

企業組合 居宅サービス大地  
 集団生活憩いの場「春」  
 重要事項説明書

各項目において、◎については全ての事業所が記入するもの（開設初年度で記載不可のものを除く。）、○については該当する事業所が記入するもの。

記入者名	小林 千代子	記入年月日	令和 2年 7月 1日
		所属・職名	代表理事

1. 事業主体概要

◎種類	個人、法人の別                      法人	
	※法人の場合、その種類	非営利法人
◎名称	(ふりがな) きぎょうくみあい きょたくさーびすだいち 企業組合 居宅サービス大地	
◎主たる事務所の所在地	〒889-4505 宮崎県都城市高崎町大牟田903番地9	
◎連絡先	電話番号	0986-45-8010
	FAX番号	0986-45-8015
	ホームページアドレス	<a href="http://daichi-takasaki.info">http://daichi-takasaki.info</a>
◎代表者の氏名及び職名	氏名	小林 千代子
	職名	代表理事
◎設立年月日	昭和・平成 13年4月3日	
◎主な実施事業	※別添1	

## 2. 有料老人ホーム事業の概要（住まいの概要）

◎施設の名称	(ふりがな)しゅうだんせいかついこいのば「はる」 集団生活憩いの場「春」	
◎施設の所在地	〒889-4505 宮崎県都城市高崎町大牟田903番地9	
◎事業所までの主な利用交通手段	JR高崎新田駅より徒歩6分(約420m)	
◎施設の連絡先	電話番号	0986-62-2910
	FAX番号	
	ホームページ	なし
	アドレス	あり:http://
◎施設の管理者の氏名及び職名	氏名	今満 紀代子
	職名	管理者
◎建物の竣工日	昭和・平成 25年2月1日	
◎有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 25年7月21日	

### (類型) 【表示事項】

◎施設の類型	1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供) 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) <input checked="" type="radio"/> 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	1,081.34㎡				
	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		
◎建物	耐火構造	1 耐火建築物（建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物）				
		2 準耐火建築物（建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物）				
		③ その他（地上2階）				
	構造	1 鉄筋コンクリート造	2 鉄骨造	③ 木造	4 その他（ ）	
◎居室の状況	所有関係	① 事業者自ら所有する建物				
		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	
居室区分	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※
	居室タイプ1	有/無	有/無	4.83㎡	27	「一般居室個室」
	居室タイプ2	有/無	有/無	7.24㎡	18	「一般居室個室」
※「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」の別を記入すること。						
◎消火設備等	共用便所の設置数	5ヶ所	うち男女の別の対応が可能な数		0ヶ所	
	共用浴室	0ヶ所	うち車椅子等の対応が可能な数		5ヶ所	
			個室	0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	大浴場		0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（ ）	0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	1 あり	（車椅子対応、ストレッチャー対応、その他）		② なし		
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				

4. サービスの内容  
(全体の方針)

◎運営に関する方針	<p>① 施設の運営にあたっては、サービス利用者であるご利用者の意思及び人格を尊重して、常にご利用者の立場にたつてサービスの提供に努めます。</p> <p>② 施設のスタッフは、ご利用者が安心・快適に生活できるようお手伝いします。また、ご利用者の心身の特性を踏まえて、自立した日常生活を営む事ができるよう必要に応じてサービス計画に基づき日常生活上の援助、機能訓練及び療養上の援助を行います。</p> <p>③ 事業の運営にあたっては、地域社会の役割と責任を自覚し、地域社会や医療・介護機関等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。</p> <p>④ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、ご利用者の家族に対して療養上必要な事項について理解しやすいように指導又は説明を行うとともにご利用者の同意を得て実施するよう努めます。</p>
○サービスの提供内容に関する特色	通所介護施設を併設しており充実した日常生活を営むことが出来ます。利用者の健康状態の把握が充分に出来、要介護状態の利用者の状態の維持改善の為の細やかな対応が出来ます。
◎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)	: 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

○医療支援 ※複数選択可	<p>① 救急車の手配 2 入退院の付き添い</p> <p>③ 通院介助 ④ その他 ( 服薬管理 )</p>
○協力医療機関	<p>名称 佐々木医院 住所 都城市高崎町大牟田6061番地</p> <p>診療科目 内科 協力内容 健康管理、緊急における対応</p>
	<p>名称 住所</p> <p>診療科目 協力内容</p>
	<p>名称 住所</p> <p>診療科目 協力内容</p>
○協力歯科医療機関	<p>名称 住所</p> <p>協力内容</p>

(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 介護居室へ戻る場合 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 (変更内容: ) 2 なし

(入居に関する条件)

◎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	40歳以上の方で要介護認定のある方 (認知症についての制限はありません。)	
○契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 ②入居者が解約した場合 ③事業者が解約した場合 *寝たきり等、要介護状態になったことを理由に契約解除を 要求されることはありません。なお、ご利用者の方からの契 約解除(死亡退去の場合も含む)は施設を退去された日付と なります。	
◎事業主体から解約を求める場合	解約条項	入所契約書 第18条
	解約予告期間	解約前1ヶ月
◎入居者からの解約予告期間	解約前14日	
◎体験入居の内容	① あり (内容: 1泊2日5,500円+税) 2 なし	
◎入居定員	45名	
○その他	静養室	

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	
◎管理者	1	1	0
◎生活相談員	1	0	1
◎直接処遇職員	17	2	15
介護職員	12	1	11
看護職員	5	1	4
◎機能訓練指導員	0	0	0
◎計画作成担当者	0	0	0
◎栄養士	0	0	0
◎調理員	2	0	2
◎事務員	1	0	1
◎その他職員	0	0	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
※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		
	12	常勤	非常勤
◎社会福祉士	0	0	0
◎介護福祉士	5	0	5
◎実務者研修の修了者	1	0	1
◎初任者研修の修了者	5	1	4
◎介護支援専門員	1	0	1

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	0	常勤	非常勤
◎看護師又は准看護師	0	0	0
◎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	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

◎夜勤帯の設定時間 ( 17時～ 9時30分)			
職種	人数	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
◎看護職員		1人若しくは0人	介護・看護職員のいずれか1人
◎介護職員		1人若しくは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省略可)	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は省略可)	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 あり    2 なし								
	業務に係る資格等	① あり    資格等の名称 準看護師、ホームヘルパー1級 視覚障害者移動介護従事者養成研修課程 全身性障害者移動介護従事者養成研修課程 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
◎前年度一年間の採用者数	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0
◎前年度一年間の退職者数	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0
◎業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	3	0	1	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	1	5	0	0	0	0	0
	10年以上	1	1	0	2	0	0	0	0	0
◎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 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 (入院の場合のみ) 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:ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある。		

手続き：運営懇談会の意見を聞く。

(利用料金のプラン) 【代表的なプラン2例】

		プラン1	プラン2	
◎入居者の状況	要介護	要介護1	要介護5	
	年齢	65歳	80歳	
◎居室の状況	床面積	4.83㎡	7.24㎡	
	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	0円	0円	
○月額費用の合計		43,330円	31,812円	
家賃相当額		10,000円	10,000円	
サービス費用	※1 特定施設入居者生活介護※1の費用	0円	0円	
	※2 介護保険外	食費	5,000円	5,000円
		管理費	7,000円	7,000円
		介護費用	19,530円	8,012円
		光熱水費	1,800円	1,800円
		その他 ( )	0円	0円
○家賃相当額 最低額： 10,000円、最高額： 10,000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保険費用は、同一の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） ※上記費用は1月を30日として扱う				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
◎家賃	一律で設定 一部屋の面積、カーテンによる間仕切りであること等、又利用者の負担の軽減を考慮して設定する。
◎敷金	—
◎介護費用	日常生活の介助に係る人件費 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
◎管理費	消耗品購入費用 7,000円
◎食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用等（喫食数による返金なし）
◎光熱水費	電動ベッドの電気代、私物洗濯代
○利用者の個別的な選択によるサービス利用料	—
○その他のサービス利用料	電気代実費負担（個人利用の家電電気代、携帯電話の充電等） 消費税

(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居ない場合は省略可能

費目	算定根拠
○特定施設入居者介護※に対する自己負担	
○特定施設入居者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

費目		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		
	2 信託契約を行う信託会社等の名称		
	3 保証保険を行う保健会社の名称		
	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					29人
◎年齢別	65歳未満	1人		65歳以上75歳未満	6人	
	75歳以上85歳未満	7人		85歳以上	28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 4人	要介護2 3人	要介護3 7人	要介護4 11人	要介護5 17人	
◎入居期間別	6ヶ月未満	8人			6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	18人			5年以上10年未満	11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						8.5歳
◎入居者の合計						42人
◎入居率※						93%

※入居者の合計を入居定員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	4人	
	医療機関	0人	死亡者	15人	
	その他	人			
◎生前解約の状況	施設の申し出				0人
		解約事由			
	入居者側の申し出				4人
		解約事由 自宅の近くに入所施設が見つかったことに伴う申し出。 入院に伴う申し出。			

## 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) ※複数回答の窓口がある場合は欄を増やして記入

◎窓口の名称	大地事務室
◎電話番号	昼間 0986-45-8010 夜間 0986-62-2910
◎対応している時間	平日(8時30分～17時30分) 土曜(8時30分～17時30分) 日曜・祝日(8時30分～17時30分)
○定休日	なし

(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	内容： あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の損害責任保険に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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	内容：
	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 平成 年 月 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 年 月 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 2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： )	
	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「6. 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	居室が個室ではない 一般居室の1人当たり床面積が10.65㎡未満	
「7. 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	(その内容) <input checked="" type="checkbox"/> 居室が個室でない (□全室・□居室の一部) <input checked="" type="checkbox"/> 一般居室の面積が10.65㎡未満 (□全室・□居室の一部) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	

添付書類：別添1 (事業主体が県内で実施する他の介護サービス)  
別添2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ \_\_\_\_\_様

※ 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。

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

◎事業主体が県内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類			事業所等の名称	所 在 地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
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	居宅サービス大地	都城市高崎町大牟田903-9
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>				
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		
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		
定期巡回・随時対応型訪問介護・看護	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		
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		
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		

介護サービス等の一覧表

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					
		介護付き有料老人ホームのみ		介護付・住宅型・健康型有料老人ホームも記載				備考	
		特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス		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※1	都度※1	(料金)※2		
介護サービス	食事介助	なし	あり	なし	あり	○		円	
	排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		円	
	おむつ代	なし	あり	なし	あり	○		円	
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		円	清拭のみ
	特浴介助	なし	あり	なし	あり			円	
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○		円	
	機能訓練	なし	あり	なし	あり			円	
	通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○		回	月1回の受診
	通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	○		回	月1回の受診
生活サービス	居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		円	
	リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		円	
	日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	○	1,650円/月	費用の一部を負担
	居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		円	
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり			円	
	おやつ	なし	あり	なし	あり	○		円	
	理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり			円	
	買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり			円	
	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり			円	
	役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			円	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり			円		
健康管理サービス	定期健康診断	なし	あり	なし	あり	○		円	年1回（市町村実施の健康診断に限る）
	健康相談	なし	あり	なし	あり	○		円	
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		円	
	服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		円	
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		円	
入退院・入院サービス	移送サービス	なし	あり	なし	あり			円	
	入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	○		円	家族への引き継ぎまで
	入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	○		円	家族への引き継ぎまで
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			円	
	入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			円	

※1 利用者の所得に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用負担者）※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。

