

住宅型有料老人ホーム寿楽

重要事項説明書

Ver2019.10.01

別紙様式1

重要事項説明書

記入者名	五十川 満	記入年月日	令和元年10月1日
		所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人の種類	営利法人	

<input type="checkbox"/>	名称	(ふりがな) かぶしきかいしやおーえすあい 株式会社 O・S・I	
	事業主体の主たる事務所の所在地	〒277-0831 千葉県柏市根戸 1864 番地 4 カパルア 1 階 A	
	事業主体の連絡先	電話番号	04-7128-8643
		FAX番号	04-7133-8699
		ホームページ アドレス	なし あり : <a href="http://osi.jp.net">http://osi.jp.net</a>
事業主体の代表者の 職名及び氏名	職名	代表取締役	
	氏名	石川 学	
事業主体の設立年月日	平成 23 年 10 月 14 日		

事業主体が埼玉県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>					
<input type="checkbox"/>	訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーション 24 享楽	蕨市南町 1 丁目 11-2
<input type="checkbox"/>		あり	なし		
<input type="checkbox"/>	訪問入浴介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	訪問看護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	通所介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護	あり	なし		

<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	特定施設入居者生活介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>					
<input type="checkbox"/>	定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	複合型サービス	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>					
<input type="checkbox"/>	介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーション24享楽	蕨市南町1丁目11-2
<input type="checkbox"/>		あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防訪問看護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防通所介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	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>					
<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>					
<input type="checkbox"/>	介護老人福祉施設	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設	あり	なし		
<input type="checkbox"/>	介護療養型医療施設	あり	なし		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむじゅらく 住宅型有料老人ホーム寿楽	
施設の所在地	〒335-0003	埼玉県蕨市南町1丁目11番地2
施設の連絡先	電話番号	048-446-1133
	FAX番号	048-446-1131
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : <a href="http://osi.jp.net">http://osi.jp.net</a>
施設の開設年月日		平成27年3月
施設の管理者の職名及び氏名	職名	施設長
	氏名	五十川 満
施設までの主な利用交通手段		
JR京浜東北線蕨駅西口より徒歩約10分		
施設の類型及び表示事項	<b>【施設の類型】</b> 住宅型有料老人ホーム <b>【表示事項】</b> <input type="checkbox"/> 居住の権利形態：建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 利用料の支払い方法：月払い式 <input type="checkbox"/> 入居時の要件：入居時要介護 <input type="checkbox"/> 居室区分：全室個室 <input type="checkbox"/> その他：	
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又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日（指定又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及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人 数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1				1	1.0
生活相談員			1		1	1.0
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	1		3		4	3.0
事務員						
その他従業者			2		2	2.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					40時間	
※ 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						
介護福祉士実務者研修						
訪問介護員1級						
訪問介護員2級						
訪問介護員3級						
介護支援専門員						
従業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						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人 数	夜勤帯平均人数 ( 19時 ～ 9時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員						

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
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						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業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			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士						
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
訪問介護員2級						
訪問介護員3級						
介護支援専門員						
従業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						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無					あり	なし
管理者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及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1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年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
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1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年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
医療・福祉のネットワークを構築し、高齢者の安らかな生活を目指し地域に根ざした施設運営にあたります。			
介護サービスの内容、利用定員等			
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり	
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況			別紙
協力医療機関の名称	医療法人財団 啓明会 中島病院		
(協力の内容)	訪問診療及び緊急時の対応		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称
			医療法人社団 康寧会 立川歯科医院
(協力の内容)	週1回の訪問診療及び緊急時の対応		
要介護時における居室の住替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
各居室において、入居者が個別に契約した訪問介護事業者等から介護サービスの提供を受けます。			



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)			
<input type="checkbox"/>	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)			
<input type="checkbox"/>	入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更			
<input type="checkbox"/>	便所の変更の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	浴室の変更の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	洗面所の変更の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	台所の変更の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)			
介護居室へ移る場合			
判断基準・手続について			
(その内容)			
<input type="checkbox"/>	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)			
<input type="checkbox"/>	入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更			
<input type="checkbox"/>	便所の変更の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	浴室の変更の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	洗面所の変更の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	台所の変更の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)			

<input type="checkbox"/>	その他 ( )	なし	あり
	判断基準・手続について (その内容)		
<input type="checkbox"/>	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)		
<input type="checkbox"/>	入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
	従前居室との仕様の変更		
<input type="checkbox"/>	便所の変更の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	浴室の変更の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	洗面所の変更の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	台所の変更の有無	なし	あり
<input type="checkbox"/>	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		
<input type="checkbox"/>	自立している者を対象	なし	あり
<input type="checkbox"/>	要支援の者を対象	なし	あり
<input type="checkbox"/>	要介護の者を対象	なし	あり
	留意事項	医療行為の必要な方は要相談	
	契約の解除の内容	建物賃貸借契約書 第7条(期間内解約)及び第18条(契約の解除)参照	
	体験入居の内容	費用(1泊2日食事付)9,000円	
	入居定員	35名	
	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		2
65歳以上75歳未満	3	3	2		1	9
75歳以上85歳未満	1	4	6	4	2	17
85歳以上	1	1	2	2	1	7
	自立	要支援1	要支援2			合計 35
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	78.5歳					
入居者の男女別人数	男性	20		女性	15	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						100%
前年度に退去した者の人数						
	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						
社会福祉施設						
医療機関				1	1	2
死亡者			1		1	2
その他						4
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
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	4	3	28			

施設、設備等の状況											
<input type="checkbox"/>	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				なし	あり			
	<input type="checkbox"/>		建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				なし	あり			
<input type="checkbox"/>	居室の状況		区分		室数	人数	1の居室の床面積				
	<input type="checkbox"/>		一般居室個室	あり	なし	35		12~23.7㎡			
	<input type="checkbox"/>		一般居室相部屋	あり	なし			㎡			
	<input type="checkbox"/>							㎡			
	<input type="checkbox"/>							㎡			
	<input type="checkbox"/>		介護居室個室	あり	なし			㎡			
	<input type="checkbox"/>		介護居室相部屋	あり	なし			㎡			
<input type="checkbox"/>							㎡				
<input type="checkbox"/>		一時介護室	あり	なし			㎡				
共用便所の設置数		4	うち男女別の対応が可能な数				0				
			うち車いす等の対応が可能な数				1				
個室の便所の設置数		35	個室における便所の設置割合				100%				
			うち車いす等の対応が可能な数				35				
浴室の設備状況		浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴					
			3	0	0	0					
その他、浴室の設備に関する事項											
食堂の設備状況		業務用厨房・テレビ・エアコン・テーブル・椅子・ソファ・書籍類									
<input type="checkbox"/>		入居者等が調理を行う設備状況				なし		あり			
その他、共用施設の設備状況											
<input type="checkbox"/>		なし	あり	(その内容) 談話室・テレビ・テーブル・椅子・ソファ・公衆電話							
バリアフリーの対応状況											
(その内容)											
<input checked="" type="checkbox"/>		緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	全居室内にあり					
<input checked="" type="checkbox"/>		外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	全居室内にあり					
<input checked="" type="checkbox"/>		テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	全居室内にあり					
施設の敷地に関する事項											
<input type="checkbox"/>		敷地の面積		805.33㎡							
<input type="checkbox"/>		事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり					
<input type="checkbox"/>		抵当権の設定		なし		あり					
貸借(借地)											
<input type="checkbox"/>		なし	あり	契約期間	始	平成27年2月1日	終	平成27年1月31日			
<input type="checkbox"/>		契約の自動更新			なし		あり				
施設の建物に関する事項											
<input type="checkbox"/>		建物の構造		RC造陸屋根ルーフィング葺							
<input type="checkbox"/>		建物の延床面積		1,741.68㎡							
<input type="checkbox"/>		事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり					
<input type="checkbox"/>		抵当権の設定		なし		あり					
貸借(借家)											
<input type="checkbox"/>		なし	あり	契約期間	始	平成27年2月1日	終	平成27年1月31日			
<input type="checkbox"/>		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				
事業主体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	住宅型有料老人ホーム寿楽			
電話番号	048-446-1133 (代表)			
対応している時間	平日	9:00 ~ 18:00		
	土曜			
	日曜・祝日			
定休日等	土曜・日曜・祝祭日・年末年始			
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	埼玉県福祉部高齢介護課			
電話番号	048-830-3254 (代表)			
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15		
	土曜			
	日曜・祝日			
定休日等	土曜・日曜・祝祭日・年末年始			
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"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 賠償責任保険加入		
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こと				
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 賠償責任保険加入		
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				
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	実施した年月日		
		当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
第三者による評価の実施状況				
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

5. 利用料金

利用料の支払い方法	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	312,000円 ~ 378,000円 (家賃の6ヶ月分)		
一時金方式			
一時金及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	一時金	月額	(内訳)
		計	家賃相当額 介護費用 食費 共益費
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		
	共益費		
	一時金		
一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定	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)			
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)
3ヶ月以内の契約終了による返還金について			
3ヶ月の起算日	入居日		
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法			
一時金の支払方法			
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	家賃相当額	生活支援費	食費	共益費
Pr-1	140,160	52,000	5,500	57,660	25,000
Pr-2	141,160	53,000	5,500	57,660	25,000
Pr-3	142,160	54,000	5,500	57,660	25,000
Pr-4	143,160	55,000	5,500	57,660	25,000
Pr-5	144,160	56,000	5,500	57,660	25,000
Pr-6	145,160	57,000	5,500	57,660	25,000
Pr-7	146,160	58,000	5,500	57,660	25,000
Pr-8	151,160	63,000	5,500	57,660	25,000
※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 52,000円～63,000円	近隣家賃相場で算出
	介護費用 無し	無し
	食費 57,660円(消費税込) (1日3食30日間喫食した場合)	食材費及び人件費等により算出 朝食540円 昼食691円 夕食691円(消費税込) ※実食分のみ請求
	共益費 25,000円	管理部門の人件費/建物全体で掛かる費用を居室数分で算出
	生活支援サービス 5,500円+選択サービス (30分/1,100円)	人件費等により算出

一時金方式・月払い方式共通

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割を徴収する。		
人員(配置)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			
支払い方法	月単位(日割り計算の有無 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利用料

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	人件費等により算出	

料金改定の手続	人件費の変動、その他の理由により料金が不相応になった場合は、事前に書面で通知し料金を改定できるものとする
---------	--

6. 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		
<input type="checkbox"/> なし		
<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 既存の建物を使用している為、下記の不適合事項あり 1. 居室面積 35室中、14室の有効面積が13.2㎡未満(基準は13.2㎡以上) 2. 廊下幅 片廊下、中廊下ともに1.68m(基準は片廊下1.8以上、中廊下2.7m以上)	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名

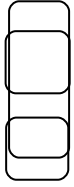
※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。





介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス		各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		備考
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活支援サービス（選択サービス）で対応 （生活支援サービス契約書参照）
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
おむつ代	なし	あり	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	なし	あり	
特浴介助	なし	あり	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	なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	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	なし	あり	生活支援サービス（選択サービス）で対応 （生活支援サービス契約書参照）
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	生活支援サービス（基本サービス及び選択サービス）で対応 （生活支援サービス契約書参照）
居室配膳・下善	なし	あり	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	なし	あり	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	協力医療機関にて実施
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	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	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	なし	あり	生活支援サービス（選択サービス）で対応 （生活支援サービス契約書参照）
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	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	なし	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	