

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	2019年7月1日
記入者名	大坂 潤	所属・職名	理事長

1. 設置者概要

設置者の名称，所在地および連絡先		
設置者の名称	法人等の種類	あり ； 特定非営利活動法人
	名 称	(ふりがな) とくていひえいりかつどうほうじんら・しゃりて 特定非営利活動法人ラ・シャリテ
設置者の所在地	〒030-0113 青森県青森市第二問屋町3丁目3-31	
設置者の連絡先	電話番号	017-739-6541
	FAX番号	017-762-2357
	ホームページアドレス	あり : http://rasyarite.web.fc2.com
設置者の氏名および職名	氏 名	大坂 潤
	職 名	理事長
設置者の設立年月日	平成17年2月1日	

設置者が函館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 <input checked="" type="radio"/> なし	
訪問入浴介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
訪問看護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
通所介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
短期入所生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
短期入所療養介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
福祉用具貸与	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
特定福祉用具販売	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
<地域密着型サービス>		
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
夜間対応型訪問介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
認知症対応型通所介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
認知症対応型共同生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
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	
看護小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
居宅介護支援	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
<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	
介護予防訪問看護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護予防訪問リハビリテーション	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護予防居宅療養管理指導	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護予防通所リハビリテーション	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護予防短期入所生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護予防短期入所療養介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護予防福祉用具貸与	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
特定介護予防福祉用具販売	あり <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護予防支援	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護予防・日常生活支援総合事業	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
<介護保険施設>		
介護老人福祉施設	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護老人保健施設	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護療養型医療施設	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
介護医療院	あり <input checked="" type="radio"/> なし	

2. 施設概要

施設の名称, 所在地および連絡先	
施設の名称	(ふりがな) しにあばんしょん はこだて かめだみなど に シニアパンション函館・亀田港II
施設の所在地	〒041-0822 北海道函館市亀田港町60-30
施設の連絡先	電話番号 0138-85-6916
	FAX番号 0138-85-6916 (共通)
	ホームページ なし
	アドレス
施設の開設年月日	平成26年4月1日
施設長の氏名	西山政輝
施設までの主な利用交通手段	
北大裏バス亭より徒歩2分 JR線七重浜駅から徒歩で10分	
施設の類型および表示事項	
類型	住宅型有料老人ホーム
表示事項	<居住の権利形態> 利用権方式 <利用料の支払い方法> 月払い方式 <入居時の要件> 入居時自立・要支援・要介護 <介護保険> 在宅サービス利用可 <居室区分> 全室個室 <その他> なし
介護保険事業所番号	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日または開始予定年月日, 指定または許可を受けた年月日 (指定または許可の更新を受けた場合にはその年月日)	
事業の開始 (予定) 年月日	
指定の年月日	
指定の更新年月日	

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数およびその勤務形態						
有料老人ホームの従業者の人数およびその勤務形態						
実 人 員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
施設長				1	1	0.5
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従事者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士						
実務者研修						
介護職員初任者研修						
介護支援専門員						
従事者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師および准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
はり師						
きゅう師						
夜勤を行う看護職員および介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均時間 (20 時～ 8 時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員	1		1			

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数およびその勤務形態						
実人員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従事者						
1 週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数						
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士						
実務者研修						
介護職員初任者研修						
介護支援専門員						
従事者である機能訓練員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師および准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
はり師						
きゅう師						
施設長の他の職務との兼務の有無						
施設長が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員および介護職員の常勤換算方法による人数の割合						

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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						
前年度一年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満者の人数						
3年以上5年未満者の人数						
5年以上10年未満者の人数						
10年以上の者の人数						
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常 勤	非常勤	常 勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数						
前年度一年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満者の人数						
3年以上5年未満者の人数						
5年以上10年未満者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況					あり	なし

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
介護サービスの内容, 利用定員等			
利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況		別紙	
特定施設入居者生活介護の加算体制の有無			
入居継続支援加算	あり	なし	
生活機能向上連携加算	あり	なし	
個別機能訓練加算	あり	なし	
夜間看護体制加算	あり	なし	
若年性認知症入居者受入加算	あり	なし	
医療機関連携加算	あり	なし	
口腔衛生管理体制加算	あり	なし	
栄養スクリーニング加算	あり	なし	
退院・退所時連携加算	あり	なし	
看取り介護加算	あり	なし	
認知症専門ケア加算 (I)	あり	なし	
認知症専門ケア加算 (II)	あり	なし	
サービス提供体制強化加算 (I) イ	あり	なし	
サービス提供体制強化加算 (I) ロ	あり	なし	
サービス提供体制強化加算 (II)	あり	なし	
サービス提供体制強化加算 (III)	あり	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	なし	
協力医療機関の名称			
(協力の内容)	調整中		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称
(協力の内容)	調整中		
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
居室内			

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
前払金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
前払金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

その他 ()	なし	あり
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
前払金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
施設の入居に関する要件等		
自立している者を対象	なし	あり
要支援の者を対象	なし	あり
要介護の者を対象	なし	あり
留意事項		
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・支払い義務が履行されないとき ・不正の行為によって本物件に入居したとき 	
設置者からの解約	解約条項	契約書第12条および第13条
	解約予告期間	6月前
入居者からの解約	解約予告期間	1月前
体験入居の内容	1 あり (内容：1泊2日または2泊3日で体験入居可。ただし、空室の状況による)	
	2 なし	
入居定員	19人	
その他		

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満			1			1
65歳以上75歳未満		2	1			3
75歳以上85歳未満		2	2		1	5
85歳以上		1	3	2		6
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						

入居者の平均年齢 78.9歳

入居者の男女別人数 男性 8 女性 7

入居率（一時的に不在となっている者を含む） 78.95%

前年度の有料老人ホームまたは軽費老人ホームを退去した者の人数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						0
社会福祉施設						0
医療機関			1			1
死亡者		1				1
その他						0
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						0
社会福祉施設						0
医療機関						0
死亡者						0
その他						0

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	1		9	5		

施設、設備等の状況						
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			あり	なし	
	建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物			あり	なし	
消防用設備等	消火器			あり	なし	
	カーテン・カーペット等の防災措置			あり	なし	
	自動火災報知設備			あり	なし	
	消防機関へ通報する火災報知装置			あり	なし	
	スプリンクラー			あり	なし	
	防火管理者			あり	なし	
	防災計画			あり	なし	
居室の状況	区 分		室 数	人 数	1の居室の床面積	
	居室個室	あり	なし	13	13	20.28㎡
	居室相部屋	あり	なし	3	6	20.28㎡
						㎡
	一時介護室	あり	なし			㎡
共用便所の設置数	1	うち車椅子等の対応が可能な数			1	
個室便所の設置数	16	うち車椅子等の対応が可能な数			16	
浴室の設備状況	浴室の数	個 浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		16	0	0	0	
入居者が調理を行う設備状況			なし	あり		
エレベーターの設置状況	1	あり (ストレッチャー対応)		2	あり (車いす対応)	
	3	あり (上記1・2に該当しない)		4	なし	
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	各居室(室内)にあり		
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	各居室(室内)にあり		
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	各居室(室内)にあり		
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積 965.71 ㎡						
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
抵当権の設定			なし	あり		
貸借 (借地)						
なし	あり	契約期間	始	平成26年3月1日	終	平成46年2月28日
		契約の自動更新			なし	あり
施設の建物に関する事項						
建物の面積 491.40 ㎡ (うち有料老人ホーム部分 491.40 ㎡)						
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
抵当権の設定			なし	あり		
貸借 (借家)						
なし	あり	契約期間	始	平成26年3月1日	終	平成46年2月28日
		契約の自動更新			なし	あり

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
設置者や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	特定非営利活動法人ラ・シャリテ		
電話番号	017-739-6541		
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜		
	日曜・祝祭日		
定休日等	土日祝日		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称			
電話番号			
対応している時間	平日		
	土曜		
	日曜・祝祭日		
定休日等			
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			
なし	あり	(その内容) 施設賠償責任保険	
その他、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に関する			
なし	あり	(その内容) 福祉事業者賠償責任保険	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)			
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			
なし	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

(2) 月払い方式

月単位で支払う利用料							
年齢に応じた金額設定		なし					あり
要介護状態に応じた金額設定		なし					あり
料金プラン							
プラン名称	月額	(内訳)					
	計	家賃額相当額	共益費	食費	光熱水費	イベント費	生活サポート費
全室(4月~9月)	86,810	27,500	7,450	35,640	9,720	500	6,000
全室(10月~5月)	103,010	27,500	7,450	35,640	25,920	500	6,000
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
算定根拠	家賃相当額	27,500円					
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	食費	35,640円(1,188円/1日×30日)					
	光熱水費	光熱水費9,720円 ※10月~5月冬期間暖房費16,200円別途負担					
	管理費						

(3) 選択方式

介護保険サービスの自己負担額		
内容	※要介護度に応じて介護費用の1割または2割を徴収する。	
人員が手厚い場合の介護サービス(再掲)		
	なし	あり
内容		
利用料	円(月額・日額)	
算定根拠		
支払方法	月単位(日割りの有無 あり・なし)	
利用者の個別的な選択による生活支援サービス料		
個別的な選択による生活支援サービス	なし	あり
算定根拠		

料金改定の手続

経済事業の変動や近隣料金との比較により金額が不相当となった場合、協議の上、料金を改定

5. 利用料金

利用料の支払い方式	(1) 前払い方式	(2) 月払い方式	(3) 選択方式				
敷金	0円 (家賃の0ヶ月分)						
(1) 前払い方式							
前払金および月単位で支払う利用料							
年齢に応じた金額設定	なし	あり					
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり					
料金プラン							
プラン名称	月額	(内訳)					
	計	家賃額 相当額	共益費	食費	光熱水費	イベント費	介護 サポート費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
算定 根拠	家賃 相当額						
	介護 費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	食費						
	光熱水費						
	管理費						
	前払金						
前払金の償却に関する事項							
償却開始の設定	入居日						
初期償却率 (%)							
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							
権利金等 (※) の額							
(※) 平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。							
償却年月数 (想定居住期間)							
契約期間終了時返還金の算定方法および返還金の例							
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)				
三月以内の契約終了による返還金について							
三月の起算日	入居日						
契約終了日までの利用期間に係る利用料および原状回復のための費用の算定方法							
前払金の支払方法							

6. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
運営規程	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
事業収支計画書	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
財務諸表の要旨	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
財務諸表の原本	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない

7. その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
	なし	
あり	(その内容)	

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)

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____

上記につきまして、老人福祉法第29条第5項に基づく書面による説明を受けました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

入居希望者 _____ 印

別添1 事業主体が当該都道府県、政令指定都市、中核市内で実施する介護サービス

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	<input type="checkbox"/> なし		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		

介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		

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	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			備考
			都度※2	料金※3		
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	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		※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		
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	なし	あり		
おやつ	なし	あり	なし	あり		
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	○	1～1.5千円
買い物代行	なし	あり	なし	あり		※利用できる範囲を明確化すること
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	なし	あり	○	無料
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	○	紹介
健康相談	なし	あり	なし	あり		※回数（年1回など）を明記すること
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	○	無料
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

なし あり

備考

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：利用者の所得額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、月額の利用の都度払いによる場合に比べて、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。

○

○