

## 重要事項説明書

記入年月日	平成 年 月 日
記入者名	関 涉
所属・職名	施設長

## 1 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃゆうわ 株式会社ユーワ	
主たる事務所の所在地	〒949-6615 新潟県南魚沼市西泉田8-2	
連絡先	電話番号	025 (773) 2250
	FAX番号	025 (772) 3501
	ホームページアドレス	<a href="http://www.yuwakaigo.com/">http://www.yuwakaigo.com/</a>
代表者	氏名	関 政義
	職名	代表取締役
設立年月日	平成13年6月1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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむゆうゆうのもり 介護付有料老人ホーム 悠々の杜	
所在地	〒949-6611 新潟県南魚沼市坂戸6-3	
主な利用交通手段	最寄駅	六日町 駅
	交通手段と所要時間	①電車利用の場合 上越線 六日町駅より徒歩15分 ②自動車利用の場合 関越自動車道 六日町ICより乗車15分
連絡先	電話番号	025 (770) 1171
	FAX番号	025 (770) 1180
	ホームページアドレス	<a href="http://www.yuwakaigo.com/">http://www.yuwakaigo.com/</a>
管理者	氏名	関 涉
	職名	施設長
建物の竣工日		平成18年12月27日
有料老人ホーム事業の開始日		平成24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） 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	特定施設入居者生活介護 152700875 介護予防特定施設入居者生活介護 152700875	
	指定した自治体名	新潟県	
	事業所の指定日	平成24年4月1日	
	指定の更新日（直近）		

3 建物概要

土地	敷地面積	2518.71 m <sup>2</sup>		
	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 (年 月 日～年 月 日)	1 あり	2 なし
契約の自動更新	1 あり	2 なし		
建物	延床面積	全体	1636.61 m <sup>2</sup>	
		うち、老人ホーム部分	1399.76 m <sup>2</sup>	
	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 (年 月 日～年 月 日)	1 あり	2 なし
	契約の自動更新	1 あり	2 なし	
	居室区分 【表示事項】	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※
居室の状況	タイプ1	有/無	有/無	21.37㎡	1	一般居室 個室
				22.20㎡	1	
	タイプ2	有/無	有/無	18.45㎡	27	介護居室 個室
				18.15㎡	1	
	タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	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	4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	4ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
その他（特殊浴槽）			1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	入居者生活介護の介護保険指定事業者として、地域の高齢者生活介護にあたります。住み慣れた土地で、家族・友人との交流を深めながら、住みよい生活が出来るように支援していきます。		
サービスの提供内容に関する特色	「すべての業務を入居者のために」入居者の安全・安心を第一とし、入居者に徹底したサービスをおこないます。また地域に開放された施設を目指し、地域の方々と相互理解を深めるよう努力いたします。		
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	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	
	医療機関連携加算	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	
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) 3 : 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 ③ 通院介助 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	あんバクリニック
		住所	新潟県南魚沼市塩沢1065-1
		診療科目	内科・外科
		協力内容	定期健康診断年2回 入居者健康管理 緊急対応
	2	名称	
		住所	

		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	齊藤歯科医院
		住所	新潟県南魚沼市塩沢1407
		協力内容	口腔衛生一般 口腔ケア指導 歯科治療全般

(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 ( )	
判断基準の内容	個人の体調等による	
手続きの内容	本人・家族等の意向の確認の上、居室変更届を提出	
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 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	① 入居者が逝去された場合 ② 入居者が解約された場合 (30日の予告期間が必要) ③ 事業者が解約した場合 (90日の予告期間が必要) 主な理由 ・ 入居申し込みで虚偽の事項を記載する当の不正手段により入居した場合 ・ 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滞する時 ・ 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時、等 (その他は入居契約書参照)	
事業主体から解約を求	解約条項	3ヶ月

める場合	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	① あり (内容：1泊2日 部屋代金¥1500 管理費¥1800 介護費¥3000 ) 2 なし	
入居定員		30名
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	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	17	15	2	16.38
介護職員	15	13	2	14.38
看護職員	2	1	1	1.1
機能訓練指導員	1	0	1	0.3
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	1	0	1	0.5
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2			40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。				
※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	0
介護福祉士	7	6	1
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	10	6	4
介護支援専門員	2	2	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	2	1	1
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	1	0	1

(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	1.5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)	3 : 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	
	訪問看護事業書の名称	
	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		社会福祉主事					
		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	0	2	0	0	0	0	0	0	0	

前年度1年間の退職者数	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
に業務に 応じた に従事 した 人 の 経験 年 数	1年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	5	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	2	2	1	0	0	0	0
	10年以上	2	0	2	0	0	0	0	1	1
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	
	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	
	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	自立	要介護Ⅲ
	年齢	76歳	89歳
居室の状況	床面積	22.20㎡	18.45㎡
	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	前払金	200万円	200万円



費用	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		180000円	140000円	
	家賃	55000円	45000円	
	特定施設入居者生活介護※1の費用	0円	0円	
サービス費用	介護保険外※2	食費	45000円	45000円
		管理費	50000円	50000円
		介護費用	30000円	0円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
		その他	0円	0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	介護居室 45000円 一般居室 55000円
敷金	なし
介護費用	自立の人(介護保険外) 30000円/月
管理費	月額 50000円(税別)
食費	月額 45000円(1人1日3食×30日の場合の概算額)(税別)
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
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

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	
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	建設費、借入利息等の基礎とし、平均余命を勘案した想定居住期間の家賃想定額、及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用
想定居住期間(償却年月数)	60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	10万円

て受領する額（初期償却額）		100%
初期償却率		20%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	・ 入居一時金－（入居一時金－初期償却額）÷30×（入居日から契約終了日までの日数） 初期償却費用については無利息で全額返還する。 ※月額利用料については日割計算で受領します。
	入居後3月を超えた契約終了	・ （入居一時金－初期償却額）×（契約終了日から想定居住期間満了日までの日数）÷（入居日の翌日から想定期間満了日までの日数）
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	8人
	女性	20人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	25人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	0人
	要介護1	1人
	要介護2	2人
	要介護3	8人
	要介護4	12人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	19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	90.12歳
入居者数の合計	28人
入居率※	93.33%
※ 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)

退居先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	0人
	死亡者	8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	3人 (解約事由の例) 他の福祉施設・自宅に移動される

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	介護付有料老人ホーム悠々の杜 梅澤紗耶香	
電話番号	025 (770) 1171	
対応している時間	平日	8:15~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
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) 介護事業者賠償責任補償に加入 業務中、他人の物を破損した事により、法律上損害賠償責任を負担しなければならない時、保証金を補償する。
	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) 事業者の責任により入居者に生じた損害については、速やかにその損害を補償する。
	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	平成23年度11月
		評価機関名称	福祉経営ネットワーク
		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 1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：グループホーム 悠々の杜 グループホーム やまびこ サービス付高齢者向け住宅 悠々の杜石打 サービス付高齢者向け住宅 悠々の杜岩室)	
	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	なし
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      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。

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悠々の杜岩室	新潟市西蒲区石瀬1100
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		
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	グループホーム悠々の杜 グループホームやまびこ	南魚沼市坂戸6-3 南魚沼市石打311-1
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		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーション悠々の杜岩室	新潟市西蒲区石瀬1100
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		
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	グループホーム悠々の杜 グループホームやまびこ	南魚沼市坂戸6-3 南魚沼市石打311-1
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)		個別の利用料金で、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				
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				実費
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				市内 1回1000円より
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				特別汚染があった場合実費
リネン交換	なし	あり	なし	あり				実費
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				実費
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				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり				市内 週2回以上 1回1000円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
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 2回
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				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				市内 1回1000円より
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				1回1000円
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含まれる場合と、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。