

ヴィラージュ ショウエイ B 棟

重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	新澤昌二
所属・職名	代表取締役

1. 事業主体概要

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) かぶしきがいしゃ あさひけあさーびす 株式会社 あさひケアサービス	
主たる事務所の所在地	〒361-0056 埼玉県行田市持田2420番地	
連絡先	電話番号	048-550-1500
	FAX番号	048-556-7920
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	新澤昌二
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 21年 5月27日	
主な実施事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者、障害者、生活保護受給者向け住宅及び施設、組織等の管理及び運営並びにコンサルティング</li> <li>・介護保険法に基づく介護サービス・介護予防サービス事業 (居宅介護支援・訪問介護・介護予防支援・介護予防訪問介護)</li> <li>・配食サービス、飲食店の経営</li> <li>他</li> </ul> ※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) うゝいらーじゅ しょうえいびーとう ヴィラージュ ショウエイ B 棟	
所在地	〒361-0056 埼玉県行田市持田2420番地	
主な利用交通手段	最寄駅	(秩父鉄道)ソコ流通センター駅 又は (JR)熊谷駅
	交通手段と所要時間	ソコ流通センター駅から徒歩約2分 熊谷駅から車で約10分 行田市内循環バス西循環コース「菅谷南」バス停すぐ
連絡先	電話番号	048-556-7155



		抵当権の設定	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
		最大	3 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	21.0㎡	9室	一般居室相部屋
	タイプ2	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	10.5㎡	60室	一般居室個室
	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	㎡			
タイプ8	有/無	有/無	㎡			
タイプ9	有/無	有/無	㎡			
タイプ10	有/無	有/無	㎡			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	28ヶ所 (一部高住と共用)	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所 (サ高住と共用)	個室	1ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	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 checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし					

消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 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	自宅にいるような家庭的な環境とサービスを低料金で提供
サービスの提供内容に関する特色	高齢者に適した専門的で安心感のあるサービスを受けることができます。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施    2 委託    3 なし

##### (医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団清幸会 行田中央総合病院
		住所	埼玉県行田市富士見町2-17-17
		診療科目	内科、外科、整形外科、形成外科、眼科、小児科、ペインクリニック外科、リハビリテーション科、産婦人科、女性外来、人工透析
		協力内容	高齢者救急受け入れ体制（ファストパス）を活用することにより、緊急時には優先的に診療が受けられることになっている。
	2	名称	やまかわ内科クリニック

		住所	埼玉県行田市荻里山町 18-6 ヤマオカビル 2F
		診療科目	内科、呼吸器科、循環器科、眼科
		協力内容	往診対応
協力歯科医療機関		名称	羽生デンタルクリニック
		住所	埼玉県羽生市中央 2-1-7-201
		協力内容	訪問診療

(入居後に居室を住み替える場合)

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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (○より介護サービスの提供を受けやすい居室へ移る場合 ○本人又は家族から転居の希望を受けた場合。)		
判断基準の内容	・本人、家族の希望 ・本人の身体状況の変化に伴い、よりサービスの提供を受けやすい居室への転居を依頼する場合 (本人・家族の同意が必要)		
手続きの内容	部屋番号の変更に伴う契約書の作成		
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (同プランの居室の場合)		
居室賃借権の取扱い	継続		
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 ※部屋タイプが異なれば変更あり	
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容	・入居申込書及び契約書への虚偽記載、その他不正な方法による入居が発覚したとき ・正当な理由がなく賃料を2ヶ月以上連続して滞納したとき		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき</li> <li>・共同生活に関する心得（契約書別添）に違反し、当施設の指示又は指導に従わないとき</li> <li>・その他契約書の条項に違反したとき</li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	建物賃貸借契約書 第13条
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> あり（内容：1泊食事付）¥1,080 <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	87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

（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	
生活相談員	1	1	0	
直接処遇職員	18	7	11	
介護職員	17	6	11	
看護職員	1	1	0	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	1	1	0	
栄養士	1	0	1	
調理員	7	3	4	
事務員	1	0	1	
その他職員	2	0	2	
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	0	0	0
介護福祉士	3	2	1
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	12	3	9
介護支援専門員	1	1	0

(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	1	1	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（19時～翌7時）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	1人

(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	ヘルパー2級						
	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1年間の採用者数				2						
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 職員の人数	1年未満			1	1						
	1年以上 3年未満				3						
	3年以上 5年未満			1							
	5年以上 10年未満			2	3	1			1		
	10年以上	1		2	4						
	従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	建物賃貸借契約書第4条第3項 貸主及び借主は、次の各号に該当する場合には、協議の上、賃料を改定することができる。 ①土地又は建物に対する租税その他の負担の増減により、賃料が不相当となった場合 ②土地又は建物の価格の上昇又は低下、その他の経済情勢の変動等により、賃料が不相当となった場合 ③近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合
	手続き	入居者の同意を得た上で、賃料変更の覚書を作成して変更

(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	自立	要介護2	
	年齢	65歳	80歳	
居室の状況	床面積	10.5㎡	21.0㎡	
	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	30,000円	30,000円	
月額費用の合計		79,700円	79,700円	
家賃		30,000円	30,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	48,600円	48,600円
		管理費	1,100円	1,100円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他	円	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)

費目	算定根拠
家賃	30,000円 近隣相場により算定
敷金	30,000円 家賃の1ヶ月分
介護費用	特になし
管理費	1,100円 共用部分の消耗品や電気代に充当
食費	48,600円 1食当たり540円×3食×30日分 食材費・人件費により算定
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 人件費・消耗品費により算定
その他のサービス利用料	

## 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	16人
	女性	5人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	12人
	75歳以上 85歳未満	5人
	85歳以上	3人
要介護度別	自立	6人
	要支援1	2人
	要支援2	0人
	要介護1	2人
	要介護2	4人
	要介護3	2人
	要介護4	5人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	14人
	5年以上 10年未満	1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	75歳
入居者数の合計	21人
入居率※	24.1%
※ 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	1人
	社会福祉施設	5人
	医療機関	1人
	死亡者	7人
	その他	人
		※入院先での死亡

生前解約の状況	施設側の申し出	1人
		(解約事由の例) 迷惑行為（警察への対応が必要になる等）
	入居者側の申し出	6人
		(解約事由の例) 他の施設への入居、引っ越し

## 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	ヴィラージュ ショウエイ 管理者	
電話番号	048-556-7155	
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00 (管理者・生活相談員不在時は他の者が対応)
	日曜・祝日	9:00～18:00 (管理者・生活相談員不在時は他の者が対応)
定休日	なし	
窓口の名称	埼玉県福祉部高齢者福祉課	
電話番号	048-830-3254	
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土日祝 12/29～1/3	

(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	被保険者が所有・使用又は管理する施設に起因する損害、被保険者の仕事の遂行に起因する損害、被保険者の生産物に起因して生じた損害(食中毒含む)を対象とした損害賠償責任保険に加入。 介護事業者賠償責任補償に加入。
	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	事故が発生した場合には、直ちに救急要請を行うと共に、入居者の身元引受人及び埼玉県等関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。
	2 なし	

事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	意見投書箱の設置	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
<input type="checkbox"/> 2 なし				
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	公開希望者のみ
	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	
	<input type="checkbox"/> 3 公開していない	
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	公開希望者のみ
	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	
	<input type="checkbox"/> 3 公開していない	
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	
	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない	
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	
	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない	
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	
	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない	

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 2 なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.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	・居室の壁芯面積が、3 人部屋で 21 m <sup>2</sup> 、1 人部屋で 10.5 m <sup>2</sup> となっており、指針基準を満たしていない。 ・片廊下の幅が、1.5m（壁芯）であり、指針基準を満たしていない。
「6.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	あり
不適合事項がある場合の内容	・建築基準法上の用途の区分が寄宿舍となっている。 ・土地建物に根抵当権が設定されている。 ・居室の壁芯面積が、3 人部屋で 21 m <sup>2</sup> 、1 人部屋で 10.5 m <sup>2</sup> となっており、指針基準を満たしていない。 ・片廊下の幅が、1.5m（壁芯）であり、指針基準を満たしていない。

添付書類：別添 1（別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 平成 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。

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			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	備あさひケアサービス	埼玉県行田市持田2420番地
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		
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		
<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		
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		
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	備あさひケアサービス	埼玉県行田市持田2420番地
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし	備あさひケアサービス	埼玉県行田市持田2420番地
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		
<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		
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	備あさひケアサービス	埼玉県行田市持田2420番地
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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 （利用者負担が全額負担）	個別の利用料で、実施するサービス		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	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）	なし				
介護サービス						
食事介助	あり	なし	あり	○	無料	簡易な介助に限る
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	○	無料	簡易な介助に限る
おむつ代	あり	なし	あり	○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	○	無料	簡易な介助に限る
特浴介助	あり	なし	あり	○	無料	簡易な介助に限る
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	○	無料	簡易な介助に限る
機能訓練	あり	なし	あり	○	1000円～	外部事業者、訪問事業者の利用可能 市内及び隣接市町村（片道20分程度まで）
通院介助	あり	なし	あり	○		
生活サービス						
居室清掃	あり	なし	あり	○	無料	簡易なものに限る
リネン交換	あり	なし	あり	○	無料	簡易なものに限る
日常の洗濯	あり	なし	あり	○	無料	簡易なものに限る
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	○	無料	簡易なものに限る
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり	○	実費	
おやつ	あり	なし	あり	○	実費	
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり	○	無料	訪問美容サービスの利用可能
買い物代行	あり	なし	あり	○	無料	指定買出し日あり（片道20分程度まで）
役所手続き代行	あり	なし	あり	○	無料	簡易なものに限る
金銭・貯金管理	あり	なし	あり	○	無料	簡易なものに限る
健康管理サービス						
定期健康診断	あり	なし	あり		実費	年1回 希望者のみ
健康相談	あり	なし	あり	○		
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	○		
服薬支援	あり	なし	あり	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり	○		
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし	あり			介護タクシー等の手配可能
入退院時の同行	あり	なし	あり	○	1000円～	市内及び隣接市町村（片道20分程度まで）
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	○		家族・病院等の事情によりやむを得ない場合のみ対応
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	○		主に市内及び隣接市町村（片道20分程度まで）

※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、月額の利用者負担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○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。