

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	山中
所属・職名	

## 1. 事業主体概要

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 ぱらだいすどりーむ 有限会社 パラダイスドリーム	
主たる事務所の所在地	〒285-0927 千葉県印旛郡酒々井町酒々井825-6	
連絡先	電話番号	043-481-6585
	FAX 番号	043-481-6586
	ホームページアドレス	http://www.dream1999.co.jp
代表者	氏名	白神 雅弘
	職名	代表取締役
設立年月日	1999年 7月 22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) こうれいしゃほーむかがやきにばんかん 高齢者ホームかがやき式番館	
所在地	〒289-1107 千葉県八街市八街は25-35	
主な利用交通手段	最寄駅	JR八街駅
	交通手段と所要時間	JR八街駅 車で10分
連絡先	電話番号	043-442-3465
	FAX 番号	043-442-3465
	メール	info@dream1999.co.jp
	ホームページアドレス	http://www.dream1999.co.jp
管理者	氏名	山崎 由紀恵
	職名	
建物の竣工日		平成27年 8月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成27年 8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	年 月 日
	指定の更新日(直近)	年 月 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	750.48㎡				
	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(普通賃借・定期賃借)				
		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	237.66㎡			
		うち、老人ホーム部分	237.66㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 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 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(普通賃借・定期賃借)						
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	9.94㎡	12	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	㎡		
	タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
タイプ6	有/無	有/無	㎡			

	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
※「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	3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		3ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		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 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	便所	浴室	その他( )		
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり		
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり		
	3 なし	3 なし	3 なし	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	<p>高齢者の方々により良い老後生活をサポートすることを目標に「安心」「快適」「生きがい」をモットーに運営しております。</p> <p>入居者様の個々の方々のご希望に沿ったサービスを心掛け、安心・快適・生きがいを再確認していただくとともに、すべての職員が自分の仕事に誇りを持ち、社会に貢献することを目指します。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>主治医・行政・地域包括センター・サービス担当者との連携を図りながら、ご本人様・ご家族様の意向を大切にサービス計画を作成し、適切なサービスが行われるよう配慮していきます。</p>
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	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
	認知症専門ケア加算	(I)
(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
介護職員処遇改善加算	(I)	1 あり 2 なし
	(II)	1 あり 2 なし
	(III)	1 あり 2 なし
	(IV)	1 あり 2 なし
	(V)	1 あり 2 なし
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	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( 訪問診療医の確保 )	
協力医療機関	1	名称	お家 de 診察クリニック成田
		住所	千葉県成田市玉造3-5-1
		診療科目	内科・臨床検査科・精神科
		協力科目	内科
		協力内容	訪問診療(医療費その他の費用は入居者の自己負担)

	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	医療法人社団陵栄会佐倉デンタルクリニック
		住所	千葉県佐倉市稲荷台1-11-1 倉田ビル1F
		協力内容	訪問診療(医療費その他の費用は入居者の自己負担)

**(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 (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	60歳以上	
契約の解除の内容	①入居者様が逝去した場合 ②入居者様からの契約の解除が行われた場合 ③事業者から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第29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 なし	
入居定員		12人
その他	・居室及び施設建物内は禁酒・禁煙 ・火気厳禁。刃物等は事務所で預かりさせていただきます。	

## 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		0.5
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員		2	3	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			
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			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			



応じた職員 の人数												
	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
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	施設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 改定することがある。
	手続き	入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

### (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	要介護度による差はなし	
	年齢	60歳	歳
居室の状況	床面積	9㎡	㎡
	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	円	円
	敷金	200,000 円	円
月額費用の合計		120,000 円	円
家賃		47,200 円	円
サ ー ビ	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用		円
	介 護	食費	48,000 円
		管理費	24,800 円



ス 費 用	保 険 外 ※ 2	介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	円	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)

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
家賃	近隣地町村福祉施設の家賃
敷金	家賃の 4.2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	事務所管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費。
食費	厨房維持費、食材費に基づく費用。
光熱水費	管理費に含む。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

**(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	10人
	女性	2人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	4人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	5人
	要介護2	1人
	要介護3	3人
	要介護4	2人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	3人
	5年以上10年未満	1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	79.6歳
入居者数の合計	12人
入居率*	100%
※ 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	人
	医療機関	人
	死亡者	3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		高齢者ホームかがやき式番館 苦情対応責任者 渡辺 恵美子
電話番号		043-481-6585
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:00
	土曜	9:00 ~ 17:00
	日曜・祝日	9:00 ~ 17:00
定休日		なし

窓口の名称		八街市高齢者福祉課
電話番号		043-443-1491
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜日、祝祭日、年末年始

窓口の名称

千葉県健康福祉部高齢者福祉課

電話番号

043-223

2350

対応している時間

平日

8:30 ~ 17:15

土曜

—

日曜・祝日

—

定休日

土曜日、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	1 あり	(その内容) 損害保険ジャパン日本興亜株式会社の「介護事業者総合賠償責任保険」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等に損害が発生した
		不可抗力による場合を除き賠償される。
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	2 なし	
	1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく。
事故対応及びその予防のための指針	2 なし	
	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 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 地域との定期的な交流や入居家族との個別の連絡体制を確保している。
	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(26年6月23日届出) 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(年 月 日登録) 2 なし	
千葉県有料老人ホーム設置運	1 あり	

営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	2 なし (平成24年4月1日施行の設置運営指導指針を適用)
合致しない事項がある場合の内容	居室面積の狭小、汚物処理室・看護・介護職員室の未設置
「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
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	規模及び構造設備
不適合事項がある場合の内容	入居者、家族等へ契約前に(契約時に)不適合事項及び代替え措置等について説明する。

添付書類:別添1(別々に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。

※私は事業者から有料老人ホームに関する重要事項の説明を受けました。

氏名\_\_\_\_\_印\_\_\_\_\_

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	訪問介護センタートリム	印旛郡酒々井町酒々井 825-6
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンターほおじろ	八街市八街は 25-35
			併設・隣接	デイサービスセンタートリム	印旛郡酒々井町酒々井 825-6
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	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	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	居宅支援センタートリム	印旛郡酒々井町酒々井 825-6
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	訪問介護	印旛郡酒々井町

				センタードリーム	酒々井 825-6
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンターほおじろ	
			併設・隣接	デイサービスセンタードリーム	
その他の生活支援サービス	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

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<sup>※1</sup>)  
 個別の利用料で、実施するサービス

備 考

(利用者が全額負担)

包含<sup>※2</sup>

都度<sup>※2</sup>

料金<sup>※3</sup>

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

実費

入浴(一般浴)介助・清拭

なし  
あり  
なし  
あり

基本的にはデイサービス利用時に実施  
但し、便等で汚染時は随時実施

特浴介助

なし  
あり  
なし  
あり

介護保険で実施可能

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

3,000 円/回

基本は家族対応ですが状況に応じて実施  
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

訪問美容業者が定期的に実施

2,000 円/回

買い物代行

なし  
あり  
なし  
あり

本人または家族の希望で実施

役所手続き代行

なし  
あり  
なし  
あり

必要時実施

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

入居者様の主治医又は協力機関で実施

健康相談

実費

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

本人または家族の希望で実施 2,000 円/回

入退院時の同行  
なし  
あり  
なし  
あり

同 上 2,000 円/回

入院中の洗濯物交換・買い物  
なし  
あり  
なし  
あり

同 上 2,000 円/回

入院中の見舞い訪問  
なし  
あり  
なし  
あり

### 必要時実施

※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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。