

## 有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	2022年7月1日
記入者名	中谷 祐香
所属・職名	株式会社ライフアシスト

### 1. 事業主体概要

種類	個人／法人 株式会社ライフアシスト	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ らいふあしすと	
主たる事務所の所在地	〒721-0965 広島県福山市王子町二丁目7番16号	
連絡先	電話番号	084-973-8440
	FAX番号	084-973-8467
	ホームページアドレス	<a href="http://www.lifeassist-corp.com">http://www.lifeassist-corp.com</a>
代表者	氏名	原田和美
	職名	代表取締役
設立年月日	2003年10月29日	

### 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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む あーばんりびんぐいまじゅく 介護付有料老人ホーム アーバンリビング今宿	
所在地	〒670-0061 兵庫県姫路市西今宿二丁目2番38号	
主な利用交通手段	最寄駅	姫新線 播磨高岡駅から徒歩3分
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・神姫バス 姫路駅(北口)18番・30番・38番バスに乗車9分 「西今宿」停留所で下車徒歩3分 ② 自動車利用の場合 ・姫路西ICから乗車15分
連絡先	電話番号	079-296-6201
	FAX番号	079-296-6202
	ホームページアドレス	<a href="http://www.lifeassist-corp.com">http://www.lifeassist-corp.com</a>

管理者	氏名	中谷 祐香
	職名	管理者
建物の竣工日		2017年 2月 28日
有料老人ホーム事業の開始日		2017年 4月 1日

(類型)

<input checked="" 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）※介護専用型 <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
---

4 健康型

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,835.09 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2017年4月1日～2067年3月31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	2,347.12 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム	2,347.12 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

居室の状況	居室区分	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最小	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	有/無	有/無	18.00 m <sup>2</sup> (13.32 m <sup>2</sup> )	4	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.00 m <sup>2</sup> (13.58 m <sup>2</sup> )	6	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	18.00 m <sup>2</sup> (13.78 m <sup>2</sup> )	6	介護居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	18.00 m <sup>2</sup> (13.75 m <sup>2</sup> )	16	介護居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	18.00 m <sup>2</sup> (13.42 m <sup>2</sup> )	4	介護居室個室
	タイプ6	有/無	有/無	18.00 m <sup>2</sup> (13.84 m <sup>2</sup> )	12	介護居室個室
	タイプ7	有/無	有/無	18.00 m <sup>2</sup> (13.94 m <sup>2</sup> )	2	介護居室個室
タイプ8	有/無	有/無				
タイプ9	有/無	有/無				
タイプ10	有/無	有/無				
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における介護浴室	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
その他（ ）			0ヶ所			
食堂	1	あり	2	なし		
入居者や家族が利用できる調理施設	1	あり	2	なし		

	エレベーター	1 あり（車椅子対応） 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	1 あり 2 なし
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし
	火災報知設備	1 あり 2 なし
	スプリンクラー	1 あり 2 なし
	防火管理者	1 あり 2 なし
	防災計画	1 あり 2 なし
その他		

#### 4. サービスの内容

運営に関する方針	自らが受けたいと思う医療と福祉の創造
サービスの提供内容に関する特色	自立支援介護の中で、個別ケアを実践し 看取りケアまで取り組む
入浴、排せつ又は食事の介護	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、掃除等の家事の提供	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	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	
	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	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入 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	
	認知症専門ケ ア加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
(I)		1 あり 2 なし	

	サービス提供体制強化加算	イ	
		(Ⅰ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		ロ	
		(Ⅱ)	1 あり <input 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	1 あり	(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(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 type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	医療法人ひまわり会 八家病院
		住所	兵庫県姫路市西今宿二丁目9番50号
		診療科目	整形外科・外科・内科・循環器科・リウマチ科・胃腸科・リハビリテーション科
		協力内容	提携医
	2	名称	段歯科医院
		住所	兵庫県姫路市西今宿三丁目19番1号
		診療科目	歯科予防指導・歯周疾患の処置・口臭予防指導・口内炎治療・歯、歯茎、口腔に関する健康相談
		協力内容	提携歯科医

(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	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合
----------------	-----------------------------

※複数選択可	3 その他 ( )	
判断基準の内容	身体的・精神的に総合的に判断する	
手続きの内容	施設管理者の承認を受けた場合	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室 との仕様の 変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容)
	<input type="checkbox"/> 2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者	自立している者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	要介護1～要介護5の認定者が対象	
契約の解除の内容	自立や予防給付認定となった場合やご逝去された場合	
事業主体から解約を求める 場合	解除要項	他者との協同生活を営めない場合
	解除予告期間	30日前
入居者からの解除予告期間	1ヶ月 (30日間前 )	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> 1 あり (内容:1日あたり )	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	50名	
その他		

5. 職員体制 (同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要)

(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	1.0	1	0	1.0
生活相談員	1.0	1	0	1.0
直接処遇職員	22	19	2	21.2
介護職員	19	17	2	19.18
看護職員	3.0	3	0	3.0
機能訓練指導員	1.0	1	0	1.0
計画作成担当者	1.0	1	0	1.0
栄養士	1.0	1	0	1.0
調理員	7.0	4	3	5.4
事務員	1.0	1	0	1.0
その他職員	1	1	0	1
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	0	0	0
介護福祉士	8	6	2
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	2	2	0

(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	3	3	0
理学療法士			
作業療法士			
言語療法士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜間帯の設定時間 ( 22 時～ 7 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	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※	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)	2.4 : 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	ホームの職員数	33 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		1 あり	2 なし		
	業務にかかる資格等	1 あり				
		資格等の名称	介護支援専門員			
		2 なし				
区分	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	3		8		1	
前年度 1 年間の退職者数	2		5			
業務に従事した経験年数			—	—		
1 年未満の者の人数	1		6			
1 年以上 3 年未満の者の人数	1		7			
3 年以上 5 年未満の者の人数			3			
5 年以上 10 年未満の者の人数			2			
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	1					
前年度 1 年間の退職者数	1					
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年未満の者の人数			1	
3年以上5年未満の者の人数				
5年以上10年未満の者の人数				
10年以上の者の人数				
従業者健康診断のの実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2 なし

## 6. 利用料金

居住の権利形態	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
利用料金の支払い方式	4 選択方式	1 全額前払い方式
	※該当する方式を全て選択	2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護度に応じた金額設定	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	手続き	

### (利用料金のプラン (代表的なプラン))

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	1	2
	年齢	90 歳	95 歳
居室の状況	床面積	18.00 m <sup>2</sup>	18.00 m <sup>2</sup>
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	0 円	0 円
月額費用の合計 (30日の場合)		157,200 円	157,200 円
家賃		81,900 円	81,900 円
特定施設入居者生活介護の費用※1		円	円

	介護 保険 外※ 2	食費（30日の場合）	37,260 円	37,260 円
		管理費	26,400 円	26,400 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	19,800 円	19,800 円
		その他	実費 円	実費 円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む</p> <p>※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。）</p>				

**（利用料金の算定根拠）**

費目	算定根拠
家賃	地代並びに建物設備の減価償却費及び維持管理費
敷金	家賃の0ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費	各種消耗品、娯楽用品等の共用費、建物設備の維持管理費及び、事務部門に係る人件費等
食費	1日あたり3食のお食事とおやつ1,242円/日 食材費、設備・備品代（調理器具・食器等）
光熱水費等	居室及び共用部分の光熱水費 ※入居者が居室にテレビを設置した場合は、入居者がNHKと放送受信契約を結び、放送受信料を負担する。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 洗濯物
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）**

※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

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	
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）	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

**（前払金の受領）※前払金を受領しない場合は省略可能**

算定根拠	
想定居住年数（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
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（初期償却額）	円



退去先別の人数	自宅等	2人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	8人
	死亡者	7人
	その他	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	11人
		(解約事由の例) 療養型病床等への入院 ご逝去

## 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入。

窓口の名称		アーバンリビング今宿相談窓口
電話番号		079-296-6201
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:30
	土曜日	8:30 ~ 17:30
	日曜・祝日	8:30 ~ 17:30
定休日		なし

(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)
	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)
	2 なし	
事故対応及び予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: )	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
姫路市有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある場合の内容		
「既存建物等の活用の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)	
	<input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)	
	<input type="checkbox"/> 3 適合していない	
姫路市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：事業主体が姫路市内で実施する他の介護サービス一覧表

別添2：入居者の個別選択によるサービス一覧表

※ \_\_\_\_\_ 印

説明年月日 西暦 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

※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

## 事業主体が姫路市内で実施する他の介護サービス一覧表

介護サービスの種類		事業所名称		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			
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			
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			
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 >					
介護予防訪問介護	あり	なし			
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			
介護予防通所介護	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			
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		
-----------	----	----	--	--



## 別添2

## 入居者の個別選択によるサービス一覧表

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
区分	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)			備考
	なし	あり	なし	あり	あり	
			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		
排泄介助・おむつ交換			なし	あり		
おむつ代	なし	あり	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	○	協力医療機関以外の付添い 330円/10分
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	○	3300円/月
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		
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○	実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	330円/10分

役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				※年1回実施
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				協力医療機関以外の付添い 330 円/10 分
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				協力医療機関以外の付添い 330 円/10 分
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				330 円/10 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、2割または3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときには、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、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。