

有料老人ホーム重要事項説明書

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|------------------------|
| 種類 | 社会福祉法人 | |
| 名称 | (ふりがな) しゃかいふくしほうじん どうゆうかい 社会福祉法人 道友会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒039-1107 八戸市大字櫛引字上矢倉2番地1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0178-27-3811 |
| | FAX 番号 | 0178-23-3323 |
| | E-mail アドレス | |
| | ホームページアドレス | http://douyuukai.or.jp |
| 代表者 | 氏名 | 田中 英雄 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和 44年 3月 13日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1（別の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) ゆうりようろうじん ねじょうまご 有料老人ホーム 根城の郷 | |
| 所在地 | 〒039-1113 八戸市西白山台六丁目9-14 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 八戸駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ①バス利用の場合 ・市営バスで六日町乗車23分、西白山台停留所で下車、徒歩7分 ②自動車利用の場合 ・八戸駅より20分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0178-51-8444 |
| | FAX 番号 | 0178-51-8445 |
| | E-mail アドレス | nezyounosato@yahoo.co.jp |
| | ホームページアドレス | http://doyuukai.or.jp |
| 管理者 | 氏名 | 田村 淳美 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 25年 5月 31日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 25年 6月 12日 |

(類型)

| |
|------------------------------------|
| 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 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|--|----------------|--|------------------------|----------------------|----|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 6360.70 m ² | | | | |
| | 所有関係 | ① 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1377.84 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | m ² | | | |
| | 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（木造一部鉄骨 ） | | | | |
| | 所有関係 | ① 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | ① 全室個室 | | | | |
| | | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 |
| | タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 13.24 m ² | 27 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 13.24 m ² | 12 | 一般居室個室 |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 16.03 m ² | 4 | 一般居室個室 |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 16.35 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| ※「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 | 8か所 | うち男女別の対応が可能な便房 | か所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 7か所 | | |
| | 共用浴室 | 1か所 | 個室 | か所 | | |
| | | | 大浴場 | 1か所 | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 1か所 | チェアー浴 | か所 | | |
| | | | リフト浴 | か所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | 1か所 | | |
| | | | その他（ ） | か所 | | |
| 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 |
| その他 | | |

4. サービスの内容

（全体の方針）

| | |
|-----------------|----------------------------------|
| 運営に関する方針 | 地域に根差し、地域と連携し、地域と歩む有料老人ホームを目指す。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 個人の尊厳と自立を尊重し、安心・安全に生活できる環境の場の提供。 |
| 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 |

（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 | 名称 | やわた クリニック |
| | 住所 | 八戸市大字八幡字下桶田1番地4 |
| | 診療科目 | 内科・耳鼻咽喉科 |
| | 協力内容 | 定期健診、健康相談 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | お歯科 |
| | 住所 | 八戸市尻内町字直田73 |
| | 協力内容 | 訪問治療、定期健診 |

(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 (希望があった場合) | |
| 判断基準の内容 | | 空室ある場合 | |
| 手続きの内容 | | 書類での再契約 | |
| 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 | | | |
| 契約の解除の内容 | | 死亡、長期入院、他の利用者の生活に支障をきたす場合等 | |
| 事業主体から解除を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書 第26条 | |
| | 解約予告期間 | 2か月 | |
| 入居者からの解除予告期間 | | 1か月 | |
| 体験入居の内容 | | ① あり (内容: 一泊又は食事体験、入居について不安ある方は、要相談) 2 なし | |
| 入居定員 | | 44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 | | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 1 | 1 | | 1 |
| 看護職員 | 1 | 1 | | 1 |
| 栄養士 | 1 | 1 | | 1 |
| 調理員 | 4 | 3 | 1 | 3.8 |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | | | | |
| 1 週間のうち、従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | |
| | 常勤 | 40 時間 | 非常勤 | 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。 | | | | |

(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 | | |
| 介護福祉士 | | | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | | | |
| 介護支援専門員 | | | |

(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 | 最小時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 人 | 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)

| | | |
|--|------------|--------------------|
| 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 | ヘルパーステーション 根城の郷 |
| | 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 | 社会福祉士 | | | | | | | | | |
| | 2 なし | | | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 栄養士 | | 調理員 | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | |
| 応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に | 1年未満 | | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | | 1 | | 1 | | | | 1 | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | | 1 | | 1 | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | 2 | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | ① あり 2 なし | | | | | | | | |

(職員の教育訓練、研修等の実施状況)

| | |
|---------------------------------------|-------|
| 教育訓練、研修等の内容 | 実施状況 |
| 外部研修（初任者研修、認知症介護基礎研修、虐待防止研修、緊急時の介護等） | 1回/年 |
| 内部研修（口腔ケア、熱中症、認知症、食事のむせ込みインフルエンザの対応等） | 12回/年 |
| | 回/年 |
| | 回/年 |

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 建物質貸借方式 3 終身建物質貸借方式 |
| 利用料金の支払い方法 【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 |
| 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 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3 | 要介護1 | |
| | 年齢 | 83歳 | 73歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 13.24㎡ | 16.03㎡ | |
| | 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 | | 126,000円 | 152,000円 | |
| 家賃 | | 43,000円 | 62,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ※1 の費用 | 円 | 円 | |
| | 介護保険外 ※2 | 食費 | 45,000円 | 45,000円 |
| | | 管理費 | 25,000円 | 25,000円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 13,000円 | 20,000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（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 | 43,000 円～62,000 円 (利用者居室面積、備え付け備品、トイレ・風呂付にて料金が違う) |
| 敷金 | 家賃の 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 | 25,000 円 人件費・運営費 |
| 食費 | 45,000 円 (朝 400 円、昼 550 円、夕 550 円) |
| 光熱水費 | 13,000 円～20,000 円 (10 月～3 月 冬季 5,000 円加算) |
| 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

(入居者の人数)

| | | |
|-------|---------------|------|
| 性 別 | 男 性 | 9 人 |
| | 女 性 | 31 人 |
| 年 齢 別 | 65 歳未満 | 0 人 |
| | 65 歳以上 75 歳未満 | 4 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 11 人 |
| | 85 歳以上 | 25 人 |
| 要介護度別 | 自 立 | 5 人 |
| | 要支援 1 } 総合事業 | 1 人 |
| | 要支援 2 } 対象者 | |
| | 要介護 1 | 5 人 |
| | 要介護 2 | 7 人 |
| | 要介護 3 | 8 人 |
| | 要介護 4 | 9 人 |
| | 要介護 5 | 5 人 |
| 入居期間別 | 6 か月未満 | 5 人 |
| | 6 か月以上 1 年未満 | 4 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 16 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 15 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 | 86.0 歳 |
| 入居者数の合計 | 40 人 |
| 入居率 ※ | 90% |
| ※ 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 | 3 人 |
| | 社会福祉施設 | 4 人 |
| | 医療機関 | 5 人 |
| | 死亡者 | 人 |
| | その他 | 人 |
| 生前解約の 状況 | 施設側の申し出 (解約事由の例) | 人 |
| | | |
| | 入居者側の申し出 (解約事由の例) | 人 |

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 根城の郷 | |
| 電話番号 | 0178-51-8444 | |
| 対応している 時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | 土曜 | 9:00~17:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~17:00 |
| 定休日 | なし | |
| 窓口の名称 | 社会福祉法人 道友会 | |
| 電話番号 | 0178-27-3811 | |
| 対応している 時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | 土曜 | 休み |
| | 日曜・祝日 | 休み |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日 | |

(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) 施設総合保険へ加入 |
| 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) 法人規定による |
| 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 | 平成 29 年 6 月～ | |
| | | 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 |
| 重要事項説明書 | 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 |
| 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 |
| 事業収支報告書 | 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 1 回 |
| | 2 なし | |
| 提携ホームへの移行 | 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 | |

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)

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____ 印

上記内容の説明を説明者から確かに受けました。

入居者 住 所 _____

生年月日 M・T・S 年 月 日 生

氏 名 _____ 印

同上身元引受人 住 所 _____

(入居者との続柄 : _____ 電話 _____ 携帯電話 _____)

氏 名 _____ 印

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 | ヘルパーステーション根城の郷 | 八戸市西白山台 6 丁目 9 番地 1 4 |
| 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 | いこい苑デイサービスセンター | 八戸市大字豊崎町 字渋民 4-1 |
| 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 | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | いこい苑ハートケアセンター | 八戸市大字豊崎町 字渋民 4-1 |
| 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 | いこい苑在宅介護支援センター | 八戸市大字豊崎町 字渋民 4-1 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 第 1 号訪問事業 | あり | なし | ヘルパーステーション根城の郷 | 八戸市西白山台 6 丁目 9 番地 1 4 |
| 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 | | |

| | | | | |
|------------------|----|----|----------------|----------------|
| 第1号通所事業 | あり | なし | いこい苑ディサービスセンター | 八戸市大字豊崎町字洪民4-1 |
| 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 | いこい苑ハートケアセンター | 八戸市大字豊崎町字洪民4-1 |
| 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・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧

| 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 | | | | | サービス提供実績 | 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） | （利用者が全額負担） | ※2 包含 | ※2 | | | |
| | | | | ※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 | | なし | あり |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | なし | あり |
| おむつ代 | | | なし | あり | ○ | 実費分 | あり |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | ○ | 600円/1回 | あり |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | 600円/1回 | あり |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | あり |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | ○ | | あり |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | 3000円/1時間 | あり |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | 500円/1回 | あり |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | 500円/1回 1000円/1回 | あり |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | ○ | 3000円/1月 | あり |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | ○ | | あり |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | ○ | | あり |
| おやつ | | | なし | あり | | | あり |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | ○ | 1500円 | あり |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | 500円/1回 | あり |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|----|----|------|------|---|--|----------------------------------|--|------|-----------------------------|
| 役所手続き代行 | なし | あり | (なし) | あり | | | | | あり | |
| 金銭・貯金管理 | | | (なし) | あり | | | | | あり | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | (なし) | あり | | | | | あり | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | (あり) | ○ | | | | (あり) | 毎月1回 |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | (あり) | ○ | | | | (あり) | 随時 |
| 服薬支援 | なし | あり | (なし) | あり | | | | | あり | |
| 生活リズムの記録 (排便・睡眠等) | なし | あり | なし | (あり) | ○ | | | | (あり) | 毎日 |
| 入退院・入院中のサービス | | | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | (なし) | あり | | | | | あり | |
| 入退院中の同行 | なし | あり | なし | (あり) | | | 3000円/1時間 30分増すごと に1000円加算 | | あり | ※基本家族対応であるが、 できない場合のみ要相談 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | (なし) | あり | | | | | あり | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | (なし) | あり | | | | | あり | |