

有料老人ホーム重要事項説明書

	記入年月日	2021年10月1日
記入者名	村上 大貴	所属・職名
		管理者

1. 設置者概要

設置者の名称, 所在地および連絡先				
設置者の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	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 鴻仁会		
設置者の所在地	〒040-0074 北海道函館市松川町30番12号			
設置者の連絡先	電話番号	0138-41-1221		
	FAX番号	0138-45-1021		
	ホームページアドレス	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり : http://www.fukase.or.jp	
設置者の氏名および職名	氏名	深瀬 晃一		
	職名	理事長		
設置者の設立年月日	1985年8月5日			

設置者が函館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		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	深瀬医院	函館市松川町30番12号
訪問リハビリテーション	あり	なし	深瀬医院	函館市松川町30番12号
居宅療養管理指導	あり	なし	深瀬医院	函館市松川町30番12号
通所介護	あり	なし		
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	介護付有料老人ホームばんだい 介護付有料老人ホームみやまえ	函館市万代町6番23号 函館市宮前町7番15号
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし	メディケアサポートまつかわ	函館市松川町41番17号
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	認知症対応型デイサービスまつかわ	函館市松川町41番17号
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	小規模多機能施設こうじゅ三号館	函館市宮前町20番14号
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホーム光風園 グループホームまつかわ グループホームふかせ	函館市宮前町11番8号 函館市松川町41番17号 函館市松川町30番12号
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	介護付有料老人ホーム光風園	函館市宮前町11番8号
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	ケアプランセンターふかせ	函館市松川町30番12号
<居宅介護予防サービス>				
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	深瀬医院	函館市松川町30番12号
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	深瀬医院	函館市松川町30番12号
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	深瀬医院	函館市松川町30番12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		
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	介護付有料老人ホームばんだい 介護付有料老人ホームみやまえ	函館市万代町6番23号 函館市宮前町7番15号
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	認知症対応型デイサービスまつかわ	函館市松川町41番17号
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	小規模多機能施設こうじゅ三号館	函館市宮前町20番14号
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホーム光風園 グループホームまつかわ グループホームふかせ	函館市宮前町11番8号 函館市松川町41番17号 函館市松川町30番12号
介護予防支援	あり	あり	なし	ケアプランセンターふかせ
介護予防・日常生活支援総合事業	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		
介護医療院	あり	なし		

2. 施設概要

施設の名称, 所在地および連絡先	
施設の名称	(ふりがな) こみゆにていはうす まつかわ コミュニティハウス まつかわ
施設の所在地	〒040-0074 北海道函館市松川町30番7号
施設の連絡先	電話番号 0138-83-6164
	FAX番号 0138-40-8876
	ホームページ なし
	アドレス <input type="checkbox"/> あり : http://www.fukase.or.jp
施設の開設年月日	平成 30年 2月 20日
管理者の氏名	村上 大貴
施設までの主な利用交通手段	
<ul style="list-style-type: none"> ・函館駅より車で5分 ・函館バス松川町停留所から徒歩1分 	
施設の類型および表示事項	
類型	住宅型有料老人ホーム
表示事項	居住権利形態 : 利用権方式 利用料支払方式: 月払い方式 入居時の要件 : 自立・要支援・要介護 介護保険の適用: 在宅サービス利用可 居室区分 : 個室・夫婦部屋
介護保険事業所番号	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日または開始予定年月日, 指定または許可を受けた年月日 (指定または許可の更新を受けた場合にはその年月日)	
事業の開始 (予定) 年月日	
指定の年月日	
指定の更新年月日	

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数およびその勤務形態						
有料老人ホームの従業者の人数およびその勤務形態						
実 人 員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
施設長		1			1	0.5
生活相談員						
看護職員						
介護職員	1	1	5		7	4.1
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従事者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士					3	
実務者研修		1				
介護職員初任者研修	1				1	
介護支援専門員						
従事者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師および准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
はり師						
きゅう師						
夜勤を行う看護職員および介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均時間 (16時30分～9時30分)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員	1		1			

従業員の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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				2		
前年度一年間の退職者数				2		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数				1		
1年以上3年未満者の人数				2		
3年以上5年未満者の人数			1	1		
5年以上10年未満者の人数			1	1		
10年以上の者の人数						
	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
前年度1年間の採用者数						
前年度一年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満者の人数						
3年以上5年未満者の人数						
5年以上10年未満者の人数						
10年以上の者の人数						
従業員の健康診断の実施状況				あり		なし

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
1. 利用者や家族の意向を尊重し利用者の尊厳を重視した個別性のある自立支援を行う。 2. かかりつけ医等医療機関との連絡を密にし、状態に応じた適切な医療を受けられるよう支援する。 3. 地元町会の行事や地域活動への参加により、地域の一員としての自覚と社会性保持の支援を行う。			
介護サービスの内容、利用定員等			
利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況		別紙	
特定施設入居者生活介護の加算体制の有無			
入居継続支援加算	あり	なし	
生活機能向上連携加算	あり	なし	
個別機能訓練加算	あり	なし	
若年性認知症入居者受入加算	あり	なし	
夜間看護体制加算	あり	なし	
医療機関連携加算	あり	なし	
看取り介護加算	あり	なし	
口腔衛生管理体制加算	あり	なし	
栄養スクリーニング加算	あり	なし	
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	あり	なし	
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	あり	なし	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	あり	なし	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	あり	なし	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	あり	なし	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	あり	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	なし	
自費によるショートステイ事業	あり	なし	
協力医療機関の名称	深瀬医院		
(協力の内容)	<ul style="list-style-type: none"> 往診、健診、緊急時の受入れ、治療協力、健康相談等 		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 深瀬医院
(協力の内容)	<ul style="list-style-type: none"> 往診、治療協力、歯科健診等 		
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
前払金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
前払金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

	その他 ()	なし	あり
	判断基準・手続について (その内容)		
	追加的費用の有無	なし	あり
	居室利用権の取扱い (その内容)		
	前払金償却の調整の有無	なし	あり
	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
	従前の居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	なし	あり
	浴室の変更の有無	なし	あり
	洗面所の変更の有無	なし	あり
	台所の有無	なし	あり
	その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
施設の入居に関する要件等			
自立している者を対象	なし		あり
要支援の者を対象	なし		あり
要介護の者を対象	なし		あり
留意事項	介護度が重度化した場合には、法人の運営する他施設へ移り住みしていただく場合がございます。		
契約の解除の内容	1. 事業者からの解除(契約書第28条に規定) 以下に該当し、契約の維持が社会通念上著しく困難と認められる場合。 ②家賃・管理費等が正当理由なく、2ヶ月以上滞納する時。 ③契約書第20条(制限・禁止行為)の規定に違反したとき等。 2. 入居者からの解除(契約書第29条に規定) ①少なくとも7日前に解約の申し入れをした場合。 3. 入居者が解約届けを出さずに退去し、事業者がその事実を知った日から起算して7日に至った場合。		
設置者からの解約	解約条項	契約書第28条	
	解約予告期間	30日	
入居者からの解約	解約予告期間	7日以上	
体験入居の内容	1	あり	(内容：・お一人様1泊2日(夕・朝食代含む)2,500円(うち消費税227円)・最長2泊3日まで)
	2	なし	
入居定員	18名		
その他			

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	0	0	0	0	0	0
65歳以上75歳未満	0	0	0	0	0	0
75歳以上85歳未満	5	1	0	0	0	6
85歳以上	5	3	1	1	0	10
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						0
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満						0
85歳以上						0

入居者の平均年齢 86.1

入居者の男女別人数 男性 3 女性 13

入居率（一時的に不在となっている者を含む） 88.9%

前年度の有料老人ホームまたは軽費老人ホームを退去した者の人数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						
社会福祉施設		1	1	1		3
医療機関			1			1
死亡者	1					1
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	2	2	12	0	0	0

施設、設備等の状況						
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			あり		なし
	建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物			あり		なし
消防用設備等	消火器			あり		なし
	カーテン・カーペット等の防災措置			あり		なし
	自動火災報知設備			あり		なし
	消防機関へ通報する火災報知装置			あり		なし
	スプリンクラー			あり		なし
	防火管理者			あり		なし
	防災計画			あり		なし
居室の状況	区 分			室数	人数	1の居室の床面積
	居室個室	あり	なし	14室	14名	8.42~9.07m ²
	居室二人部屋	あり	なし	2室	4名	16.76~18.40m ²
	一時介護室	あり	なし			m ²
共用便所の設置数	3	うち車椅子等の対応が可能な数			2	
個室便所の設置数	うち車椅子等の対応が可能な数					
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		1				
入居者が調理を行う設備状況				なし	あり	
エレベーターの設置状況	1 あり (ストレッチャー対応)			2 あり (車いす対応)		
	3 あり (上記1・2に該当しない)			4 なし		
緊急通報装置の設置状況	なし		一部あり	各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況	なし		一部あり	各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況	なし		一部あり	各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積		335.53 m ²				
事業所を運営する法人が所有	なし		一部あり	あり		
抵当権の設定		なし			あり	
貸借 (借地)						
なし	あり	契約期間	始		終	
		契約の自動更新			なし	あり
施設の建物に関する事項						
建物の面積		611.88m ² (うち有料老人ホーム部分 293.06m ²)				
事業所を運営する法人が所有	なし		一部あり	あり		
抵当権の設定		なし			あり	
貸借 (借家)						
なし	あり	契約期間	始	平成29年9月1日	終	平成34年8月31日
		契約の自動更新			なし	あり

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
設置者や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	コミュニティハウスまつかわ相談窓口		
電話番号	0138-83-6164		
対応している時間	平日	8:30～17:30	
	土曜	8:30～17:30	
	日曜・祝祭日	8:30～17:30	
定休日等	・無し		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	①函館市保健福祉部高齢福祉課 ②北海道国民健康保険団体連合会 ③公益社団法人全国有料老人ホーム協会		
電話番号	①0138-21-3025 ②011-231-5175 ③03-3548-1077		
対応している時間	平日	① 8:45～17:30 ② 9:00～17:00 ③ 10:00～16:00	
	土曜		
	日曜・祝祭日		
定休日等			
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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) ・損保ジャパンの賠償責任保険加入	
その他、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に関する			
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) ・入居者側に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずる場合があります。	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)			
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"/> なし	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

利用料の支払い方式	(1) 前払い方式	(2) 月払い方式	(3) 選択方式
敷金	0円 (家賃の ヶ月分)		
(1) 前払い方式			
前払金および月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定		なし	あり
要介護状態に応じた金額設定		なし	あり
料金プラン			
プラン名称	前払金	月額	(内訳)
		計	家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠	家賃相当額		
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
	前払金		
前払金の償却に関する事項			
償却開始の設定	入居日		
初期償却率 (%)			
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		・無し	
権利金等 (※) の額		・無し	
(※) 平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。			
償却年月数 (想定居住期間)			
契約期間終了時返還金の算定方法および返還金の例			
保全措置の実施状況	なし	あり	! (保全先)
三月以内の契約終了による返還金について			
三月の起算日	入居日		
契約終了日までの利用期間に係る利用料および原状回復のための費用の算定方法			
・家賃、管理費、食費、その他利用料は、居室明け渡し日まで日割計算に基づき算定します。			
前払金の支払方法			

(2) 月払い方式

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定	なし	あり
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり

料金プラン

プラン名称	月額 計	(内訳)			
		家賃額 相当額	介護 費用	食費	管理費 水光熱費含む
※各居室のプランは添付書類「居室別料金プラン一覧」に記載します。					

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

算定根拠	家賃相当額	
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
	食費	・朝:250円、昼:300円、夜:300円、おやつ:80円、1日合計930円
	管理費 (水光熱費含)	・18,000円…関連ホームの実績数値より査定。
	冬期暖房費	・冬期暖房費月額 6,000円 (但し11月より4月まで6ヶ月間)
	その他	通院介助 (協力医療機関以外) 原則週3回以内 500円/30分 リネン利用料 原則週1回交換 レンタル月額2,000円 タオル利用料 月額3,000円 洗濯代 入浴時の着替えを目安とする 50円/回 全身ソープ 入浴1回につき 50円/回 入歯洗浄剤代 6円/回 冷房機設置費用 ※希望者のみ 設置費用3,000円 夏季冷房料 ※希望者のみ 6,000円/月 (5月～10月)

(3) 選択方式

介護保険サービスの自己負担額

内容	※要介護度に応じて介護費用における保険負担割合証記載の割合分を徴収する。
----	--------------------------------------

人員が手厚い場合の介護サービス (再掲)	なし	あり
----------------------	----	----

内容	
利用料	円 (月額 ・ 日額)
算定根拠	
支払方法	月単位 (日割りの有無 あり ・ なし)

利用者の個別的な選択による生活支援サービス料

個別的な選択による生活支援サービス	なし	あり
-------------------	----	----

算定根拠	・人件費等を勘案したサービスごとの価格改定。 (介護サービス等の一覧表を参照)
------	--

料金改定の手続

- ・費用の改定にあたっては、所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営連絡会議等の意見を聴いたうえで改定する。
- ・改定にあたっては入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。

6. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
運営規程	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
事業収支計画書	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
財務諸表の要旨	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
財務諸表の原本	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない

7. その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容) 函館市有料老人ホーム設置運営指導指針 第6の7 医務室, 事務室, 宿直室, 看護・介護職員室、機能訓練室、健康・生きがい施設の の不備 第6の8 (1) 居室面積 (13.00 m ²) の不足 第6の8 (2) 医務室の不備 第6の8 (4) エ 便所 (男女共用、常夜灯なし) 第6の8 (5) 廊下幅 (中廊下2.7m未満) 第8の1 (1) 職員配置の不備 (事務員, 生活相談員, 看護職員, 機能訓練指導員)	

添付書類：「各種サービス等一覧表」
「居室別料金プラン一覧表」

入居者 _____ 様

説明年月日 _____ 年 月 日

説明者 _____

※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。

同意年月日 _____ 年 月 日

利用者署名 _____

(□代筆者)
身元引受人署名 _____

代筆者署名 _____

各種サービス等一覧表

	サービス種類	コミュニティハウス まつかわが実施する サービス		別途利用料を徴収し た上で実施するサー ビス		備 考
		有り	無し	有り	無し	
介護 サ ー ビ ス	食事介助	有り	無し	有り	無し	
	排泄介助・おむつ交換	有り	無し	有り	無し	
	おむつ代	有り	無し	有り	無し	
	入浴介助・清拭	有り	無し	有り	無し	
	特浴介助	有り	無し	有り	無し	
	身辺介助（移動・着替え）	有り	無し	有り	無し	
	機能訓練	有り	無し	有り	無し	
	通院介助（協力医療機関）	有り	無し	有り	無し	
通院介助（上記以外）	有り	無し	有り	無し	特別に対応する場合 500 円/30 分	
生 活 サ ー ビ ス	居室清掃	有り	無し	有り	無し	
	リネン交換	有り	無し	有り	無し	週 1 回交換、レンタル月額 2,000
	タオル類一式	有り	無し	有り	無し	月額 3,000 円
	日常の洗濯	有り	無し	有り	無し	50 円/回（入浴時の着替えを目安とする）
	居室配膳・下膳	有り	無し	有り	無し	体調不良等の場合のみ有り
	嗜好食等	有り	無し	有り	無し	
	おやつ	有り	無し	有り	無し	食費に含まれる
	理美容サービス	有り	無し	有り	無し	外部業者への連絡調整のみ
	買物代行	有り	無し	有り	無し	
	役所手続代行	有り	無し	有り	無し	1000 円/回
	金銭・貯金管理	有り	無し	有り	無し	止むを得ない事情の場合のみ有り
	全身シャンプー	有り	無し	有り	無し	50 円/回（入浴 1 回につき）
	入歯洗浄剤	有り	無し	有り	無し	6 円/回
冷房設置・利用	有り	無し	有り	無し	設置費用 3,000 円 利用料金 5,000 円/月（5 月～10 月）	
個別的な要望による外出介助	有り	無し	有り	無し	事前予約 30 分 500 円	
健 康 管 理 サ ー ビ ス	定期健康診断	有り	無し	有り	無し	協力医療機関の実費負担
	健康相談・生活指導	有り	無し	有り	無し	
	栄養指導（栄養士による）	有り	無し	有り	無し	
	服薬支援	有り	無し	有り	無し	自己管理が困難な方のみ有り
	生活リズムの記録（睡眠等）	有り	無し	有り	無し	
入 退 院 時 サ ー ビ ス	移送サービス	有り	無し	有り	無し	協力医療機関の無料送迎バス或いは外部移送業者の実費負担
	入退院同行（協力医療機関）	有り	無し	有り	無し	止むを得ない事情の場合のみ有り
	入退院同行（上記以外）	有り	無し	有り	無し	止むを得ない事情の場合のみ有り
	入院中の買物等	有り	無し	有り	無し	
	入院中の見舞い訪問	有り	無し	有り	無し	身元保証人が対応できない場合のみ

	サービス種類	月額利用料等で実施するサービス	別途利用料を徴収した上で実施するサービス	備考		
物品貸与サービス	電動ベッド					
	キューマアラベッド(2 モーター)	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	950 円／月額
	キューマアラベッド(3 モーター)	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	1,000 円／月額
	ベッド用レール					
	ベッドサイドレール (2 本1組)	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	40 円／月額
	マットレス・除圧マットレス					
	ニューサマットレス	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	60 円／月額
	アクアフロートマットレス	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	560 円／月額
	エアマスタートライセル	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	500 円／月額
	車椅子					
	自走式車椅子	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	300 円／月額
	介助式車椅子	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	300 円／月額
	リクライニング車椅子	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	700 円／月額
	車椅子用クッション					
	エルゴノミクスコンセプトクッション	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	60 円／月額
	Gel-T クッション	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	60 円／月額
	体位変換器					
	ナーセントバットA(3ピース)	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	170 円／月額
	歩行器					
	歩行器・NW-1	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	100 円／月額
	歩行器・NW-2	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	100 円／月額
	歩行器・アルコー	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	240 円／月額
	手すり					
	手すり・たちアップ	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	220 円／月額
	手すり・ベストポジションバー	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	350 円／月額
	徘徊予防感知器					
	家族コール2A	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	900 円／月額
	家族コール2B	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	900 円／月額
	人感センサー・X-850	有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	無し	40 円／月額

居室別料金プラン一覧表

居室番号	居室面積	設備等	家賃額	食費 30日計算	管理費 水光熱費含	計
201号室	16.76 m ²		36,000 円	※	※	81,900 円
202号室	18.40 m ²		36,000 円			
203号室	8.92 m ²		20,000 円	27,900 円	18,000 円	65,900 円
205号室	9.08 m ²		20,000 円			
206号室	9.08 m ²		20,000 円			
207号室	9.96 m ²		20,000 円			
208号室	8.42 m ²		18,000 円			
210号室	8.42 m ²		18,000 円			
211号室	8.42 m ²		18,000 円			63,900 円
212号室	8.42 m ²		18,000 円			
213号室	8.42 m ²		18,000 円			
215号室	8.42 m ²		20,000 円			
216号室	8.42 m ²		20,000 円			
217号室	8.42 m ²		20,000 円			
218号室	8.42 m ²		20,000 円			65,900 円
220号室	8.42 m ²		18,000 円			
						63,900 円

※201号室、202号室は二人入居可能な部屋のため、二人で入居した場合は、食費および管理費は二人分の費用がかかります。