

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者	高橋 純子
所属・職名	有料老人ホームイーブンヒルズやすらぎ 管理者

※ 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4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4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. 設置者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな)	かぶしきかいしゃ やすらぎふくしせん たー 株式会社 やすらぎ福祉センター
主たる事務所の所在地	〒999-5311 山形県最上郡真室川町大字平岡 1658 番地 2	
連絡先	電話番号	0233-62-4778
	FAX番号	0233-62-4770
	ホームページアドレス	http://yasuragi-fukushi.co.jp/
代表者	氏名	高橋 三男
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成 17年 3月15日	
主な実施事業	※別添1（別の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) ゆうりょうろうじんほーむ いーぶんひるず 有料老人ホーム イーブンヒルズやすらぎ	
所在地	〒999-5311 山形県最上郡真室川町大字平岡 1658 番地 2	
主な利用交通手段	最寄駅	真室川駅

	交通手段と 所要時間	真室川駅より車で5分
連絡先	電話番号	0233-62-4778
	FAX番号	0233-62-4780
	ホームページアドレス	http://yasuragi-fukushi.co.jp/
管理者	氏名	高橋 純子
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 19年12月20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1204.49 m ²	
	所有関係	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	696.44 m ²
		うち、老人ホーム部分	594.44 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 木造		
	4 その他 ()		
所有関係	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18 m ²	20 室	介護居室相部屋
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	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。						
共用施設	共用便所における 便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		1ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		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		1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 <input type="checkbox"/> あり	2 なし			
	入居者や家族が利用できる調理施設	1 あり	2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし				
消防用 設備等	消火器	1 <input type="checkbox"/> あり	2 なし			
	自動火災報知設備	1 <input type="checkbox"/> 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	居者の有する能力に応じ自立した生活を営む事が出来る様、必要な日常生活上の援助等を行う事により、社会的孤立感の解消及び心身の機能維持並びに入居者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図れるように援助を行います。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉のサービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。		
サービスの提供内容に関する特色	生活支援サービスなどの自由度の高いサービス提供を行っている。		
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提供体制の有無	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) : 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	医療法人徳州会 新庄徳州会病院	
		住所	山形県新庄市大字鳥越字駒場 4623	
		診療科目		
		協力内容	居宅療養管理指導、訪問看護、夜間を含む緊急受診対応	
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力内容		
協力歯科医療機関		名称		
		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 ※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 (居室変更)		
判断基準の内容		介護状況に変化があった場合			
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
	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	(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	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	常時の医療行為が必要ないこと。 自傷行為、又は他者への危害を加える恐れが無い事。 他者との共同生活を営む事に支障がないこと。	
契約の解除の内容	第 29 条(契約の終了) 第 30 条(事業者からの契約解除) 第 31 条(入居者からの解除)	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第 30 条
	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 :) 2 <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	38 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の必要はありません）。

（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				
直接処遇職員				
介護職員	10	8	2	
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、常勤の従業員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員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員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	6	6	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	4	2	2
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			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
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 (時～ 時)		
	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	2人	2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)	: 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	
	訪問看護事業所の名称	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり		2 なし					
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称								
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 応じた職員の数	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上			3	1					
	10年未満									
10年以上			5	1						
従業者の健康診断の実施状況					1 <input checked="" type="checkbox"/> あり		2 なし			

9. 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 減額あり	
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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	入居者契約書第28条の規程に基づき、消費者物価指数及び人権費等を勘案の上、書面を用いての入居者又は入居者家族への説明、同意

		により改定します。
	手続き	やすらぎ家族会を開催し同意を得る

(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	3	3	
	年齢	85歳	85歳	
居室の状況	床面積	18.0㎡	18.0㎡	
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	浴室	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
	台所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		103,650円	85,650円	
居室料		51,000円	33,000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	食費	51,000円	51,000円
		介護費用	円	円
		寝具代	1,650円	1,650円
日中滞在費		500円	500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)

費用	算定根拠
居室料	1人部屋：51,000円 2人部屋：33,000円
介護費用	家賃のヶ月分
食費	朝：500円 昼：600円 夜：600円 1日：1,700円
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
寝具代	シーツや毛布カバー、枕、枕カバー等寝具類の使用料 1,650円
日中滞在費	介護保険サービスを利用しない日の滞在費 500円/日

(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

費用	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（上乗せサービス）	
※ 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	13人
	女性	14人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	6人
	85歳以上	20人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	1人
	要介護2	9人
	要介護3	9人
	要介護4	7人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	12人
	5年以上10年未満	2人

	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	86.5歳
入居者数の合計	27人
入居率※	96.4%
※ 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	0人
	社会福祉施設	5人
	医療機関	2人
	死亡者	7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	0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	有料老人ホーム イーブンヒルズやすらぎ	
電話番号	0233-64-0408	
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		

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 三井住友海上火災保険 賠償責任保険
	2 <input type="checkbox"/> なし	
介護サービスの提供により賠償すべ	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 万が一、事故が

き事故が発生したときの対応		発生した場合、早急な医療機関への受診対応、当事者又は家族への十分な経緯説明と状況報告
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	1 代替措置あり	(内容)

別添1 事業主体が山形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>				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ふれあい鮭川訪問 介護事業所	最上郡真室川町大字平岡 1658 番地 2
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	デイサービスセン ターやすらぎ パワーリハビリテ ーションセンター やすらぎ	最上郡真室川町大字平岡 1658 番地 2
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ウェルケアリビン グやすらぎ	最上郡真室川町大字平岡 1658 番地 2
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	小規模多機能型居 宅介護やすらぎト ウメキ	新庄市五日町字トウメキ 1086-15
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<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	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ふれあい鮭川指定 居宅介護支援事業 所	最上郡真室川町大字平岡 1658 番地 2
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ふれあい鮭川訪問 介護事業所	最上郡真室川町大字平岡 1658 番地 2
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		

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やすらぎ パワーリハビリテーションセンターやすらぎ	最上郡真室川町大字平岡 1658番地 2
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	ウェルケアリビングやすらぎ	最上郡真室川町大字平岡 1658番地 2
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	小規模多機能型居宅介護やすらぎトウメキ	新庄市五日町字トウメキ 1086-15
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		個別の利用料で、実施するサービス		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 ）	（利用者が全額負担）	包含※ ²	都度※ ²	料金※ ³	備考
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	使用した分を請求
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	最上郡内
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	
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	2,500円/回

買い物代行	なし	あり	なし	あり				1,000 円/時間	真室川町、金山町、鮭川村、新庄市に店 舗への代行
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				1,000 円/時間	真室川町役場
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					
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			○	1,500 円/時間	入居者様に限り通院等として 移送費 町内 500 円/町外 1,000 円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			○	1,500 円/時間	最上郡内
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			○	1,000 円/時間	ご家族様が遠方の場合 ご家族様の依頼に応じて
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、月額のサービスの費用に包含される場合と、サービスの利用の都度支払う場合に応じて、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。