

重要事項説明書

記入年月日	令和3年 7月 1日
記入者名	水野 正敏
所属・職名	代表取締役

※ 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。

1 事業主体概要

種類	個人 / <u>法人</u>	
	※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 こんふおーとさとやま 株式会社 コンフォート里山	
主たる事務所の所在地	〒861-8043 熊本市東区戸島西2丁目6番97号	
連絡先	電話番号	096-360-3700
	FAX番号	096-360-3701
	ホームページアドレス	
	メールアドレス	day-goryounosato@sage.ocn.ne.jp
代表者	氏名	水野 正敏
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 / <u>平成</u> 29年 10月 5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) ごりょうのさと ごりょうの里	
所在地	〒861-8035 熊本市東区御領2丁目10-2	
主な利用交通手段	最寄駅	新水前寺駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 熊本産交バス 東八反田 徒歩10分
1連絡先	電話番号	096-388-3700
	FAX番号	096-388-3701
	ホームページアドレス	
	メールアドレス	yu-goryounosato@joy.ocn.ne.jp
管理者	氏名	水野 正敏
	職名	代表取締役
建物の竣工日		令和 2年 1月 10日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 2年 2月 10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	令和 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	令和 年 月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	1,208㎡				
	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 (2019年11月1日～2044年10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	993.56㎡			
		うち、有料老人ホーム部分	978.52㎡			
	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					
		抵当権の設定	1 あり ② なし			
		契約期間	① あり (2019年11月1日～2044年10月31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				
		② 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
		最大	2人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1		有/無	有/無	13.02～13.38㎡	10	介護居室個室
タイプ2		有/無	有/無	15.04～15.31㎡	25	介護居室個室
タイプ3		有/無	有/無	17.54㎡	1	介護居室個室
タイプ4		有/無	有/無			
タイプ5		有/無	有/無	㎡		
タイプ6		有/無	有/無	㎡		
タイプ7		有/無	有/無	㎡		
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	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5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室	2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			
消防用施設等	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	<ol style="list-style-type: none"> ホームは、入居者が快適で心身ともに充実、安定した生活を営む事が出来るよう良好な生活環境の保持に努める。 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービス向上に努める。 利用者の心身の状況、その他置かれてる環境に応じて、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるよう努める。 入居者が可能な限りその有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事が出来るよう配慮する。 <p>本事業の運営に当たっては、関係市町村、在宅介護支援センター及び各関係機関との連携に努める</p>
サービスの提供内容に関する特色	<ol style="list-style-type: none"> 利用者1人1人に合わせたサービスを提供し、なるべく自立して生活できるようにサービスを行っていきます。

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

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	1 あり	2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり	2 なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	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	
	栄養スクリーニング加算	1 あり	2 なし	
	退院・退所時連携加算	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	
(Ⅲ)		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) : 1		
	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(必要に応じて行う。その判断は管理者が行う) 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	西日本病院
		住所	熊本市東区八反田3丁目20番1号
		診療科目	内科・消化機器・循環器科・呼吸器科・その他
		協力内容	緊急外来等
	2	名称	戸山・横田医院
		住所	熊本市東区小峯2丁目5番33号
		診療科目	内科・整形外科・皮膚科
		協力内容	外来受診・往診診療
協力歯科医療機関	名称	小野歯科医院	
	住所	熊本市東区御領4丁目3-16	
	協力内容	往診診療・外来受診	

(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 (本人の状態により判断する)	
判断基準の内容	常時見守りが必要と主治医が判断した時	
手続きの内容	ご家族の承認後	
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	1: 健康保険に加入されてる方 2: 身元引受人を立てられる方 3: 要介護2以上	
契約の解除の内容	次の各号のいずれかに該当する場合に本契約は解除するものとします。 1、事業者が入居契約第28条(事業者の契約解除)に基づき解除を勧告し、予告期間が満了した時。 2、入居者が入居契約第29条(入居者からの解除)に基づき解約を行った場合 利用者が亡くなった場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	事業者が入居契約第28条(事業者の契約解除)に基づき解約を勧告し、予告期間が満了したとき。
	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	① あり (内容: 1泊3食2,500円) 7日間 2 なし	
入居定員	37人	
その他		

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				
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	16	9	7	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3		3	
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従事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	9	6	3
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	7	3	4
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			
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 (17時～ 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	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※ 【表示事項】	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)	: 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 (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							
	(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		18	10						
前年度1年間の退職者数	1		10	3						
応じた業務に従事した経験年数の人数	1年未満		8	9						
	1年以上3年未満									
	3年以上5年未満									
	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】	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 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	自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案して改定する
	手続き	運営懇談会承認により改定を行う。

(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	3	3	
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	13.02~13.38㎡	17.54㎡	
	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	円	円	
	敷金	100,000円	100,000円	
月額費用の合計		104,000円	202,000円	
家賃		36,000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	円	円	
	介 護 保 険 外 ※ 2	食費	40,000円	80,000円
		管理費	18,000円	36,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	10,000円	10,000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)

費用	算定根拠
家賃	有料ホームの占有率が98%になり、居室面積と設備別に家賃設定
敷金	100,000円
介護費用	※介護保険サービスの自己負担金額は含まない。
管理費	共有部分の維持管理費用とケアスタッフ以外の人件費
食費	1ヶ月を30日として朝：206円・昼：512円・夕：616円
光熱水費	電気代：4,570円、ガス代：2,730円、水道代：2,700円
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) ※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

費用	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	14人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	6人
	75歳以上85歳未満	5人
	85歳以上	20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	7人
	要介護 2	9人
	要介護 3	13人
	要介護 4	1人
	要介護 5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	13人
	1年以上5年未満	18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	87歳
入居者数の合計	32人
入居率※	86%
※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	0人
	医療機関	3人
	死亡者	2人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例) 医療的処置が必要になった為
	入居者側の申し出	5人
		(解約事由の例) 療養型病院入院 特養入所の為

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	ごりょうの里	
電話番号	096-388-3700	
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	

(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	福祉事業者総合賠償責任保険 (ウオームハート)
	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時の対応	① あり	事故が発生したときの状況を調査し報告書を作成し調査報告書を基にご家族、管理者、関係職員とで協議を行う。
	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	適時
		結果の開示	① あり 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 公表していない
管理規程	1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公表していない
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 公表していない
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 公表していない
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 公表していない

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		
「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 (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 令和 年 月 日

説明者署名 _____

説明を受けた者署名 _____

※契約を前提とした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 事業主体が熊本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	なし	あり	ごりょうの里	熊本市東区戸島西2丁目6-97
訪問入浴介護	なし	あり		
訪問看護	なし	あり		
訪問リハビリテーション	なし	あり		
居宅療養管理指導	なし	あり		
通所介護	なし	あり		
通所リハビリテーション	なし	あり		
短期入所生活介護	なし	あり		
短期入所療養介護	なし	あり		
特定施設入居者生活介護	なし	あり		
福祉用具貸与	なし	あり		
特定福祉用具販売	なし	あり		
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	なし	あり		
夜間対応型訪問介護	なし	あり		
地域密着型通所介護	なし	あり	ごりょうの里	熊本市東区戸島西2丁目6-97
小規模多機能型居宅介護	なし	あり		
認知症対応型共同生活介護	なし	あり		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし	あり		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし	あり		
看護小規模多機能型居宅介護	なし	あり		
居宅介護支援	なし	あり		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	なし	あり		
介護予防訪問看護	なし	あり		
介護予防訪問リハビリテーション	なし	あり		
介護予防居宅療養管理指導	なし	あり		
介護予防通所リハビリテーション	なし	あり		
介護予防短期入所生活介護	なし	あり		
介護予防短期入所療養介護	なし	あり		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし	あり		
介護予防福祉用具貸与	なし	あり		
特定介護予防福祉用具販売	なし	あり		
＜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	なし	あり		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし	あり		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし	あり		
介護予防支援	なし	あり		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	なし	あり		
介護老人保健施設	なし	あり		
介護療養型医療施設	なし	あり		
介護医療院	なし	あり		

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
	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	都度	料金	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				介助が必要な場合、外部サービスを利用して頂くが、外部サービスを利用できない場合は、管理者の判断で施設にて行う。
排せつ介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○		1回につき100円、パッド交換1回につき50円
おむつ代			なし	あり		○		施設内で販売します。種類により価格が違います。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				入浴1回につき400円、清拭1回につき200円
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				介助が必要な場合、外部サービスを利用して頂くが、外部サービスを利用できない場合は、管理者の判断で施設にて行う。
軟膏塗布・湿布・点眼	なし	あり	なし	あり				軟膏塗布1回につき100円、点眼・湿布1回50円
通院介助	なし	あり	なし	あり				協力医療機関へは必要に応じて行う。
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				介助が必要な場合、外部サービスを利用して頂くが、外部サービスを利用できない場合は、管理者の判断で施設にて行う。
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	500円	汚染時（定期交換以外）
ナースコール時の訪室対応	なし	あり	なし	あり				1回につき50円
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				介助が必要な場合、外部サービスを利用して頂くが、外部サービスを利用できない場合は、管理者の判断で施設にて行う。
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	100円	感染時の感染防止として
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○			栄養補助食品等は実費
おやつ			なし	あり	○			昼食代に含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		外部委託(1,500円～2,000円)
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			嗜好品以外の生活必需品適時行う。
退去時の荷物処分・片付け代行	なし	あり	なし	あり				10,000円(処分に必要な費用は入居者負担)
金銭・貯金管理			なし	あり	○			預り金規定による。
健康管理サービス								
定期健康診断				あり		○	実費	年2回準備だけ施設で行う。医療費は実費希望者
健康相談	なし	あり	なし	あり		○	実費	往診時に適時行う。
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			必要な時に行う。
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			月500円
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				医療機関への付添は必要に応じて行う。
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	1,000円/h	急変時医療機関への搬送及び付添い。
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	1,000円/h	必要に応じて行う

※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・3割の利用者負担）。