

重要事項説明書

記入年月日	2023. 10. 27
記入者名	佐々木 玲子
所属・職名	管理者

1. 設置者（*）

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ ふくざわ 有限会社 福沢	
主たる事務所の所在地	〒395-0803 長野県飯田市鼎下山 1103-2	
連絡先	電話番号	090-1435-0019
	FAX番号	0265-23-8250
	ホームページアドレス	http://
	電子メールアドレス	sa2318@mis.janis.or.jp
代表者	氏名	佐々木 玲子
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成 22年 4月 16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じゅうたく しもやまこうれいしゃじゅうたく サービス付き高齢者向け住宅 下山高齢者住宅	
所在地	〒395-0803 長野県飯田市鼎下山 1071-7	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 飯田線 鼎駅
	交通手段と所要時間	JR 飯田線 鼎駅から徒歩 5 分
連絡先	電話番号	090-1435-0019
	FAX番号	0265-23-8250

	ホームページアドレス	http://
	電子メールアドレス	sa2318@mis.janis.or.jp
管理者	氏名	佐々木 玲子
	職名	取締役社長
建物の竣工日		昭和 平成 23年 10月1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和 平成 24年 7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	
	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	1.744 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	1 あり ② なし
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 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	942.17 m ²
		うち、老人ホーム部分	0 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		② 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
4 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 (年 月 日～ 年 月 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	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	有/無	有/無	25.00 m ²	11	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	30.99 m ²	3	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	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」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)	12m	その他の廊下	m
共用施設	共用便所における 便房	2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	2ヶ所
	共用浴室	3ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	2ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	0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	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	
緊急通報装置等	居室	① あり		
	2 一部あり			
	3 なし			
	便所	① あり		
	2 一部あり			
	3 なし			
	浴室	① あり		
	2 一部あり			
	3 なし			
	その他 ()			
	1 あり			
	2 一部あり			
	3 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	当住宅では、入居者様一人ひとりの状況を把し、「安心」「安全」な生活が営めるように支援いたします。支援内容は個人の有する能力に応じ、自立した日常生活が続けられるものとします。地域の医療機関、介護事業所と連携を図り、入居者様が住み続けられるように支援いたします。
サービスの提供内容に関する特色	基本サービスをはじめ、職員が24時間365日常駐し、「安心」「安全」を守ります。
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記載不可

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
	介護職員処遇改善加算	1 あり 2 なし
	介護職員等特定処遇改善加算	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 ③ 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	健和会病院 (下山高齢者向け住宅から 1.8 km)
		住所	長野県飯田市鼎中平 1936
		診療科目	内科・外科
		協力科目	内科・外科
		協力内容	緊急時受入 (医療費・その他費用は入居者負担)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	JA みなみ信州歯科診療所	
	住所	長野県飯田市鼎東鼎 281	
	協力内容	緊急時受入 (医療費・その他費用は入居者負担)	

(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		
手続きの内容		
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	原則として 60 歳以上	
契約の解除の内容	入居者又は、事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	相当な期間を定めて、当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務を履行されないとき。
	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：空室がある場合。1泊2,000円+食事代+税) 2 なし	
入居定員	14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	1		1	
生活相談員	1		1	
直接処遇職員				
介護職員	1		3	
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				
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		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2		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			

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 の人数	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				3		1					
	10年以上											
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし				採用時に	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	消費者物価指数、雇用情勢、その他経済事情の変動により利用料金が不相当になった場合。	
	手続き	事業者と入居者の協議の上。	

(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			
	年齢	60歳	60歳	
居室の状況	床面積	25.00 m ²	30.99 m ²	
	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	0円	0円	
	敷金	65,000円	82,000円	
月額費用の合計		158,000円	175,000円	
家賃		65,000円	82,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0円	0円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	54,000円	54,000円
		管理費	39,000円	39,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	個々メーターにより計算	個々メーターにより計算
その他	円	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	設備美品、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	家賃の1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 ^{※1}	共有施設の維持管理・修繕費・事務管理部門・生活支援サービスの人件費・備品・消耗品費
食費	朝食 600円・昼食 600円・夕食 600円
光熱水費等 ^{※2}	電気代は個々メーターより算出。水道代は算定しない。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2（個別選択による介護サービス一覧表）
その他のサービス利用料	
<p>※1 共用施設の修繕費、人件費等の使途をすべて記入し、「等」で括らないこと。</p> <p>※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。</p>	

(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
	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	2人
	女性	6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	2人
	85歳以上	6人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	1人
	要支援2	人

	要介護 1	2 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6 ヶ月未満	人
	6 ヶ月以上 1 年未満	2 人
	1 年以上 5 年未満	4 人
	5 年以上 10 年未満	2 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	8 人
入居率*	57%
※ 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	人
	社会福祉施設	3 人
	医療機関	人
	死亡者	1 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	担当者 佐々木 玲子
電話番号	090-1435-0019

対応している 時間	平日	午前 8 時 30～午後 5 時 15 分
	土曜	午前 8 時 30～午後 5 時 15 分
	日曜・祝日	午前 8 時 30～午後 5 時 15 分
定休日		担当者が不在の場合は、職員が対応し担当者に伝えます。

(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) あいおい損保 賠償特約
	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) 同上
	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 1 回			
	2 なし			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 代替措置なし</td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)	2 代替措置なし
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				
不適合事項がある場合の内容				

添付書類：別添 1 (別の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 事業主体が長野県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
訪問入浴介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
訪問看護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
通所介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
短期入所生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
短期入所療養介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
福祉用具貸与	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
特定福祉用具販売	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
<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 <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
夜間対応型訪問介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
地域密着型通所介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
認知症対応型通所介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
認知症対応型共同生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
看護小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
居宅介護支援	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護予防訪問看護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護予防訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護予防居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護予防通所介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護予防通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護予防短期入所生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護予防短期入所療養介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護予防福祉用具貸与	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
特定介護予防福祉用具販売	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
<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 <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護予防支援	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護老人保健施設	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護療養型医療施設	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	
介護医療院	あり <input checked="" type="radio"/> なし	併設・隣接	

<介護予防・日常生活支援総合事業>

訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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		
	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
	なし	あり	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					
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					
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				基本サービスに含む
リネン交換	なし	あり	なし	あり					基本サービスに含む
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					
理美容師による理美容サービス			なし	あり					
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					
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					
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				基本サービスに含む
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○				基本サービスに含む
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	○				基本サービスに含む
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		○			
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	○				基本サービスに含む

※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。