

別紙様式

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和5年8月1日 |
| 記入者名 | 及川 崇 |
| 所属・職名 | 施設長 |

※ 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
2. 有料老人ホーム事業の概要
3. 建物概要
4. サービス等の内容

(全体の方針)

| | |
|----------------------------|---|
| 運営に関する方針 | 感謝と尊敬・真心のお手伝い・家族の絆の架け橋・社会参加と共生・未来の価値の創造・無上意のサービス・進化への対応 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 要介護状態になるのを出来る限り防止し、たとえ要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないように維持、改善を図り、一人ひとりの生きがいや自己実現への取り組みを支援する。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護(※要支援・自立の方対象) | 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 (※要支援・自立の方対象) | 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 | 1 あり 2 なし |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 あり 2 なし |
| | 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 | |
| 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 | |
| 栄養スクリーニング加算 | 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 | 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 | ※複数選択可 <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の同行 <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 () | | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 社会医療法人中山会 宇都宮記念病院 | |
| | | 住所 | 栃木県宇都宮市大通り 1-3-16 | |
| | | 診療科目 | 内科、外科、循環器内科、皮膚科、肝臓科、眼科 | |
| | | 協力内容 | 一般診療、救急対応、健康診断 | |
| | 2 | 名称 | 医療法人社団晃陽会 宇都宮第一病院 | |
| | | 住所 | 栃木県宇都宮市宝木本町2313 | |
| | | 診療科目 | 内科、外科、脳神経外科、神経内科、泌尿器科、皮膚科、麻酔科、リハビリテーション科 | |
| | | 協力内容 | 一般診療、救急対応、健康診断 | |
| 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 ※複数選択可 | 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 () | |
| 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 | 次の①または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。） | |
| 契約の解除の内容 | 1ヶ月前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができる。入居者は、解約申入れの日から1ヶ月分の賃料、共益費及び状況把握・生活相談サービス料金（本契約の解約後の賃料相当額、共益費及び状況把握・生活相談サービス料金相当額を含む）を事業者を支払うことにより、解約申入れの日から起算して1ヶ月を経過する日までの間、随時に本契約を解約することができる。 | |

| | | |
|----------------|--------------------|---|
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居者が義務に違反した場合において、事業者が当該義務の履行を催告したにもかかわらず、当該義務が履行されないときは、1ヶ月間の予告期間をもって本契約を解除することが出来る。 詳細については「建物賃貸借契約書第11条」参照。 |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | | 1ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 1 あり（内容： ） 2 なし | |
| 入居定員 | | 43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 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 6 | 5 | 1 | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | 4 | 3 | 1 | |
| 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 | | | | |
| ※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 | 1人以上 | 1人以上 | 1人以上 |
| 介護福祉士 | | | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 1人以上 | 1人以上 | 1人以上 |
| 介護支援専門員 | | | |

(資格を有している機能訓練指導員的人数)

| | 合計 | | |
|-------------|------|------|------|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | 1人以上 | 1人以上 | 1人以上 |
| 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 (時～ 時) | | |
|------------------|------|-----------------|
| | 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】 | 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) | : 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 | | |
| | ホームの職員数 | 人 |

| | | |
|--|-----------|--|
| 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 | 訪問介護事業所の名 | |
| | 訪問看護事業所の名 | |
| | 通所介護事業所の名 | |

(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 | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| 数に 業務に に応じた 従事した 職員の 経験年 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年以上 | | | | | | | | | |
| 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)

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 | 16人 |
| | 女性 | 24人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 2人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 6人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 13人 |
| | 85歳以上 | 19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 | 6人 |

| | | |
|-------|------------|-----|
| | 要介護2 | 9人 |
| | 要介護3 | 8人 |
| | 要介護4 | 16人 |
| | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 7人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 3人 |
| | 1年以上5年未満 | 30人 |
| | 5年以上10年未満 | 0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 | 82.7歳 |
| 入居者数の合計 | 40人 |
| 入居率※ | 85.0% |
| ※ 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。 | |

(前年度における退居者の状況)

| | | |
|---------|----------|----------|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 人 |
| | 死亡者 | 3人 |
| | その他 | 10人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 人 |
| | | (解約事由の例) |

8. 非常災害の留意事項

| | |
|---------------------------------|---|
| <p>1. 情報の把握及び避難の判断について</p> | <p>○介護保険施設等の職員は、日頃から、気象情報等の情報把握に努めるとともに、市町村が発令する「避難準備情報」、「避難勧告」等の情報を確実に把握し、利用者の安全を確保するための行動をとるようにする。「避難準備情報」等を入手する方法については、停電等の場合も含め、予め所在市町村に確認する。</p> <p>○「避難準備情報」発令の段階で、高齢者等の災害時要配慮者は、予め定めた避難場所へ避難するなど適切な行動をとる旨、避難計画に定め、適切に行動する。</p> <p>○近年、「想定外」の大規模な災害が発生することも多いことから、過去の経験のみに頼ることなく、利用者の安全を確保するために必要な対応を最優先に検討し、早め早めの対応を講じること。</p> |
| <p>2. 非常災害対策計画の策定及び避難訓練について</p> | <p>○介護保険施設等が定めることとされている「非常災害対策計画」は、火災のみならず、水害・土砂災害、地震等地域の実情にも鑑みた災害に対処できるものとする。</p> <p>○非常災害対策計画は、実際に災害が起こった際に利用者の安全が確保できる実効性のあるものとするのが重要であり、各施設等の状況や地域の実情を踏まえた内容とする。</p> <p>○非常災害対策計画の内容を職員間で十分共有するとともに、関係機関と避難場所や災害時の連絡体制等必要な事項について認識を共有する。</p> |

9. 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 | | 家族の家ひまわり宇都宮富屋 苦情相談窓口 |
| 苦情処理担当 | | 施設長 及川 崇 |
| 電話番号 | | 028-666-2100 |
| 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 | | 株式会社三英堂商事 シルバー事業本部 |
| 電話番号 | | 03-5466-1571 |
| 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 | 土日祝日、年末年始 |
| 窓口の名称 | 宇都宮市 保健福祉部 高齢福祉課 |
| 電話番号 | 028-632-8989 |
| 対応している時 | 平日 8:30~19:00 |
| 定休日 | 土・日・祝日および年末年始（12月29日から1月3日） |
| 窓口の名称 | 栃木県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | 028-643-2220 |
| 対応している時 | 平日 8:30~17:00 |
| 定休日 | 土・日・祝日および年末年始（12月29日から1月3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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 損害保険ジャパン株式会社 |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 損害賠償責任保険で対応 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |

10. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---|
| 入居契約書の雛形 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 |

11. 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | あり |
| 不適合事項がある場合の内容 | 運営懇談会の設置なし |

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 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------------|----|----|-----------------------|------------------|
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | 家族の家ひまわり石橋 訪問介護事業所 | 栃木県下野市文教 1-20-23 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 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 | | |
| 通所介護 | あり | なし | 家族の家ひまわり石橋 通所介護事業所 | 栃木県下野市文教 1-20-23 |
| 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 | 家族の家ひまわり黒磯駅前 | 栃木県那須塩原市宮町 2-26 |
| 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 | | |
| 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 | 家族の家ひまわり黒磯駅前 | 栃木県那須塩原市宮町 2-26 |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 介護医療院 | あり | なし | | |

別添2 有料老人ホーム・サービスマン・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) | 包含※2 | | 料金※3 | 備考 |
|---|------|------|--------|------------------|
| | 包含※2 | 都度※2 | | |
| 介護サービス | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | | |
| おむつ代 | なし | あり | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | 1,700円 | 40分毎 ※要支援・自立の方対象 |
| 特浴介助 | なし | あり | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | | |
| 機能訓練 | なし | あり | | |
| 通院介助 | なし | あり | 1,100円 | 30分毎 1,100円 |
| 生活サービス | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | 1,000円 | 20分毎 ※要支援・自立の方対象 |
| リネン交換 | なし | あり | 1,000円 | 20分毎 ※要支援・自立の方対象 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | 1,900円 | 40分毎 ※要支援・自立の方対象 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | 500円 | 10分毎 ※要支援・自立の方対象 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | | |
| おやつ | | | | |
| 美容師による理美容サービス | | | | |
| 買い物代行 | | | | |
| 役所手続き代行 | | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | | |
| 健康管理サービス | | | | |
| 定期健康診断 | | | | |
| 健康相談 | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | | | | |
| 服薬支援 | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | 1,100円 | 30分毎 1,100円 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | 1,100円 | 30分毎 1,100円 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（介護保険負担割合に応じた利用者負担）。
 ※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。