

### 重要事項等についての説明

貸主(甲)	住所	東京都千代田区西神田一丁目4番5号
	氏名	株式会社東光シーズガーデン 代表取締役 鎌田 裕子
代理人	住所	
	氏名	

#### 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) るみえいちかわ ルミエ市川
所在地	千葉県市川市新田四丁目18番30号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 ( JR 総武線 市川駅から 徒歩で 7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 2017年 4月 1日から 2047年 3月 31日まで
施設に関する 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 2017年 4月 1日から 2047年 3月 31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 type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 2017年 4月 1日から 2047年 3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) かぶしきがいしゃとうこうしーずがーでん 株式会社東光シーズガーデン	
住 所 (法人にあっては主たる 事務所の所在地)	(郵便番号 101-8350 ) 東京都千代田区西神田一丁目4番5号	電話番号03 (3518) 2330
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) かぶしきがいしゃとうこうしーずがーでん 株式会社東光シーズガーデン
事務所の所在地	(郵便番号 101-8350 ) 東京都千代田区神田1丁目4番5号 電話番号 03 (3518) 2330

### 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	43戸
居住部分の規模	(最小)	20.00 m <sup>2</sup>
	(最大)	40.40 m <sup>2</sup>
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	鉄筋コンクリート造
竣工の年月	2016年 3月 7日	階数 地上4階建
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 checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input 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	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 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。)
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
--------	---------

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

	サービスの種類	提供形態	提供の対価 (概算・月額)	
高齢者生活 支援サービス	状況把握 生活相談	■自ら □委託	月額 19,800 円	詳細につ いては、 別添4の とおり
	食事の提供	■自ら □委託 □提供しない	月額 60,390 円	
	入浴等の介護	■自ら □委託 □提供しない	1回 2,200 円～	
	調理等の家事	■自ら □委託 □提供しない	30分 1,100 円～	
	健康の維持促進	■自ら □委託 □提供しない	1回 330 円～	
	その他	■自ら □委託 □提供しない	月額 5,500 円～	
家賃の概算額	(最低) 約	70,000 円	住宅ごとの内容は 別添3のとおり	
	(最高) 約	130,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約	25,000 円		
	(最高) 約	35,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約	140,000 円	家賃の 2 月分	
	(最高) 約	260,000 円		
水道光熱費の 支払方法	家賃に含まれる			
前払金の有無	□あり ■なし			
家賃等の前払 金の概算額	(最低) 約	円	(最高) 約	円
家賃等の 前払金の 算定の基礎	家賃			
	サービス提供の対価			
返還額の算定方法				
家賃等の前払 金の返還債務が消滅 するまでの期間	年	月	日まで	
家賃等の 前払金の 返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)			
前払金の保全 措置の内容	□銀行による債務保証 □信託会社等による元本補てん又は信託 □保険事業者による保証保険 □その他 ( )			
特定施設入居者 生活介護事業所	□指定を受けている 介護保険事業所番号 ( )			
	■指定を受けていない			
地域密着型 特定施設入居者 生活介護事業所	□指定を受けている 介護保険事業所番号 ( )			
	■指定を受けていない			
介護予防 特定施設入居者 生活介護事業所	□指定を受けている 介護保険事業所番号 ( )			
	■指定を受けていない			
介護サービス 情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)			

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input type="checkbox"/> 自ら管理 <input checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託	
委託する業務の内容 (契約事項)	設備管理業務、清掃管理業務	
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)    てすこかぶしきがいしゃ	
	テスコ株式会社	
住 所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 101-0065 )	
	東京都千代田区西神田一丁目4番5号	電話番号 03 (5244) 5311
修繕計画		
計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の実施予定	頃実施予定	
その他計画的な修繕予定		

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設(該当する場合のみ)

施設名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
デイサービス ルミエフルール	指定通所介護： 健康チェック 機能訓練 レクリエーション 入浴 食事提供 等	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
訪問介護事業所 ルミエブランシュ	指定訪問介護： 身体介護 生活援助	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
居宅介護支援事業所 ルミエラシーヌ	指定居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 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)
事業所の所在地	(郵便番号 )
	電話番号
連携又は協力の内容	

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沿って適切に運営します。

- 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 株式会社東光シーズガーデン  
所在地 東京都千代田区西神田一丁目4番5号  
代表者名 代表取締役 鎌田 裕子  
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 \_\_\_\_\_



## 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	20.40	×	○	○	×	×	○	5	213, 218, 313, 318, 413	70,000
1	20.10	×	○	○	×	×	○	5	215, 217, 315, 317, 415	70,000
1	24.60	×	○	○	×	○	○	6	201, 212, 301, 312, 401, 412	82,000
1	24.20	×	○	○	×	○	○	12	205, 206, 207, 211, 305, 306, 307, 311, 405, 406, 407, 411	82,000
1	25.40	○	○	○	○	○	○	6	208, 210, 308, 310, 408, 410	102,000
1	25.10	×	○	○	×	○	○	3	203, 303, 403	82,000
1	23.70	×	○	○	×	○	○	3	202, 302, 402	82,000
1	20.00	×	○	○	×	×	○	2	316, 416	70,000
1	40.40	○	○	○	○	○	○	1	417	130,000

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
浴室	3	12.00	215号室隣、 3,4階脱衣室隣	36	
台所(居間)	3	58.00	2,3,4階/各階北側 中央	43	
食堂(居間)	1	78.00	1階西側	43	
脱衣室	3	26.00	2,3,4階ビュッテ隣	36	3,4階脱衣室内に 洗濯機各一台設置
洗濯室	1	9.90	2階ビュッテ隣	43	
共同トイレ	3	8.50	2,3,4階脱衣室隣	43	

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。

## 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

### 1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

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 (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	
サービスを提供する法人等の別		<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の法人等	
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	2 人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 5 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	11 人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 1 人
常駐する場所		<input checked="" type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地 )			
常駐する日		<input checked="" type="checkbox"/> 365 日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く ( )			
常駐する時間	日中	7 時 00 分 ~ 20 時 00 分		人員	3 人
	上記以外の時間	20 時 00 分 ~ 7 時 00 分		人員	1 人
毎日 1 回以上の状況把握サービスの提供方法		<input checked="" type="checkbox"/> 一日 3 回直接訪問し、挨拶も兼ねて安否確認や健康状態などを把握			毎日 3 回
		<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問 (近接する土地に常駐する場合のみ)			
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0 時 00 分 ~ 24 時 00 分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24 時間		
	通報方法	ケアコール			
	通報先	一階事務所	通報先から住宅までの到着予定時間 1 分		
緊急時における対応の内容		救急搬送等			
生活相談サービスの内容		状況把握、生活相談サービス			
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365 日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	提供時間	9 時 00 分 ~ 18 時 00 分			
サービス提供の対価 (概算額)	月額※	約	19,800 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

※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。

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 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	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
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"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない ( )			
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> 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 60,390 円	内訳	朝食 540 円 昼食 648 円 夕食 825 円	
	前払金	約 円	前払金の 算定方法		
備考					

※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"/> 排せつ介護 <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 20,625 円	前払金の 算定方法
	前払金	約 円	
備考	入居者の希望によるオプションサービスとして提供。月額 20,625 円は毎日 24 時間の排泄一部 介助のサービス料金の例。その他入浴介助 2,200 円～、食事介助+服薬確認 1,650 円/時など。 サービス内容や回数は他の介護サービスやご家族の状況により応相談。		

### 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 type="checkbox"/> その他 ( )	
サービス提供の 対価（概算額）	月額	約 4,400 円	前払金の 算定方法
	前払金	約 円	
備考	入居者の希望するオプションサービスとして提供。月額 4,400 円は週一回の洗濯サービス (1,100 円/1 ネット：お預り、洗濯、たたみ、お届け)を希望した場合の料金の例。その他居室 清掃(居室内、トイレ、洗面所、キッチン) 2,200 円/60 分や居間の清掃と環境整備を含む居室 清掃 1,100 円/30 分などサービス内容や回数は希望に応じて要相談。		

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 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 0 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 円		
備考		随時健康相談は、平日昼間勤務する看護職員が中心に介護職員も対応。血圧等測定は毎日1回、希望する入居者に看護師及び介護職が行っている。特に看護職員は一日1回希望する入居者と直接会い、健康状態の把握等適切な対応に努めている。		

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		
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	外出同行、買い物代行等	
サービス提供の 対価（概算額）	月額	約 8,800 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 円		
備考		入居者の希望によるオプションサービスとして提供。月額約8,800円は週一回外出同行(1,100円・30分)と買物代行(1,100円/30分)した場合の料金の例。その他通院付添2,200円/30分や布団干し550円/回などサービス内容や回数は入居者や家族等と応相談。		

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	■ はい □ いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	■ はい □ 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	■ はい □ 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	■ はい □ 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	■ はい □ 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	■ はい □ 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	■ はい □ 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	■ はい □ 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	■ はい □ 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	■ はい □ いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	■ はい □ いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	■ はい □ 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	■ はい □ 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	■ はい □ 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	■ はい □ いいえ
入居者間の交流の促進を図る	■ はい □ 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	■ はい □ 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	■ はい □ 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	■ はい □ いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	■ はい □ いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	■ はい □ 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	■ はい □ 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	■ はい □ いいえ

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

記入年月日	2025年7月1日
記入者名	早乙女 裕子
所属・職名	ルミエ市川 館長

1. サービス等の内容  
(全体の方針)

運営に関する方針	サービス付き高齢者向け住宅が居宅であることを踏まえ、高齢者の特性に配慮した住みよい住宅を提供し、入居者の自主性、個性を尊重し、明るく快適で安心して生活ができ、可能な限り住み続けられるよう、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努める。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 駅、商店街が近い利便性抜群のシティ型環境</li> <li>・ 全室個室、4タイプから選べる充実した室内空間、入居者同士の交流の場として、広々とした食堂、サロン、各階リビングなど共用部の充実した設備</li> <li>・ 入居者一人一人の状況をしっかりチェック。緊急時も安心、スタッフ24時間常勤</li> <li>・ 施設内厨房で熟練した調理師による手作りの食事</li> </ul>
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 checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 <input 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	入居継続支援加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
※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	生活機能向上連携加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	ADL維持等加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

<p>場合を指し、「協力医療機関連携加算(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。</p> <p>※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。</p>	協力医療機関連携加算 (※1)	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算 (※2)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	退去時情報提供加算		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input 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 type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	新興感染症等施設療養費		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(iii)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	介護職員等処遇改善加算	(i)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(ii)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(iii)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(iv)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(v) (1)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(v) (2)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(v) (3)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(v) (4)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(v) (5)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(v) (6)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(v) (7)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(v) (8)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(v) (9)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(v) (10)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(v) (11)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
(v) (12)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
(v) (13)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
(v) (14)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<p>人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無</p>	<input type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率)	
	<input type="checkbox"/> なし	: 1	

(医療連携の内容)

医療支援	■ 救急車の手配		
※複数選択可	<input type="checkbox"/>	入退院の付き添い	
	<input type="checkbox"/>	通院介助	
	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療社団法人慈隆会 浮谷クリニック

	住所	千葉県市川市大洲 4-13-15		
	診療科目	内科等	協力科目	緊急対応、専門病院紹介
	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		■あり □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	医療社団法人慈隆会 浮谷クリニック		
	医療機関の住所	市川市大洲 4-13-15		
	□なし			
協力歯科医療機関	1	名称	しばた歯科	
		住所	市川市菅野 4-6-3 西家店舗 2 号室	
		協力内容	緊急時の相談等	
	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 type="checkbox"/> その他 ( )		
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり  <input type="checkbox"/> なし	(変更内容)

(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	①60歳以上の単身者 ②60歳未満であっても介護保険法の要介護認定若しくは要支援認定を受けている方 ①+②の同居人(配偶者、60歳以上の親族、要介護か要支援の認定を受けている60歳未満の親族、知事から特別な理由により認められた方)	
契約の解除の内容	①契約期間満了2ヶ月前までに入居者又は事業者から更新拒絶の意思表示があり、かつ契約期間が満了したとき ②入居者が契約を解除したとき ③事業者が契約を解除したとき ④入居者が死亡したとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者が賃料等を2ヶ月以上滞納し、30日以上の間を定めて支払うよう催告したにもかかわらず、入居者がその期間内に支払わない場合、等。
	解約予告期間	2ヶ月
入居者からの解約予告期間		2ヶ月
体験入居の内容	■ あり (内容:1泊2日3食付、6,600円~8,800円税込 最長4日) □ なし	
入居定員		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人	1人		
生活相談員				
直接処遇職員	15人	10人	5人	
介護職員	13人	9人	4人	
看護職員	2人	1人	1人	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	9人	4人	5人	
事務員	2人	2人		
その他職員	2人	1人	1人	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				
※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数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	10人	6人	4人
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	5人	5人	
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の数)

	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・介護職員の数)

夜勤帯の設定時間 (17時30分～ 9時30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】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1以上 <input 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり 資格等の名称    介護福祉士								
			<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人	1人	0人	2人						
前年度1年間の退職者数		1人	2人	0人	1人						
経た業務に 経験年数に従事し に 込	1年未満	1人	1人	2人	3人						
	1年以上 3年未満			0人	4人						
	3年以上 5年未満			3人	0人						
	5年以上										

	5年以上 10年未満			6人	0人						
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況					■ あり □ 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	9人
	女性	32人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	9人
	85歳以上	28人
要介護度別	自立	7人
	要支援1	3人
	要支援2	4人
	要介護1	7人
	要介護2	9人
	要介護3	7人
	要介護4	3人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	18人
	5年以上10年未満	15人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

#### (入居者の属性)

平均年齢	88.0歳
入居者数の合計	41人
入居率※	95.3%
※ 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	7人
	医療機関	0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 (解約事由の例)
	入居者側の申し出 (解約事由の例) 有料老人ホーム、老健等へ入所	8人

### 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	ルミエ市川苦情相談窓口	
電話番号	047 (314) 1212	
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	なし	

窓口の名称	千葉県健康福祉部高齢者福祉課	
電話番号	043 (223) 2350	
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜、日曜、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) 損保ジャパン日本興亜株式会社のウォームハート(介護事業者&福祉事業者向け賠償責任保険)に加入
	<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 type="checkbox"/> あり	(その内容)
	<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 type="checkbox"/> あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" 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 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 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

## 6. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり		(開催頻度) 年 1 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	従事者に対する周知の実施	<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	
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: ) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2015 年 1 月 16 日登録) <input type="checkbox"/> 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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	ルミアプラス	
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	ルミアルール	
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	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	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	ルミアサービス	
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	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	個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）					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（利用者一部負担※1）		包含※2	都度※2	料金※3			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	1,650	60分未満 服薬確認含む
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	458～	1回 1カ月単位もあり 5,400～27,000円
おむつ代			なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	2,200	30分
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	2,200	30分
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○	○	495～	居室から食堂までの移動は包含 衣服交換 1回10分程度
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,100～	30分 + 交通費実費
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1,100～	30～60分 1,100～2,200円
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	550	1回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1,100	1ネット
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	550	1回
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,100	30分 + 交通費実費
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,650	30分 + 交通費実費
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				※回数（年○回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○	330	1日 1カ月単位もあり 9,900円
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり		○	5,500～	排泄介助及び記録/月額
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	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～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。