

重要事項説明書

記入年月日	2020年7月1日
記入者名	宮本 高史
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん こうふうかい 医療法人 光風会	
主たる事務所の所在地	〒329-0214 栃木県小山市乙女 795	
連絡先	電話番号	0285-45-7711
	FAX 番号	0285-38-7206
	ホームページアドレス	http://Kohnan-hp
代表者	氏名	須田 誠
	職名	理事長
設立年月日	平成 2 年 11 月 19 日	
主な実施事業	※別添1 (別に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	(ふりがな) あすぴあおとめ アスパ乙女
----	-------------------------

所在地	〒329-0214 栃木県小山市乙女 786 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	J R間々田駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・巡回バスで乗車 5 分、光南病院前停留所で 下車、徒歩 0 分 ② 自動車利用の場合 ・乗車 5 分
連絡先	電話番号	0285-45-6006
	FAX 番号	0285-38-7206
	ホームページアドレス	http://aspia-otome.jp
管理者	氏名	須田 誠
	職名	理事長
建物の竣工日		平成 24 年 9 月 30 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 24 年 11 月 1 日

【類型】【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	0970801775
	指定した自治体名	栃木県（小山市）
	事業所の指定日	平成 24 年 11 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 30 年 11 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	4384.28 m ²	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 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 (年 月 日～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	2284.32 m ² (地上 2 階建)

		うち、老人ホーム部分	1132.40 m ² (1階の一部を除く)			
	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (年 月 日 ~ 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	14.37 m ²	30	一般居室個室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ4	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	m ²		
タイプ7	有 / 無	有 / 無	m ²			
タイプ8	有 / 無	有 / 無	m ²			
タイプ9	有 / 無	有 / 無	m ²			
タイプ10	有 / 無	有 / 無	m ²			
共用施設	共用便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
共用浴室における	1ヶ所	チェア一浴		1ヶ所		

	介護浴槽		リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0ヶ所
			その他 ()	1ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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	ゆとり : 快適な生活への支援 あんしん : 安全な生活への支援 よろこび : 充実した生活への支援
サービスの提供内容に関する特色	医療法人運営。併設医療機関あり、通院や緊急時にも安心して生活ができる。

提供するサービスの種類	提供状況及び入居者への提供実績 (記入年月日現在)				
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし	30人
食事の提供	1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし	30人
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし	30人
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし	30人
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし	30人
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託	3 なし	30人

(介護サービスの内容)

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(I)ロ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1			
	<input type="checkbox"/> 2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1	救急車の手配
		<input checked="" type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	通院介助
		<input checked="" type="checkbox"/> 4	その他（訪問診療医の確保）
協力医療機関	1	名称	光南病院
		住所	栃木県小山市乙女 795（道を挟んで向かい側）
		診療科目	外科・内科・整形外科・眼科・透析・形成外科
		協力内容	受診・入院・内科医による訪問診療 年 1 回の健康診断実施
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	小豆畑歯科医院	
	住所	栃木県小山市間々田 1 1 3 8	
	協力内容	受診・訪問歯科診療	

(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					
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約第 29 条			
	解約予告期間	3 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: 約定書締結)			
	2	なし			
入居定員	30 人				
その他					

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数) 27 名			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.5
生活相談員	1	1	0	0.5
直接処遇職員	15	8	8	12.5
介護職員	14	7	7	10.8
看護職員	2	1	1	1.7
機能訓練指導員	1	1	0	1
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	1	1	0	委託
調理員	6	2	4	委託
事務員	1	1	0	0.5
その他職員	0	0	2	1
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40 時間

(資格を有している介護職員の人数)

	合計 13名		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	11	7	4
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	2	0	2
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計 1名		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	1	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時～ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0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	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 <input type="checkbox"/> 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)	2.4 : 1

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務						1 あり (短期入所生活介護管理者) 2 なし			
	業務に係る資格等		1 あり							
			資格等の名称		社会福祉士・介護支援専門員					
	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	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0

応じた業務に従事した経験年数に に応じた職員の人数	1年未満	1	0	3	3	0	0	1	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	
	3年以上 5年未満	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	0	3	2	1	0	0	0	0	0	
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	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	2 なし

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 2 日割り計算で減額 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 物価変動、人件費・委託費の上昇により改定する場合がある。 手続き 運営懇談会の意見を聞き、書面にて説明・同意。

(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	要支援2	要介護3	
	年齢	97歳	96歳	
居室の状況	床面積	14㎡	14㎡	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	198,000円	198,000円	
月額費用の合計		187,991円	198,972円	
家賃		66,000円	66,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	9,431円	20,412円	
	介護保険外※2	食費	62,460円	62,460円
		管理費	39,000円	39,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	11,100円	11,100円
その他	0円	0円		

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※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）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室の使用権料として毎月定額で受領するもの。
敷金	家賃の3ヶ月分
介護費用	
管理費	共有施設の維持管理、修繕費、人件費。
食費	厨房維持費、1日3食の食材費、人件費。
光熱水費	使用権料として毎月定額で受領するもの。

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)

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	介護報酬に定める費用額1~3割、地域加算
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）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

7. 入居者の状況【2020年7月1日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	5人
	女性	25人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	4人
	85歳以上	25人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	8人
	要介護2	8人
	要介護3	4人
	要介護4	7人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	2人
	1年以上 5年未満	13人
	5年以上 10年未満	12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	89.7歳
入居者数の合計	30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	1人
	医療機関	3人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人

況		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

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		アスピア相談窓口
電話番号		0285(45)6006
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	
定休日		日曜・祝日・年末年始

(事故発生時の対応)

1	当施設は、入居者に対し、主治の医師の医学的判断のもと専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。また、主治の医師と連絡がとれない場合等で緊急を要する際も同様とします。搬送方法については、診療を依頼した医師の指示に従って行います。
2	当施設は、入居者に対し、当施設における施設サービスでの対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。
3	前項のほか、入居利用中に入居者の心身の状態が急変した場合、当施設は、入居者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(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) あいおいニッセイ同和損害保険
	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) 事故対応マニュアル
	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	R1年5月21日
			結果の開示	1 あり 2 なし
	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	

	結果の開示	1 あり	2 なし
	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 2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「6. 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	
「7. 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	
不適合事項がある場合の内容	

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 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	訪問介護ぱーとなあ	栃木県小山市乙女 786-1
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護みどり	栃木県小山市乙女 786-1
訪問リハビリテーション	あり	なし	介護老人保健施設晃南	栃木県小山市乙女 795
居宅療養管理指導	あり	なし	光南病院	栃木県小山市乙女 795
通所介護	あり	なし	デイサービスセンターあとリエ	栃木県小山市西城南 5-8-19
通所リハビリテーション	あり	なし	介護老人保健施設晃南	栃木県小山市乙女 795
短期入所生活介護	あり	なし	アスピア乙女	栃木県小山市乙女 786-1
短期入所療養介護	あり	なし	介護老人保健施設晃南	栃木県小山市乙女 795
特定施設入居者生活介護	あり	なし	アスピア乙女	栃木県小山市乙女 786-1
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		
地域密着型通所介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	在宅介護支援センター晃南 居宅介護支援事業所アウスレーゼ西城南	栃木県小山市乙女 795 栃木県小山市西城南 5-8-19
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護ぱーとなあ	栃木県小山市乙女 786-1
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	訪問看護みどり	栃木県小山市乙女 786-1
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	介護老人保健施設晃南	栃木県小山市乙女 795
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	光南病院	栃木県小山市乙女 795
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービスセンターあとリエ	栃木県小山市西城南 5-8-19
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	介護老人保健施設晃南	栃木県小山市乙女 795
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	アスピア乙女	栃木県小山市乙女 786-1
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	介護老人保健施設晃南	栃木県小山市乙女 795
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	アスピア乙女	栃木県小山市乙女 786-1
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	介護老人保健施設晃南	栃木県小山市乙女 786-1
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		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）		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	
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	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	なし	あり			
特浴介助	なし	あり	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり			500円/15分 * 協力病院以外の受診については自費
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			
リネン交換	なし	あり	なし	あり			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	洗濯業者契約
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり			
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	○		食費に含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	訪問理美容契約
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	500円/15分
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,500円
金銭・貯金管理			なし	あり		○	1,000円
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり		○	年1回
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			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり			
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		○	500円/15分 * 協力病院以外の受診については自費
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	500円/15分
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割又は2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、月額サービスの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。