

重要事項説明書

記入年月日	令和 7 年 4 月 1 日
記入者名	矢野 大二郎
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ゆめときぼうのかい 株式会社 夢と希望の会	
事業主体の主たる事務所 の所在地	〒795-0072		
	愛媛県大洲市新谷甲318番地		
事業主体の連絡先	電話番号	0893-23-9511	
	FAX 番号	0893-23-9512	
	メールアドレス	yumetokibounokai@sweet.ocn.ne.jp	
	ホームページ	なし	
	アドレス	<input checked="" type="checkbox"/> あり : http://yumetokibounokai.jp	
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	矢野 大二郎	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	2013年3月1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) ゆうりょうろうじんほーむ ゆめときぼう 有料老人ホーム 夢と希望	
所在地	〒795-0072 愛媛県大洲市新谷甲319番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	新谷駅
	交通手段と所要時間	①徒歩の場合 ・10分 ②自動車利用の場合 ・乗車3分
連絡先	電話番号	0893-25-1300
	FAX 番号	0893-25-1303
	メールアドレス	y-yumetokibou@lily.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http://yumetokibounokai.jp
管理者	氏名	矢野 大二郎
	職名	施設長
建物の竣工日		令和 3年 5月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 3年 6月20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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 土地建物概要

土地	敷地面積	952.36㎡				
	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（普通賃借・定期賃借）				
		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	850.50㎡			
		うち、老人ホーム部分	459.96㎡			
	耐火構造	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				
		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（普通賃借・定期賃借）				
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（縁故者居室を含む）				
		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	13.75㎡	16	一般個室
	タイプ2	有/無	有/無	13.27㎡	1	一般個室
	タイプ3	有/無	有/無	14.00㎡	1	一般個室
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
タイプ6	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	5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	5ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
	入居者や家族が利用 できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
	エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） <input type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない） <input type="checkbox"/> 4 なし		
	消防用設備 等	消火器	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
緊急通報装 置等	居室	便所	浴室	その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1 あり
	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり
	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3 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	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者に適した生活環境の確保 ・人権及びプライバシーを尊重した快適な環境の提供 ・入居者の状況や変化に応じた適切なサービスの支援 ・介護保険や保険・医療・福祉との連携、インフォーマルな活動等、協力体制の確立 ・自己決定に基づいた主体的な生活の支援
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・併設のデイサービスで、通所サービスの提供が可能。 ・協力病院が近隣である。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 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		
		4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	井関クリニック	
		住所	愛媛県大洲市新谷甲 306 番地	
		診療科目	内科・外科・消化器内科	
		協力科目	内科・外科・消化器内科	
		入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1 なし 2 あり	
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	1 なし 2 あり	
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1 なし 2 あり	
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	1 なし 2 あり	
新興感染症発生時に連携する医療機関		名称	井関クリニック	
		住所	愛媛県大洲市新谷甲 306 番地	
協力歯科医療機関		名称		
		住所		
		協力内容		

(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	併設の介護保険事業所を含め、利用者の選択に基づき居宅サービス事業を利用できる事業所です。	
契約解除の内容	入居契約書5章第32条の通り	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書5章第31条の通り
	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	<div> <div>1 あり</div> <div> <div>内容：室料</div> <div>1,330円/日</div> </div> <div> <div>食費</div> <div>1,700円/日</div> </div> <div> <div>管理費</div> <div>850円/日</div> </div> <div> <div>共益費</div> <div>330円/日</div> </div> <div> <div>リネン費</div> <div>120円/日</div> </div> <div> <div>(合計)</div> <div>(4,330円/日)</div> </div> <div> <div>* 但し、ホームに空室がある場合に限りです。</div> </div> </div>	
	2 なし	
入居定員	18人	
その他		

5. 職員体制

(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	0.5
生活相談員				
直接処遇職員	5		5	
介護職員	5		5	2.45
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				
※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	3		3
実務者研修の修了者 (旧基礎研修・1級課程)			
初任者研修の修了者 (旧2級課程)	1		1
介護支援専門員	1		1

(夜勤または宿直を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時 00分 ~ 9時 00分)			
	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

(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		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													
前年度1年間の退職者数													
応じた職員の数 業務に従事した経験年数に	1年未満												
	1年以上 3年未満				3								
	3年以上 5年未満				2								
	5年以上 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】		<input type="checkbox"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		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		<input type="checkbox"/> 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	協議の上、双方の合意	
	手続き	文書による確認	

(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1	要介護3
	年齢		78歳	83歳
居室の状況	床面積		13.75㎡	14.00㎡
	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		0円	0円
月額費用の合計			96,400円	96,400円
家賃			40,000円	40,000円
サービス費用	介護保険外※2	食費	52,700円	52,700円
		管理費	25,000円	25,000円
		共益費	10,000円	10,000円
		リネン費	3,500円	3,500円
		その他	円	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				
(注) NHK受信料については、入居者が個々で契約して負担してください。				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室設備を勘案し、近隣相場による。
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。
食費	朝食：400円 昼食：650円 夕食：650円とし、別に定める規定に従いキャンセルした場合には請求しない。 52,700円は1ヶ月毎食喫食したとして計算。
管理費	共用部(エントランス・廊下・食堂・エレベーター等)の維持管理、別添2に定める包含払いの生活支援サービス費を含む。
共益費	共用の消耗品や共用場所の清掃等、水道光熱費を含む。
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	

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	15人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	1人
	85歳以上	17人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	2人
	要介護 3	1人
	要介護 4	11人
	要介護 5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上 1年未満	4人
	1年以上 5年未満	14人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	93歳
入居者数の合計	18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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡	3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	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	有料老人ホーム 夢と希望	
電話番号	0893-25-1300	
対応している時間	平日	8時30分から17時30分
	土曜	8時30分から17時30分
	日曜・祝日	8時30分から17時30分
定休日	12月31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	1 あり	(その内容) 公益財団法人介護労働安定センター
	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)
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 必要に応じて実施	
	2 なし		
	1 代替措置あり	(内容)	
	2 代替措置なし		
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと		
	1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<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				
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（別に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 事業主体が県内で実施する他の介護サービス

介護サービス等の種類			併設・隣接の 状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービス 夢と希望	愛媛県大洲市新谷 甲319番地1
			併設・隣接	デイサービス 新谷の家	愛媛県大洲市新谷 甲318番地
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	居宅介護支援 事業所 夢と希望	愛媛県大洲市新谷 甲318番地
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		

<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービス 夢と希望	愛媛県大洲市新谷 甲319番地1
			併設・隣接	デイサービス 新谷の家	愛媛県大洲市新谷 甲318番地
その他の支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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
介護サービス	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者負担※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			備考	
			※2	都度※2	料金※3		
食事介助	なし	あり	なし	あり	※要介護状態にある場合は、利用者の選択に基づき、介護保険を利用した外部のサービスを受けることができます。詳細はご自身の担当の介護支援専門員または施設職員にお尋ねください。		
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	※介護タクシーの紹介ができます。		
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			
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			
買い物代行	なし	あり	なし	あり			
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			
健康相談			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			
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			

※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、月額のサービスの費用に包含される場合と、サービスの利用の都度払いによる場合にに応じて、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。