

重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	杉谷 陽平
所属・職名	管理者

1. 設置者概要

種類	個人／法人 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 ほし さとかい 医療法人 星の里会	
主たる事務所の所在地	〒750-1142 下関市小月本町2丁目15-20	
連絡先	電話番号	083-282-0070
	FAX番号	083-282-4327
	ホームページアドレス	http://oka-hospital.byoinnavi.jp
代表者	氏名	岡 保 人
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 60 年 1 月 31 日	
主な実施事業	※別添 1	

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) しやんばらゆうりょうろうじんほーむ シャンバラ有料老人ホーム	
所在地	〒750-1144 下関市小月茶屋2丁目8番27号	
主な利用交通手段	最寄駅 JR山陽線	小月駅下車、徒歩3分
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 サンデン・バス下関駅乗車30分、小月材木町停留所で下車、徒歩4分 ② 自動車利用の場合 ・国道491号沿線、清末・小月間「小月ホンダ」より南方向に50m入る。
連絡先	電話番号	083-242-6700
	FAX番号	083-242-5679
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	杉谷陽平
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 23 年 4 月 8 日

(類型) 【表示事項】

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)					
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)					
③ 住宅型					
4 健康型					
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号				
	指定した自治体名				県 (市)
	事業所の指定日		平成	年	月 日
	指定の更新日 (直近)		平成	年	月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	821.54 m ²			
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地			
		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	737.84 m ² (地上2階建て)		
		うち、老人ホーム部分	186.32 m ²		
	耐火構造	1 耐火建築物			
		2 準耐火建築物			
		③ その他 (外壁耐火型)			
	構造	1 鉄筋コンクリート造			
		2 鉄骨造			
		③ 木造			
		4 その他 ()			
所有関係	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】	① 全室個室	9		
		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	有 (無)	有 (無)	基準は 13 m ² 12.42 m ² です	9	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		
※「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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		3ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		1ヶ所	
			ストレッチャー浴		ヶ所	
			その他 ()		ヶ所	
食堂	① あり	2 なし				
入居者や家族が利用 できる調理設備	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			
	火災通報設備	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			
土砂災害警戒区域	該当 1あり ②なし		1の場合 <input type="checkbox"/> 土石流 <input type="checkbox"/> 急傾斜地 <input type="checkbox"/> 地すべり			
浸水想定区域 (洪水・津波・高潮)	該当①あり 2なし		1の場合 <input type="checkbox"/> 洪水 <input checked="" type="checkbox"/> 津波 <input checked="" type="checkbox"/> 高潮 想定浸水深 2m～ 3m			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるような環境と住居および体調の急変に応じた医療、看護体制により不安なく老後の生活が送れるようなサービスの提供を行う。
サービスの提供内容に関する特色	地産地消による季節ごとの新鮮な食材を使用した食事(メニューから選ぶ)を提供しています。歩行や車いすも移動しやすいように配慮しています。
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、掃除等の家事の供与	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

(介護保険サービスの内容) ※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

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	
	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	
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) :	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助(岡病院についてのみ行います。) ④ その他(訪問診療医の確保)		
協力医療機関	1	名称	岡病院
		住所	下関市小月本町2丁目15番20号
		診療科目	内科・外科・整形外科・脳神経外科・リハビリテーション科

		協力内容	内科医の訪問診療、健康診断実施。(医療費その他の費用は入居者の自己負担。以下同)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	須呂歯科医院
		住所	下関市小月本町1丁目7番27号
		協力内容	歯科治療

(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
	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 外部介護サービス利用	・日常生活上の援助及び介護を必要とする状態となった場合は、外部の介護サービスを受けられるよう応相談。	
契約の解除の内容	・入居者が死亡したとき。 ・入居者、又は事業者から解除を通告し、予告期間が終了したとき。	

事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかける場合、等。
	解約予告期間	1ヶ月以上
入居者からの解約予告期間	1ヶ月以上	
体験入居の内容	① あり 2 なし	
入居定員	9人	
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談。	

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)	0.2
生活相談員	(1)		(1)	0.1
直接処遇職員				
介護職員	6		6	3.4
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37.5
※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			
介護福祉士	4	1	3
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2		2
介護支援専門員			

(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			1
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時30～9時00)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	0人
介護職員	人	4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
	【表示事項】 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)	:
※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保険サービス提供体制 (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					① あり 2 なし					
	業務に係る資格等					① あり					
						資格等の名称		理学療法士			
	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					1	1					
前年度1年間の退職者数											
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上				1	1					
	10年未満										
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)

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、人件費上昇により、2年に1回改定する場合がある。	
	手続き		

(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	要介護		
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	12.42 m ²	m ²	
	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	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		115,480円/月	円	
家賃		30,000円/(31日)	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費 朝 350/食 昼・夜 690/食	53,630円/(31日)	円
		管理費・光熱水費・洗濯及びリース物品料・その他諸経費	31,850円/月	
		その他(おやつ代1)	110円/(日)	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> <p>※3 電気毛布、電気アンカ、携帯の充電器等、施設に基本的に設置する機器以外を持ち込む場合は所定の料金を別途いただきます。</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物の賃借料、設備備品費、借入利息、等を基礎として、1室あたりの家賃を算定した。
敷金	—
介護費用	介護保険サービスの自己負担額は、個別に負担いただきます。
管理費	共用施設の維持管理・修繕費、配置職員の人件費、事務費。
食費	朝食 350円 昼食 690円 夕食 690円
光熱水費	電気、水道、ガスに係る費用。
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	おやつ 110円/日 希望者は牛乳(時価) 介護用品は別途負担になります

(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) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間（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
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称： _____）	

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	3人
	女性	5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	1人
	85歳以上	6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	1人
	要介護3	0人
	要介護4	1人
	要介護5	0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	3人
	5年以上10年未満	1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	85歳
入居者数の合計	8人
入居率*	88%
※ 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	3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
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	0人
	(解約事由の例) 自立出来るようになったため	

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	シャンバラ有料老人ホーム	
電話番号	083-242-6700	
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	8:30~17:00
	日曜・祝日	8:30~17:00
定休日	なし	

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※設置者や施設以外の窓口を記入すること。

窓口の名称	山口県長寿支援課	
電話番号	083-231-1345	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土・日・祝祭日	

(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	① あり	(その内容) 株式会社 損保保険ジャパン
	2 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	① あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	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	
		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 ② 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	② なし	
	① 代替措置あり	(内容) 随時、入居者の希望を聞き取る。
	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 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	廊下・床面積については下記のとおり (現状、廊下幅: 1. 6 2 m、床面積: 12. 42 m ²)	
「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		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類

- 別添 1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表
- 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
(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

説明者氏名及び役職

_____ (役職: _____)

※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。

※ 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。

別添1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表

介護保険サービスの種類		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		
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	ライフ菊川	下関市菊川町下岡枝1113
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし	岡病院 ライフ菊川	下関市小月本町2丁目15-20 下関市菊川町下岡枝1113
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	グループホームシ ャンバラ	下関市小月茶屋2-8-27
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	岡病院居宅 介護支援事 業所 ライフ菊川 居宅介護支 援事業所	下関市小月本町2丁目15-20 下関市菊川町下岡枝1113
<介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		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		
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	ライフ菊川	下関市菊川町下岡枝1113
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	岡病院 ライフ菊川	下関市小月本町2丁目15-20 下関市菊川町下岡枝1113
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	グループホームシヤンバラ	下関市小月茶屋2-8-27
地域密着型通所介護	あり	なし	シヤンバララディサービス	下関市小月茶屋2-8-27
＜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	ライフ菊川	下関市菊川町下岡枝1113
介護療養型医療施設	あり	なし	岡病院	下関市小月本町2丁目15-2

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			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
	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)		なし	あり	包含※2	都度※2	料金※3	備 考		
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		○	130円			
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	○					協力医療機関のみ可能
生活サービス										
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○					週2回程度
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○					隔週
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○					週2回程度
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		○	110円			
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	○					片道1km以内 週1回程度
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						
健康管理サービス										
定期健康診断			なし	あり		○	1300円			協力医療機関で実施 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	○					協力医療機関のみ可能
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○					協力医療機関のみ可能
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	○					協力医療機関のみ可能

※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。