかくりにつくまほりふなばし 医療法人社団 コンパス コンパス内科クリニック幕張船橋
事業所の所在地	(郵便番号 274-0824) 千葉県船橋市前原東2丁目20-4 鶴岡店舗1階 電話番号 047-489-5756
連携又は協力の内容	訪問診療(月2回)、オンコール対応、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん けいせいかい ちばにしくりにつく 医療法人社団 慶成会 千葉西クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 274-0063) 千葉県船橋市習志野台1丁目10番1号 エトワール石川1階 電話番号 046-456-6110
連携又は協力の内容	訪問診療(月2回)、オンコール対応、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん さくららふ さくららふつだぬまくりにつく 医療法人社団 さくらライフ さくらライフ津田沼クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 275-0016) 千葉県習志野市津田沼1-3-11 昭和第三ビル3階 電話番号 050-6875-0070
連携又は協力の内容	訪問診療(月2回)、オンコール対応、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談(医療費その他の費用は入居者の自己負担)
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん ゆうけんかい こうのしかいいん 医療法人社団 佑健会 コウノ歯科医院

事業所の所在地	(郵便番号 275-0002) 千葉県習志野市実籾5-8-6 リブポート習志野1F 電話番号 047-477-8500
連携又は協力の 内容	訪問歯科診療、口腔ケア指導、他の医療機関紹介 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針 別添5のとおり

12. 登録の申請が基本方針（及び高齢者居住安定確保計画）に照らして適切なものである旨

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に則り適切に運営します。

- 添付書類
- 別添1 役員名簿（高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第3号に該当する者）
 - 別添2 役員名簿（高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第4号に該当する者）
 - 別添3 住宅の規模並びに構造及び設備等
 - 別添4 サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要
 - 別添5 運営方針
 - 別添6 千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針で定める重要事項説明書
 - 別添7 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
 - 別添8 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

説明年月日 年 月 日

登録事業者名 HITOWAケアサービス株式会社

所在地 東京都港区港南二丁目15番3号

代表者名 代表取締役 福嶋 茂

説明者署名

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住

の安定確保に関する法律第17条及び千葉県有料老人ホーム設置運営指導 指針12
(4)に基づき、上記について書面による説明を受けました。

借主(乙)署名

別添1

役員名簿

(高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第3号に該当する者)

(ふりがな) 氏名	役名等
福嶋 茂	
すはら きよたか	取締役
須原 清貴	
たねいち たくま	取締役
種市 琢磨	
かいぞうじ きょうこ	監査役
海藏寺 京子	

別添2

役員名簿

(高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第4号に該当する者)

(ふりがな) 氏名	役名等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分 の床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	18.09	×	○	○	×	×	○	26	101~103,105~108, 110~113,201~203, 205~208,210~213, 215~218	93,000
1	18.27	×	○	○	×	×	○	2	115,220	93,000
1	18.84	×	○	○	×	×	○	30	117,118,120~123, 125~128,130,131, 222,223,225~228, 230~233,235~238, 250~252,255	93,000
1	19.02	×	○	○	×	×	○	3	116,221,253	93,000

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※ 有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定 利用戸数 (戸)	備考
食堂	2	165.13	1F, 2F	61	共用台所併設
多目的便所	1	6.18	1F	61	
機械浴室	1	15.63	1F	61	
脱衣室	2	86.79	1F, 2F	61	

浴室	7	33.74	1F, 2F	61	
ラウンジ	1	37.68	1F	61	
共用便所	3	11.99	2F	61	
リビング	1	50.38	2F	61	
厨房	1	6.06	2F	61	

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

	れた場合は、職員が居室に駆け付け対応します。(24時間対応します)		
生活相談サービスの内容	日常生活を送る中で、お困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について住宅職員がご相談をお受けします。		
	提供日	■ 365日対応 □ その他 ()	
	提供時間	9時00分～18時00分	
サービスの提供の対価(概算額)	月額※	約 円	前払金の算定方法
	前払金	約 0円	
備考	<p>自立の方は追加で別途、生活サポート費として39,000円(税込42,900円)がかかります。</p> <p>事業者は入居者に対し、次の生活サービスを提供します。</p> <p>一 入居者の生活必需品の購入、代金の立替払い、公租公課等の納付の代行、官公署等への届出および手続きの代行等。ただし、事業者が実施できるものに限ります。</p> <p>二 身元引受人等への連絡</p>		

※サービスの提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input checked="" type="checkbox"/> 委託する		
委託する場合の委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな) ひとわふーどさーびすかぶしきがいしゃ H I T O W A フードサービス株式会社	
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 108-6215) 東京都港区港南二丁目15番3号 電話番号 03-6738-6114	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 108-6215) 東京都港区港南二丁目15番3号 電話番号 03-6738-6114	
食事提供を行う場所	■ 食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他 ()		
提供方法	提供日	■ 365日対応 □ その他 ()	
	内容	■ 3食 □ 入居者が選択 □ 次の食事は提供しない ()	
	調理等	■ 厨房で調理 □ 配食サービスを利用 □ その他 ()	

	入居者の健康状況に合わせた食事対応			<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし
	入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応			<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし
サービス提供の 対価（概算額）	月額※	約 57,240 円	内訳	朝食 568 円 昼 670 円 夕食 670 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法	
備考	<p>月額 57,240 円（本体価格 53,000 円） 食費の内訳は、次の通りです。 食材費：月額 27,540 円（税込） 厨房管理費：月額 29,700 円（税込） 入居者が食事の提供を受けない場合は、その期間に相当する食材費（1 か月を 30 日 とし日割り換算）を減額いたします。厨房管理費（食事提供に必要な人件費・設 備・ 備品代等）は入居者が不在の期間があっても減額いたしません。 食事を欠食される場合は、欠食になることがわかり次第職員までお知らせくださ い。</p>			

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30 日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住所 <small>(法人にあっては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号)	電話番号	
	住所 <small>(法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(郵便番号)	電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 ()	
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 0円		
備考	・介護保険外としてお客様希望により有料1回550円（税込）（入浴介助10分550円（税込）） ・排泄用品廃棄料1,100円（税込）/月 ・必要時の食事介助は追加料金発生いたしません。 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参照			

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住所 <small>(法人にあっては主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号)	電話番号	
	住所 <small>(法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(郵便番号)	電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()		

	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除		
		<input checked="" type="checkbox"/> その他（ 個別対応サービス ）		
サービス提供の 対価（概算額）	月 額	約	円	前払金の 算定方法
	前払金	約	0 円	
備考	<p>・介護保険外としてお客様希望による居室清掃は有料 10 分 550 円（税込）、リネン交換・日常の洗濯は、各有料 1 回 550 円（税込）</p> <p>・その他個別対応サービスはご相談の上、有料 10 分 550 円（税込）で対応可能 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参照</p>			

5. 健康の維持増進サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住所 <small>(法人にあっては 主たる事務所の 所在地)</small>	(郵便番号)	電話番号
	住所 <small>(法人にあっては 本業務に係る事業 所の所在地)</small>	(郵便番号)	電話番号
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365 日対応 <input type="checkbox"/> その他（)		
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他（)		
サービス提供の 対価（概算額）	月 額	約	円	前払金の 算定方法
	前払金	約	0 円	
備考	<p>協力医療機関については、通院介助や入退院時の同行は無料です。</p> <p>上記以外、お客様希望により有料（10 分 550 円（税込））</p>			

6. その他のサービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
易 す る 場 合	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		

	住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)		電話番号
	住所 (法人にあっては 本業務に係る 事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365 日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	内容	フロントサービス ・受付サービス (来訪者取次、郵便物等の受け取り代行及び居室への配布等) ・レクリエーションサービスの企画、運営		
サービス提供の 対価 (概算額)	月 額	約 33,000 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考	入院等の不在期間があっても減額いたしません			

別添5 運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	和田 賢一
所属・職名	イリーゼ津田沼 ホーム長

1. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人のケア・ご家族のケア・街のケアを柱に、社会生活の向上を支援し、ホスピタリティにあふれる企業を目指すこと。 ・地域社会とのコミュニケーションを通じホスピタリティを創造し、福祉社会の実現に貢献すること。 ・お客様第一主義を念頭にお客様の要求を満たすこと。
サービスの提供内容に関する特色	<p>お一人お一人の個性や生活スタイルを重視し、サービスを受ける側の立場で考え、されたい介護で対応させて頂いております。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 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 ※1 「協力医療機関連携加算(i)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算	入居継続支援加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	ADL維持等加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

(ii)は、「協力医療機関連携加算(i)」以外に該当する場合を指す。 ※2「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算(※1)	(i)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	退去時情報提供加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(i)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	新興感染症等施設療養費		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(i)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(iii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員等処遇改善加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(iii)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		(iv)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
(v)(1)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(2)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(3)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(4)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(5)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(6)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(7)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(8)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(9)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(10)		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
(v)(11)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
(v)(12)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
(v)(13)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
(v)(14)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
人員配置が手厚い介護サー	<input type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率)	

ビスの実施の有無		: 1
	■ なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配				
	<input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い				
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
協力医療機関	1	名称	医療法人 徳洲会 千葉徳洲会病院		
		住所	千葉県船橋市高根台 2-11-1		
		診療科目	内科、外科、皮膚科、整形外科他	協力科目	内科、外科、皮膚科、整形外科他
		協力内容	入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	2	名称	医療法人社団 コンパス コンパス内科クリニック幕張船橋		
		住所	千葉県船橋市前原東 2-20-4 鶴岡店舗 1階		
		診療科目	内科他	協力科目	内科他
		協力内容	入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	3	名称	医療法人社団 慶成会 千葉西クリニック		
		住所	千葉県船橋市習志野台 1-10-1 エトワール石川 1階		
		診療科目	内科他	協力科目	内科他
		協力内容	入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	4	名称	医療法人社団 さくらライフ さくらライフ津田沼クリニック		
住所		千葉県習志野市津田沼 1-3-11 昭和第三ビル 3階			
診療科目		内科他	協力科目	内科他	
協力内容		入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	■あり □なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	■ あり		
	医療機関の名称	医療法人社団 さくらライフ さくらライフ津田沼クリニック	
	医療機関の住所	千葉県習志野市津田沼1-3-11 昭和第三ビル3階	
	□ なし		
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人社団 佑健会 コウノ歯科医院
		住所	千葉県船橋市前原西4丁目30-22
		協力内容	訪問歯科診療、他の医療機関紹介、口腔ケア指導等 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	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 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()		
判断基準の内容	適切なサービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で居室を変更していただくことがあります。入居者本人及び身元引受人の同意のもとでの住み替えになります。		
手続きの内容	居室変更に関する意思確認書・同意書を提出いただきます。		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
居室利用権の取扱い	旧居室から新居室へ移る		
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり	(変更内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	■あり □なし
	要支援の者	■あり □なし
	要介護の者	■あり □なし
留意事項	60歳以上で自立・要支援・要介護の方	
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 ②入居者から契約解除が行われた場合 ③事業者から契約解除が行われた場合 ・入居申込に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 ・月払いの利用料その他支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時 ・入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがありかつホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止する事が出来ない時	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第28条参照
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	入居日から3ヶ月以内は書面による通知で直ちに本契約の解除 3ヶ月以降は30日以上前に書面で予告することにより入居契約の解除	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり（内容：1泊2日11,000円（税込）※7泊8日まで） <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	61人	
その他		

2. 職員体制 ※サービス付き高齢者向け住宅事業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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	22	16	6	18.7
介護職員	19	14	5	16.3
看護職員	3	2	1	2.4（機能訓練指導員兼務）
機能訓練指導員	1	1		0.2（看護職員兼務）
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				外部委託
調理員				外部委託
事務員				

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
※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	12	8	4
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	4	3	1
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 (18時00分～7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	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】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし								
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり								
	資格等の名称		社会福祉主事								
			<input type="checkbox"/> 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	2						
職員の人数 業務に従事した 経過年数に 応じた	1年未満			2							
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満			2							
	5年以上 10年未満			4	2	1					
	10年以上	2	1	6	3			1		1	
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							

3. 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	12人
	女性	49人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	11人
	85歳以上	48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	19人
	要介護2	14人
	要介護3	14人
	要介護4	6人

(入居者の属性)

平均年齢	88.1歳
入居者数の合計	61人
入居率※	100%
※ 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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	5人
	死亡者	15人
	その他	4人
生前解約	施設側の	0人

	要介護5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	11人
	6ヶ月以上1年未満	9人
	1年以上5年未満	27人
	5年以上10年未満	14人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

の状況	申し出	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	9人 (解約事由の例) 他施設への転居・ 長期入院・ご逝去

4. 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		イリーゼ津田沼
電話番号		047-470-5701
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
窓口の名称		HITOWAケアサービス株式会社
電話番号		0120-765-600 (お客様相談センター)
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		12/31~1/3
窓口の名称		千葉県高齢者福祉課
電話番号		043-221-3020
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土日祝日、年末年始
窓口の名称		千葉県国民健康保険団体連合会
電話番号		043-254-7428
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日

定休日	土日祝日、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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 対人対物：1億円 東京海上日動火災保険株式会社
	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	(その内容) 入居契約書に準ずる
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	実施日	年1回
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

5. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

6. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
身体的拘束等廃止のための取組状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

	定期的な研修の実施	■ あり □ なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	
	□ あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 □ あり □ なし
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	■ あり □ なし
	災害に関する業務継続計画	■ あり □ なし
	従事者に対する周知の実施	■ あり □ なし
	定期的な研修の実施	■ あり □ なし
	定期的な訓練の実施	■ あり □ なし
	定期的な業務継続計画の見直し	■ あり □ なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	■ あり（提携ホーム名： イリーゼ各ホーム） □ 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	■ 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	■ あり（平成 29 年 6 月 14 日登録） □ なし	
千葉県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		

別添7 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

介護サービス等の種類		併設・隣接の状況		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	エ	併設・隣接	イリーゼ野田訪問介護センター他	市川市本北方3-12-8
訪問入浴介護	あり	エ	併設・隣接		
訪問看護	あり	エ	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	エ	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	エ	併設・隣接		
通所介護	あり	エ	併設・隣接	イリーゼ常盤平デイサービスセンター他	松戸市常盤平1-27-4
通所リハビリテーション	あり	エ	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	エ	併設・隣接	イリーゼ市原ショートステイ	市原市市原408-5
短期入所療養介護	あり	エ	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	エ	併設・隣接	イリーゼまつど他	松戸市日暮3-25-1
福祉用具貸与	あり	エ	併設・隣接	ケアショップ千葉	八千代市上高野1201-1 セトオーズ103
特定福祉用具販売	あり	エ	併設・隣接	ケアショップ千葉	八千代市上高野1201-1 セトオーズ103
<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	エ	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	エ	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	エ	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	エ	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	エ	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	エ	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	エ	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	エ	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	エ	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	エ	併設・隣接	イリーゼ野田居宅介護支援事業所他	野田市清水740-1
<居宅介護予防サービス>					

介護予防訪問入浴介護	あり	☑	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	☑	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	☑	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	☑	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	☑	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	☑	併設・隣接	イリーゼ市原 ショートステイ	市原市市原408-5
介護予防短期入所療養介護	あり	☑	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	☑	併設・隣接	イリーゼまつ ど 他	松戸市日暮3-25-1
介護予防福祉用具貸与	あり	☑	併設・隣接	ケアショップ 千葉	八千代市上高野12 01-1 セトオー ズ103
特定介護予防福祉用具販売	あり	☑	併設・隣接	ケアショップ 千葉	八千代市上高野12 01-1 セトオー ズ103
<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	☑	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	☑	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	☑	併設・隣接		
介護予防支援	あり	☑	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	☑	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	☑	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	☑	併設・隣接		
介護医療院	あり	☑	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	☑	併設・隣接		
通所型サービス	あり	☑	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	☑	併設・隣接		

別添 8

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）			都度※ ²	料金※ ³	備 考
	なし	あり	なし	あり	包含※ ²			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円	自立・要支援の場合、必要時有料 ※料金は以下含み全て税込表記
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円	自立・要支援の場合、必要時有料
おむつ代	/		なし	あり		○	実費	実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	① 10分 550円 ② 1回 550円	週2回を超える場合①、自立・要支援の場合②（但し介助必要時①）
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円	要介護者で週2回を超える場合、有料
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円	自立・要支援の場合、必要時有料
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円	協力医療機関の付き添いは無料
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	10分 550円	要介護者で週2回を超える場合および自

								立・要支援の場合、有料
リネン交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1回 550円	週1回を超える場合、有料
日常の洗濯	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1回 550円	外部クリーニング業者は実費。要介護者 で週2回を超える場合および自立・要支 援の場合、有料
居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	1回 550円	希望時は有料 体調不良時は無料
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		応相談
おやつ			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			食費に含まれるおやつ以外は実費
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	指定日、指定業者で対応
買い物代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		10分 550円	指定日、指定業者の代行は実費負担の み。指定日以外は実費の他に料金発生
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	10分 550円	希望時は有料
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	年2回実施の機会を提供
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				

入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	10分 550 円	希望時は有料 協力医療機関は無料
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	10分 550 円	希望時は有料
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	10分 550 円	希望時は有料

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3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。