

## 重要事項説明書

記入年月日	平成29年7月1日
記入者名	佐野 誠
所属・職名	寿の会 事務局長

※ 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5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5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/法人	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん ことぶきのかい 社会福祉法人 寿の会	
主たる事務所の所在地	〒918-8041 福井県福井市西下野町15-12	
連絡先	電話番号	0776-33-5911
	FAX番号	0776-33-6691
	ホームページアドレス	http://www.kotobukinokai.com
代表者	氏名	松原 信也
	職名	理事長
設立年月日	平成 10年 12月25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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく るーちえすがや サービス付き高齢者向け住宅 ルーチェすがや
----	-------------------------------------------------------------

所在地	〒910-0034 福井県福井市菅谷1丁目13-19	
主な利用交通手段	最寄駅	福井駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・京福バス学園線「福井工業大学前」停留所より徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・乗車12分
連絡先	電話番号	0776-25-5567
	FAX番号	0776-25-5569
	ホームページアドレス	http://www.kotobukinokai.com
管理者	氏名	松原 信也
	職名	理事長
建物の竣工日		平成 2 年 3 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 2 4 年 4 月 1 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	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	581.39㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成24年4月1日～平成44年3月31日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	994.79㎡

		うち、老人ホーム部分	732.97㎡			
耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ( )					
構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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					
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物					
	根抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成24年4月1日～平成44年3月31日) 2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	20.77㎡	4	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	22.53㎡	11	〃
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	23.33㎡	1	〃
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	26.16㎡	2	〃
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	27.13㎡	1	〃
タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	29.21㎡	1	〃	
タイプ7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	31.07㎡	2	〃	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
共用浴室における	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所			

	介護浴槽		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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし	
エレベーター	1	あり (車椅子対応)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
その他	各階共用洗濯機・乾燥機、汚物処理室あり			

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	誰もが安心した日常生活を過ごせるよう、他の介護サービスも利用しながら、入浴・排泄・食事等の生活面をサポートしていく。			
サービスの提供内容に関する特色	併設の介護事業所や協力医療機関と連携し最後まで安心して過ごせる住まいとして運営をしています。			
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2 委託	<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	1	自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 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	光陽生協クリニック
		住所	福井市光陽3丁目9-23
		診療科目	内科・小児科・アレルギー科、眼科、泌尿器科
		協力内容	受診・往診
	2	名称	光陽生協病院
		住所	福井市光陽3丁目10-24
		診療科目	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、小児科、放射線科、リハビリテーション科
		協力内容	必要時の入院
協力歯科医療機関		名称	光陽生協歯科
		住所	福井市光陽2丁目18-15
		協力内容	必要時の往診、口腔ケア

**(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
留意事項			
契約の解除の内容	貸室賃貸借契約書 第14条(契約の解除)に準ずる		
事業主体から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間	ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 日中の体験) <input type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	26人(22室)		
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	1		1	0.5
生活相談員	0			
直接処遇職員	0			
介護職員	8		8	2.8
看護職員	0			
機能訓練指導員	0			
計画作成担当者	0			
栄養士	0			
調理員	5		5	2.8
事務員	0			
その他職員	0			
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	1		1
介護福祉士	0		
実務者研修の修了者	0		
初任者研修の修了者	0		
介護支援専門員	0		

### （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	0		

理学療法士	0		
作業療法士	0		
言語聴覚士	0		
柔道整復士	0		
あん摩マッサージ指圧師	0		

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間（16時～10時）		
	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

**(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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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	1 減額なし <input checked="" 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	貸室賃貸借契約書 第4条 3項（賃料）に準ずる
	手続き	改定にあたっては入所者等に事前に通知し承諾を得ます。

### (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	自立	要介護5
	年齢	79歳	94歳
居室の状況	床面積	22.53㎡	26.16㎡
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 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		96,000円	106,000円	
月額費用の合計			132,719円	129,940円	
家賃			48,000円	53,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用		0円	0円	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費		43,820円	38,360円
		管理費		35,000円	35,000円
		介護費用		0円	0円
		光熱水費		5,899円	3,580円
	その他		0円	0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>					

#### (利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近隣の家賃を参考に算出
敷金	家賃の2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	共益費（共用施設の維持管理費等）、日常生活費（生活支援サービス人件費等）
食費	朝330円 昼580円 夕590円 おやつ100円
光熱水費	電気・上下水道料 各メーター数にて算出
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	※別添2（サービスの一覧）の他、居室内の電話代、NHK受信料、衛星放送受信料等
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	12人
	女性	11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	7人
	85歳以上	12人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	4人

	要支援 2	3 人
	要介護 1	2 人
	要介護 2	2 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	4 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	16 人
	5 年以上 10 年未満	2 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	82.9 歳
入居者数の合計	23 人
入居率※	91 %
※ 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	2 人
	社会福祉施設	3 人
	医療機関	6 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)

## 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		寿の会 苦情受付窓口
電話番号		0776-25-5567
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 介護事業所向け保険
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) サービス提供時事故により入居者の心身等に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償する。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成28年 10月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成28年 10月
		評価機関名称	寿の会 苦情解決委員会
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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
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) 1年6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		
「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	あり	
不適合事項がある場合の内容	賃借している土地・建物には、賃借人他を債務者とする根抵当権が設定されている。	

添付書類：別添1（別を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 平成 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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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	老健あじさい	福井市西下野町15-12
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし	老健あじさい	福井市西下野町15-12
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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	小規模ぼかぼか	福井市菅谷1丁目13-19
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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		
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	老健あじさい	福井市西下野町15-12
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	老健あじさい	福井市西下野町15-12
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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	小規模ぼかぼか	福井市菅谷1丁目13-19
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし	老健あじさい	福井市西下野町15-12
介護療養型医療施設	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					備考
	なし	あり	なし	あり	包含※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				併設の小規模多機能型居宅介護にて実施
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		○	実費	量販店にて購入
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				併設の小規模多機能型居宅介護にて実施
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				※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				併設の小規模多機能型居宅介護にて実施
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		○	100円	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	外部訪問散髪対応
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○		無料	身よりのない方等対象にて実施
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○		無料	〃
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				※回数（年○回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		無料	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		無料	
服薬支援	なし	あり	なし	あり				併設の小規模多機能型居宅介護にて実施
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				※付添いができる範囲を明確化すること
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、月額サービスの費用に包含される場合と、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。