

住宅型有料老人ホーム 翠光ドール

重要事項説明書

記入年月日	令和 7年 7月 1日
記入者名	平峰 浩治
所属・職名	管理者

1. 事業者の概要

種類	個人 / <input type="checkbox"/> 法人	※法人の場合、その種類	公益社団法人
名称	(ふりがな) コウキシヤク ノウジン ショウカイ 公益社団法人きしろ翠光会		
主たる事務所の所在地	〒657-0011	神戸市灘区鶴甲5丁目1番50号	
連絡先	電話番号	078-851-7739	
	FAX番号	078-821-1337	
	ホームページアドレス	http://kishiro-suikou.org	
代表者	氏名	平峰 浩治	
	職名	理事長	
設立年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 / 平成 23年 5月 1日		
主な実施事業	特定施設入居者生活介護施設(六甲台翠光園)		

2. 有料老人ホーム事業の概要

名称	(ふりがな) ショウワクガク ノウヨウ ノウジン ホーム スイコウトール
----	--------------------------------------

	住宅型有料老人ホーム 翠光ドール	
所在地	〒657-0011	神戸市灘区鶴甲5丁目1番50号
主な利用交通手段	最寄駅	阪急神戸線六甲駅・JR六甲道駅
	最寄駅からの交通手段と所要時間	市バス◎系統⇒ケーブル駅下車 徒歩5分
連絡先	電話番号	078-851-7739
	FAX番号	078-821-1337
	ホームページアドレス	http://kishiro-suikou.org
	メールアドレス	rokkoudaisuikouen@tempo.ocn.ne.jp
管理者	氏名	平峰 浩治
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和 / 平成 53年 12月 4日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 / 平成 19年 8月 16日	
同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日	昭和 / 平成 57年 10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の指定を受けている場合)		
2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合)		
<input type="checkbox"/> 3 住宅型 (住宅型有料老人ホーム)		
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	
	事業所の指定日	
	指定の更新日 (直近)	

3 . 建物概要

土 地	敷地面積	m ² (公簿・実測)
	所有関係	1 事業者が自ら全てを所有する土地
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地
		3 事業者が賃借する土地
		※ 1 又は 2 に該当する場合

居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室 <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり ※ 2 に該当する場合					
		最小	人部屋		最大	人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※
	タイプ1	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	84.42㎡	1	一般居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	63.18㎡	2	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」のいずれかを記入。							
共用施設	共用便所における便房	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		か所		
	共用浴室	か所	個室		か所		
			大浴場		か所		
	共用浴室に設置された介助浴槽	か所	チェアー浴		か所		
			リフト浴		か所		
			ストレッチャー浴		か所		
			その他 ()		か所		
	食堂					有 / <input type="checkbox"/> 無	
	入居者や家族が利用できる調理設備					有 / <input type="checkbox"/> 無	
エレベーター	1 あり(車椅子対応)		基				
	<input type="checkbox"/> 2 あり(ストレッチャー非対応)		1	基			
	3 あり(上記1・2に該当しない)		基				

		4 なし
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	スプリンクラー	有 / <input type="checkbox"/> 無
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	防災計画	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
その他	各居室テレビ・固定電話設置可能	

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	公益社団法人きしろ翠光会の「理念」を反映させたサービスを継続して提供できる人材、倫理観や適切な人間観を持った職員の育成に努める。
サービスの提供内容に関する特色	“パーソンセンタードケア”生活習慣の見直し業務改善に努め、ご利用者のできる行為に視点を置き、日々の生活行為に意欲がもてるようなケアの提供に努めます。
入浴、排せつ又は食事の介護	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり (設置者が自ら実施) 2 サービスの提供あり (委託) 3 サービスの提供なし
食事の提供	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり (設置者が自ら実施) 2 サービスの提供あり (委託) 3 サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり (設置者が自ら実施) 2 サービスの提供あり (委託) 3 サービスの提供なし
健康管理の供与	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり (設置者が自ら実施) 2 サービスの提供あり (委託) 3 サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり (設置者が自ら実施) 2 サービスの提供あり (委託) 3 サービスの提供なし
生活相談サービス	<ol style="list-style-type: none"> 1 サービスの提供あり (設置者が自ら実施) 2 サービスの提供あり (委託) 3 サービスの提供なし

(医療連携の内容)

居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		有 / 無	
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減	有 / 無	
	便所の変更	有 / 無	
	浴室の変更	有 / 無	
	洗面所の変更	有 / 無	
	台所の変更	有 / 無	
	その他の変更	有 / 無	
	※ 有の場合、 変更内容		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 自立している者 <input type="checkbox"/> 2 要支援の者 <input type="checkbox"/> 3 要介護の者		
契約の解除の内容	死亡、希望退所		
設置者から解約を求める場合	解約条項	1. 入居申し込み書に虚偽の事項を記載し、 その他不正な手段により入居した時 2. 入居一時金のうち入居一時償却金を支払 期日までに支払わなかったとき、又は入 居一時金のうち分割払い上乘せ一時金を 2か月分支払わなかったとき。 3. 建物、付帯設備又は敷地を故意又は重大 な過失により、汚染、破損又は滅失した とき。 4. 共同生活の秩序を乱す行為があったと き。	
	解約予告期間	6か月	
入居者からの解約予告期間	1か月		
体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 1泊12000円		
入居定員	10人		
その他 ※			

※ 住宅型有料老人ホームにあつては、入居者がサービス提供者を選択できる旨等を記載すること。

5 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活支援員	1	1		
直接処遇職員				
うち介護職員				
うち看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		
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				37.5 時間
※ 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。				

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務									有 / 無	
	業務に係る資格等									有 / 無	
	※ 有の場合、資格等の名称									介護福祉士 第2種衛生管理者	
	看護職員		介護職員		生活支援員		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年間の採用数											
前年度1年間の退職者数											
志願した職員 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					
	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									有 / 無		

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 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式【表示事項】	3 終身建物賃貸借方式	
	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 <input type="checkbox"/> 月払い方式 4 選択方式	
	※4の場合 複数選択可	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	有 / <input type="checkbox"/> 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / <input type="checkbox"/> 無	
入院等による不在等における利用料金(月払い)の取扱い	1 減額なし <input 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	改定案の提示と事前協議の上実施
	手続き	

(利用料金のプラン)

(税抜)

		プラン 1 (1 室 1 名)	プラン 2 (1 室 2 名)
入居者の状況※ 1	要介護度	制限なし	制限なし
	年齢	制限なし	制限なし
居室の状況※ 2		101/102/103	101/102/103
床面積		63.18㎡ ~ 88.88㎡	63.18㎡ ~ 88.88㎡

便所		<input type="checkbox"/> 有 / 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無	
浴室		<input type="checkbox"/> 有 / 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無	
台所		<input type="checkbox"/> 有 / 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無	
入居時点で	前払金	0円	0円	
必要な費用	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		160,000円	225,000円	
家賃（非課税）		80,000円	80,000円	
ナ ー ビ ス 費 用	特定施設入居者生活 介護等の費用	円	円	
	介 護 保 険 外	食費	55,000円	55,000円
		管理費※3	15,000円	15,000円
		介護費用 （生活支援費）	10,000円	20,000円
		光熱水費	自己負担実費	自己負担実費
		その他	円	円
都度払いとなるサービス		<input type="checkbox"/> 有 / 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無	

※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載すること。

※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載すること。

※3 「使途」を景品表示法指定告示に従ってすべて記載し、「等」で括らないこと。

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠	
	一人	二人
家賃	80,000 円	80,000 円
敷金	家賃の 0 か月分	家賃の 0 か月分
介護費用	支援費 10,000 円	支援費 20,000 円
管理費	15,000 円	15,000 円
食費	55,000 円	110,000 円
光熱費	自己負担実費	自己負担実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	食費 朝食無：45,600 円/人、朝食・昼食無：22,800 円/人	
その他のサービス利用料	※ 日常生活費や日本放送協会等の放送受信料、電話代等の利用者の嗜好による経費	

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	人	女性	1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	人	85歳以上	1人
要介護度別	自立	人	要支援1	1人
	要支援2	人	要介護1	人
	要介護2	人	要介護3	人
	要介護4	人	要介護5	人
入居期間別	6か月未満	人	6か月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人	5年以上10年未満	1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	88歳
入居者数の合計	1人
入居率※	16%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。 なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。	

(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	死亡者	人
	その他	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	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) ※適宜、欄を追加すること。

窓口の名称		有料老人ホーム六甲台翠光園	
電話番号		078-851-7739	
対応している 時間	平日	9 : 00 ~ 17 : 45	
	土曜	9 : 00 ~ 17 : 45	
	日曜・祝日	9 : 00 ~ 17 : 45	
定休日		なし	

(行政機関その他苦情受付機関)

窓口の名称	神戸市消費生活センター	神戸市福祉局監査指導部 法人・施設指導担当
電話番号	078-371-1221	078-322-6242

対応している時間	平日	8:45~17:00	8:45~12:00 13:00~17:30
	土曜日		
	日曜・祝日		
定休日		土日祝・年末年始	土日祝・年末年始

窓口の名称		国民健康保険団体連合会	鶴田正信法律事務所
電話番号		078-332-5617	06-6362-1751
対応している時間	平日	8:45~17:00	10:00~18:00

(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 加入済み		
	2 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	あいおいニッセイ同和損保
	合	加入する保険の名称	賠償責任保険
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 対応あり(事故対応及びその予防のための指針あり)		
	2 対応あり(事故対応及びその予防のための指針なし)		
	3 対応なし		

(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、意見箱等の利用者の意見等を把握する取組の状況	1 取組あり		
	2 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	平成 22年 6月 日
	合	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 実施済み		
	2 未実施		
	※1の場合	実施日	平成 年 月 日

	合	評価機関名称	
		結果の開示	1 あり () 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
管理規定	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	3 公開していない

10. その他

運 営 懇 談 会	1 設置済み 2 未設置 (代替措置あり) 3 未設置 (代替措置なし)	
	※ 1 の場合、開催頻度	年 2 回
	※ 2 の場合、代替措置の内容	
提携ホームへの移行【表示事項】	1 移行あり (提携ホーム名： 六甲台翠光園) 2 移行なし	
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 届出あり 2 届出なし 3 届出なし (サービス付き高齢者向け住宅の登録済み)	
有料老人ホーム設置運営指導指針「第 5 章 規模及び構造	1 不適合事項あり (代替措置を実施済み) 2 不適合事項あり (将来の改善計画策定済み)	

<p>設備」への適合状況 ※複数選択可</p>	<p>3 不適合事項あり(1又は2以外) 4 不適合事項なし 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備</p>
<p>※ 1、2又は3の場合、 不適合事項の内容 ※ 該当する項目にチェック</p>	<p><input type="checkbox"/>居室が個室ではない(<input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/>一般居室の1人当たり床面積が18㎡未満 (<input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/>廊下の幅員が基準を満たさない(具体的に) <input type="checkbox"/>消防法等に定める設備等の設置なし (<input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー) <input type="checkbox"/>その他(具体的に)</p>
<p>※ 1の場合、代替措置の概要</p>	
<p>※ 2の場合、改善計画の概要</p>	
<p>※ 5の場合、構造設備の基準となる制度の名称</p>	<p>1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度(登録済み) 2 高齢者専用賃貸住宅登録制度(登録済み)</p>
<p>有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無 ※複数選択可</p>	<p>1 指導事項あり(過去1年以内に指導) 2 指導事項あり(未改善のまま、指導から1年経過) 3 指導事項なし</p>
<p>※ 1又は2の場合、指導内容</p>	

添付書類：別添1(設置者が別に実施する介護サービス一覧表)

別添2(個別選択によるサービス一覧表)

※ 利用入居者 住所

氏名 _____ 印 _____

※ 署名代行者 住所

氏名 _____ 印 _____

説明年月日 令和 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。

※ 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
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、上記重要事項説明書の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 設置者が神戸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	有 / <input type="checkbox"/> 無		
訪問入浴介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
訪問看護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
訪問リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無		
居宅療養管理指導	有 / <input type="checkbox"/> 無		
通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
通所リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無		
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 有 / 無	有料老人ホーム 六甲台翠光園	神戸市灘区鶴甲5丁目1番50号
短期入所療養介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 有 / 無	有料老人ホーム 六甲台翠光園	神戸市灘区鶴甲5丁目1番50号
福祉用具貸与	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定福祉用具販売	有 / <input type="checkbox"/> 無		
< 地域密着型サービス >			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
夜間対応型訪問介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
認知症対応型通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
小規模多機能型居宅介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
認知症対応型共同生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
看護小規模多機能型居宅介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
居宅介護支援	有 / <input type="checkbox"/> 無		
< 居宅介護予防サービス >			
介護予防訪問介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防訪問入浴介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防訪問看護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防訪問リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防居宅療養管理指導	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防通所介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防通所リハビリテーション	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防短期入所生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防短期入所療養介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 有 / 無	有料老人ホーム新 六甲台翠光園	神戸市灘区鶴甲5丁目1番50号
介護予防福祉用具貸与	有 / <input type="checkbox"/> 無		
特定介護予防福祉用具販売	有 / <input type="checkbox"/> 無		
< 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	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		

介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護予防支援	有 / <input type="checkbox"/> 無		
<介護福祉施設>			
介護老人福祉施設	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護老人保健施設	有 / <input type="checkbox"/> 無		
介護療養型医療施設	有 / <input type="checkbox"/> 無		

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						<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	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				備 考※4
		(利用者が 全額負担)	包含 ※2	都度 ※2	料金※ 3	
介護サービス						
食事介助	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
排泄介助・おむつ 交換	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
おむつ代		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
入浴（一般浴）介 助・清拭	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
特浴介助	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
身辺介助（移動・ 着替え等）	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
機能訓練	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
通院介助	有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				協力医療機関以外の 通院介助については 30分1000円+税
生活サービス						
居室清掃	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
リネン交換	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
日常の洗濯	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
入居者の嗜好に応 じた特別な食事		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
おやつ		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
理美容師による理 美容サービス		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				1回1500円（税込）
買い物代行	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
金銭・貯金管理		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				1000円+税
健康管理サービス						
定期健康診断		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無				
健康相談	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
生活指導・栄養指 導	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
服薬支援	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
生活リズムの記録	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				

(排便・睡眠等)						
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	<input type="checkbox"/> 有 / 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無				協力医療機関以外のサービスについては30分1000円+税
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> 有 / 無	<input type="checkbox"/> 有 / 無				協力医療機関以外の入退院の同行については30分1000円+税
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input type="checkbox"/> 無				