

重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	野瀬 光加
所属・職名	サービス提供責任者

※ 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	
名称	(ふりがな) (かぶ) とうあいかい 株式会社 等愛会	
主たる事務所の所在地	〒919-1507 ふくいけんみかたかみなかぐんわかさちようありた 福井県三方上中郡若狭町有田第11号20番地の10	
連絡先	電話番号	0770-64-1030
	FAX番号	0770-64-1032
	ホームページアドレス	http://www.s-a-care.co.jp
代表者	氏名	加藤 寿一
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成・令和 23年 12月 22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) じゅうたくがたろうじんほーむわらく 住宅型老人ホームわらく	
所在地	〒919-1507 ふくいけんみかたかみななかぐんわかさちょうありた 福井県三方上中郡若狭町有田第11号20番地の10	
主な利用交通手段	最寄駅	JR小浜線「若狭有田」駅より3分
	交通手段と所要時間	
連絡先	電話番号	0770-64-1030
	FAX番号	0770-64-1032
	ホームページアドレス	http://www.s-a-care.co.jp
管理者	氏名	古谷 広恵
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成・令和 26年 7月 29日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 26年 8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	年 月 日
	指定の更新日(直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,857, 41 m ²	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (年 月 日～年 月 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			1,857.41 m ²	
		うち、老人ホーム部分			607.41 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ()				
所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	契約期間	1 あり (平成28年 8月 1日～ 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	13.02 m ²	21	一般居室個室
	タイプ2	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	13.71 m ²	4	一般居室個室
	タイプ3	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	m ²		
	タイプ4	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	有/無 <input checked="" type="checkbox"/>	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
タイプ7	有/無	有/無	m ²			
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m 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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所	
	共用浴室	ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		ヶ所	

	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他（ ）	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）	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					

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<p>1) 身体機能の低下・認知症・高齢のため独立して生活するには不安があり、ご家族の援助が困難な方々が安心して生活できるよう高齢者介護の経験のある職員により日常生活を援助し、その有する能力に応じた自立した生活を営むことができるよう努めます。</p> <p>2) 入居者の意志及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ち、安心してご自宅のように自由に生活して頂ける住まいを提案いたします。</p> <p>3) その他老人福祉法、介護保険法など関係法令の定めるところにより運営します。</p>
サービスの提供内容に関する特色	（その内容） 日常的に行われる介護サービス費や生活支援費は管理費に含まれます。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	若狭町国民健康保険 上中診療所
		住所	福井県三方上中郡若狭町市場 19-5
		診療科目	内科
		協力内容	日中の緊急時の受診、入居者様の健康診断
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
※複数選択可			
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容	入居者が逝去した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき ・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき、等。 ・(その他は入居契約書参照) 	
	解約予告期間	3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: 朝 9:00~翌朝 9:00 まで 1泊2日 3,000円) <input type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	25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) 15人	常勤換算人数
--	---------------	--------

	合計 15人		※1※2
	常勤	非常勤	
管理者		1	1
生活相談員			
直接処遇職員			
介護職員	6	4	7.1
看護職員			
機能訓練指導員			
計画作成担当者			
栄養士	2		1.3
調理員		2	2.9
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 9人	
	常勤	非常勤
社会福祉士	1	
介護福祉士	4	3
実務者研修の修了者	4	2
初任者研修の修了者		
介護支援専門員	1	

(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 (22時～ 8時30分)		
	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	1人	1人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> 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										
前年度1年間の退職者数										
応じた業務に従事した経験年数に 業務に従事した職員の人数	1年未満									
	1年以上			2						
	3年未満									
	3年以上				2					
	5年未満									
	5年以上			3	2					
	10年未満									
10年以上			1							
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" 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	
	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2	要介護3	
	年齢	83歳	86歳	
居室の状況	床面積	m ²	m ²	
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	150,000円	150,000円	
月額費用の合計		129,800円	124,800円	
家賃		55,000円	50,000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	49,800円	49,800円
		管理費	25,000円	25,000円
		介護費用	管理費に含む	管理費に含む
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
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	近傍同種の賃貸住宅と同等額に設定。 要介護度別に居室の使用状況を想定し金額を設定。
敷金	150,000 円
介護費用	管理費に含む ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	共有部分の水道光熱費・維持費、居室水道光熱費、生活相談、 安否確認、来訪者の対応、居室掃除、介護費、 その他生活支援全般
食費	日額 1,660 円×30 日分
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	※別添 2（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	※要介護度に応じて介護費用の 1 割を徴収する。

（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

費目	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

	死亡者	4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	本社事務室(苦情処理担当者を定め体制を整備。入居者からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応。苦情申出による差別的な待遇は一切行わない。)	
電話番号	0770-64-1157	
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	1 あり	(その内容) 当方の過失によって、ご利用者様にお怪我をさせてしまった場合や物品を壊してしまった場合(現金はのぞきます)などは、現在加入している補償で対応いたします。
	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) 当方の過失によって、ご利用者様にお怪我をさせてしまった場合や物品を壊してしまった場合(現金はのぞきます)などは、現在加入している補償で対応いたします。
	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	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 あり	(開催頻度) 年 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：有料老人ホームわらく 〒919-1527 福井県三方上中郡若狭町上吉田 1-25-1) 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 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	夫婦部屋として整備した居室を相部屋として使用している。

添付書類：別添 1（別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	訪問介護事業所わらく	福井県三方上中郡若狭町有田11-20-10
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーションわらく	福井県三方上中郡若狭町上吉田1-25-1
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	デイサービスセンターわらく	福井県三方上中郡若狭町有田11-20-10
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		
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		
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	居宅介護支援事業所わらく	福井県三方上中郡若狭町有田11-20-10
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護事業所わらく	福井県三方上中郡若狭町有田11-20-10
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	訪問看護ステーションわらく	福井県三方上中郡若狭町上吉田1-25-1
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	デイサービスセンターわらく	福井県三方上中郡若狭町有田11-20-10
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		
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		

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※2	都度※2	料金※3	備考
			なし	あり	なし				
介護サービス									
食事介助	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					
おむつ代			なし	あり	○		9,670	月額	
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	○		7,950	月額	
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	○		9,820	月額	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		9,550	月額	
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					食費に含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり			2,000	外部委託	
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			7,950	月額	
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					年1回、希望者に自費にて対応
健康相談	なし	あり	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			7,950	月額	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			7,950	月額	
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。