

介護付有料老人ホーム  
ほのぼの宮の沢

指定特定施設等利用契約  
重要事項説明書

有限会社ほのぼの月寒

# 指定特定施設等利用契約 重要事項説明書

|      |       |       |            |
|------|-------|-------|------------|
|      |       | 記入年月日 | 令和 年 月 日   |
| 記入者名 | 芹田 和美 | 所属・職名 | ほのぼの宮の沢施設長 |

## 1. 事業主体の概要

|                     |                                     |                                                                         |
|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 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) ゆうげんがいしゃほのぼの月寒<br>有限会社ほのぼの月寒 |                                                                         |
| 事業主体の主たる<br>事務所の所在地 | 〒062-0052                           | 札幌市豊平区月寒東2条19丁目20番59号                                                   |
| 事業主体の連絡先            | 電話番号                                | 011-879-5701                                                            |
|                     | FAX番号                               | 011-879-5702                                                            |
|                     | ホームページアドレス                          | なし                                                                      |
|                     |                                     | あり : <a href="http://www.t-honobono.com">http:// www.t-honobono.com</a> |
| 事業主体の代表者の<br>氏名及び職名 | 氏名                                  | 河合 宏敏                                                                   |
|                     | 職名                                  | 代表取締役                                                                   |
| 事業主体の設立年月日          | 昭和・平成 17年 8月 12日                    |                                                                         |
| 主な実施事業              | ※別添 1<br>事業主体が札幌市内で実施する他の介護サービス     |                                                                         |

## 2. 事業所の概要

|               |                                                        |                                                                         |
|---------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 名称            | (ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほ一むほのぼのみやのさわ<br>介護付有料老人ホームほのぼの宮の沢 |                                                                         |
| 所在地           | 〒063-0826                                              | 札幌市西区発寒6条9丁目1番5号                                                        |
| 連絡先           | 電話番号                                                   | 011-669-5212                                                            |
|               | FAX番号                                                  | 011-669-5213                                                            |
|               | ホームページアドレス                                             | なし                                                                      |
|               |                                                        | あり : <a href="http://www.t-honobono.com">http:// www.t-honobono.com</a> |
| 管理者           | 氏名                                                     | 芹田 和美                                                                   |
|               | 職名                                                     | 施設長                                                                     |
| 介護保険事業所番号     | 0170402127                                             |                                                                         |
| 指定した自治体名      | 北海道 / 札幌市                                              |                                                                         |
| 事業所の指定日       | 平成 19年 3月 13日                                          |                                                                         |
| 指定の更新年月日 (直近) | 平成 31年 3月 13日                                          |                                                                         |
| 入居定員 / 居室数    | 27 / 27                                                |                                                                         |
| 損害賠償責任保険加入先   | 東京海上日動火災保険株式会社                                         |                                                                         |

### 3. 事業の目的および運営方針

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 有限会社ほのぼの月寒が開設する介護付有料老人ホームほのぼの宮の沢（以下「事業所」という）が行う、特定施設入居者生活介護及介護予防特定施設入居者生活介護（以下、「事業」という。）の適切な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所が介護サービスを受けようとする利用者に対して、適正な事業を提供することを目的とする。                                                                                                  |
| 運営方針  | <p>1、本事業は、要支援・要介護状態によって自立した生活が困難になった利用者に対して、心身の状態に合わせた特定施設サービス計画・介護予防特定施設サービス計画（以下、「サービス計画」という）を作成し、食事・入浴・排泄等の日常生活の世話及び機能訓練等、必要なサービスを提供することにより、利用者が有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう努めるものとする。</p> <p>2、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p> |

### 4. 事業所の職員体制（令和8年4月1日現在）

|           | 資格                                      | 員数※（ ）は兼務 |      |    | 備考     |
|-----------|-----------------------------------------|-----------|------|----|--------|
|           |                                         | 常勤        | 非常勤  | 計  |        |
| 管理者       | 介護福祉士                                   | 1（ ）      | （ ）  | 1  |        |
| 生活相談員     | 介護福祉士                                   | 1（ ）      | （ ）  | 1  |        |
| 計画作成担当者   | 主任介護支援専門員                               | 1（ ）      | （ ）  | 1  |        |
| 介護職員      | 介護福祉士等                                  | 12（ ）     | 3（ ） | 15 |        |
| 看護職員      | 看護師等                                    | 1（1）      | 1（ ） | 3  | 機能訓練兼務 |
| 機能訓練指導員   | 准看護師                                    | （1 ）      | （ ）  | 1  | 看護職員兼務 |
| 【管理者】     | 統括的運営及び管理、法令等に規定さえる遵守すべき事項についての指揮・命令を行う |           |      |    |        |
| 【生活相談員】   | 生活全般に関する相談や助言及び医療福祉機関・ボランティア等との連絡調整を行う  |           |      |    |        |
| 【計画作成担当者】 | サービス計画の作成、計画実施状況の把握及びサービス計画の変更・見直しを行う   |           |      |    |        |
| 【介護職員】    | 日常生活全般にわたる介護業務を行う                       |           |      |    |        |
| 【看護職員】    | 保健衛生及び日常の健康管理・健康相談を行う                   |           |      |    |        |
| 【機能訓練指導員】 | 機能回復に関する計画書の作成、指導及び訓練を行う                |           |      |    |        |

## 5. サービスの内容

1、利用者に対して共同生活を送る住居を準備し、入浴・排泄・食事の介護その他の日常生活の世話又は支援を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活又はその有する能力の維持回復を図り、生活機能維持又は向上を目指した日常生活を営むことが出来る様に、応じた活動の支援その他予防介護サービスを適切に提供する。

2、別途利用料を徴収した上で実施するサービス

※ 別添2介護サービス等一覧表参照

|                                |                              |      |                        |     |     |    |
|--------------------------------|------------------------------|------|------------------------|-----|-----|----|
| 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                     | (Ⅰ)  | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                |                              | (Ⅱ)  | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                | 生活機能向上連携加算                   | (Ⅰ)  | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                |                              | (Ⅱ)  | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                | 個別機能訓練加算                     | (Ⅰ)  | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                |                              | (Ⅱ)  | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                | ADL維持等加算                     | (Ⅰ)  | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                |                              | (Ⅱ)  | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                | 夜間看護体制加算                     | (Ⅰ)  | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                |                              | (Ⅱ)  | (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 |
|                                | 協力医療機関連携加算                   |      | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                | 口腔・栄養スクリーニング <sup>*</sup> 加算 |      | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                | 科学的介護推進体制加算                  |      | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                | 退院・退所時連携加算                   |      | (1)                    | あり  | 2   | なし |
|                                | 退去時情報提供加算                    |      | (1)                    | あり  | 2   | なし |
|                                | 看取り介護加算                      | (Ⅰ)  | (1)                    | あり  | 2   | なし |
|                                |                              | (Ⅱ)  | 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 |
|                                | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ              |      | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ              |      | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                | 新興感染症施設療養費                   |      | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                | 生産性向上推進加算                    | (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)  | (1)                    | あり  | 2   | なし |
|                                |                              | (Ⅱ)  | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                |                              | (Ⅲ)  | 1                      | あり  | (2) | なし |
|                                | 介護職員等処遇改善加算                  | (Ⅰイ) | (1)                    | あり  | 2   | なし |
|                                |                              | (Ⅰロ) | 1                      | あり  | (2) | なし |
| (Ⅱイ)                           |                              | 1    | あり                     | (2) | なし  |    |
| (Ⅱロ)                           |                              | 1    | あり                     | (2) | なし  |    |
| (Ⅲ)                            |                              | 1    | あり                     | (2) | なし  |    |
| (Ⅳ)                            |                              | 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<br>(2) なし               |      | (介護・看護職員の配置率)<br>3 : 1 |     |     |    |

## 6. 協力医療機関の概要

|          |                      |                             |
|----------|----------------------|-----------------------------|
| 協力医療機関   | 1                    | 名称：札幌シティクリニック               |
|          |                      | 住所：札幌市東区北31条東19丁目2番10号      |
|          |                      | 診療科目：内科                     |
|          |                      | 協力内容：訪問診療往診、健康相談、入院先紹介等     |
|          | 2                    | 名称：ことに・メディカル・サポート・クリニック     |
|          |                      | 住所：札幌市西区八軒1条西1丁目サ・タワープレイス1F |
|          |                      | 診療科目：内科                     |
|          |                      | 協力内容：訪問診療往診、健康相談、入院先紹介等     |
| 協力歯科医療機関 | 名称：クリアー歯科            |                             |
|          | 住所：札幌市白石区中央3条5丁目1番1号 |                             |
|          | 協力内容：訪問歯科診療          |                             |

## 7. 利用料金（1単位＝10.14円（7級地）です。）

### （基本単位）

| 要介護度 | 介護給付費<br>（単位/日） | 介護給付費<br>の額<br>（円/日） | 介護給付費<br>の目安<br>（円/30日） | 代理受領の場合の<br>利用者負担分の目安（円/30日） |         |         |
|------|-----------------|----------------------|-------------------------|------------------------------|---------|---------|
|      |                 |                      |                         | 1割負担                         | 2割負担    | 3割負担    |
| 要支援1 | 183単位           | 1,855円               | 55,668円                 | 5,606円                       | 11,211円 | 16,816円 |
| 要支援2 | 313単位           | 3,173円               | 95,214円                 | 9,522円                       | 19,043円 | 28,565円 |
| 要介護1 | 542単位           | 5,495円               | 164,876円                | 16,488円                      | 32,976円 | 49,463円 |
| 要介護2 | 609単位           | 6,175円               | 185,257円                | 18,526円                      | 37,052円 | 55,578円 |
| 要介護3 | 679単位           | 6,885円               | 206,551円                | 20,656円                      | 41,311円 | 61,966円 |
| 要介護4 | 744単位           | 7,544円               | 226,324円                | 22,633円                      | 45,265円 | 67,898円 |
| 要介護5 | 813単位           | 8,243円               | 247,314円                | 24,732円                      | 49,463円 | 74,195円 |

### （加算）※現在該当する内容のみ

| 加算内容                   | 介護<br>給付費<br>（単位/日） | 介護給付費<br>の額<br>（円/日） | 介護給付費<br>の目安<br>（円/30日） | 代理受領の場合の<br>利用者負担分の目安（円/30日） |         |         |
|------------------------|---------------------|----------------------|-------------------------|------------------------------|---------|---------|
|                        |                     |                      |                         | 1割負担                         | 2割負担    | 3割負担    |
| 夜間看護体制加算Ⅱ              | 9単位                 | 91円                  | 2,737円                  | 274円                         | 548円    | 822円    |
| 退院・退所時連携加算             | 30単位                | 304円                 | 9,126円                  | 913円                         | 1,826円  | 2,738円  |
| 退去時情報提供加算              | 250単位               | 2,535円               | —                       | 254円                         | 507円    | 761円    |
| 看取り介護加算<br>（45日を限度に算定） | 72～<br>1,280単位      | 730円～<br>12,979円     | 66,193円                 | 6,620円                       | 13,239円 | 19,858円 |
| サービス提供体制<br>強化加算（Ⅰ）    | 22単位                | 223円                 | 6,692円                  | 670円                         | 1,339円  | 2,008円  |
| 介護職員等<br>処遇改善加算（Ⅰイ）    | —                   | —                    | 利用料の<br>15.9%           | 利用料の15.9%                    |         |         |

**(利用者の個別の選択によるサービス利用料)**

別添 2 介護サービス等一覧表参照

**(利用料金の支払い方法)**

|     |                                                                                                             |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 振込先 | 金融機関名：北洋銀行 本店営業部<br>預 金： 普 通 ・ 当 座<br>口 座 番 号： 2 1 7 4 3 8 6<br>口 座 名 義 人：有限会社ほのぼの月寒<br>手数料負担者： 事業者 ・ 利(用)者 |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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状況)**

|                  |       |                                        |
|------------------|-------|----------------------------------------|
| 窓口の名称            |       | 介護付有料老人ホームほのぼの宮の沢<br>担当：施設長 芹田 和美      |
| 電話番号             |       | 011-669-5212                           |
| 対 応 し て<br>いる 時間 | 平日    | 9時00分～18時00分                           |
|                  | 土曜    | 9時00分～18時00分                           |
|                  | 日曜・祝日 | 9時00分～18時00分                           |
| 定休日              |       | なし                                     |
| 窓口の名称            |       | 札幌市保健福祉局 高齢保健福祉部<br>介護保険課（事業指導担当）施設指導係 |
| 電話番号             |       | 011-211-2972                           |
| 対 応 し て<br>いる 時間 | 平日    | 8時45分～17時15分                           |
|                  | 土曜    | —                                      |
|                  | 日曜・祝日 | —                                      |
| 定休日              |       | 土曜・日曜・祝日                               |
| 窓口の名称            |       | 国民保険団体連合会 総務部 介護・障害者支援課<br>企画苦情係       |
| 電話番号             |       | 011-231-5161                           |
| 対 応 し て<br>いる 時間 | 平日    | 9時00分～17時00分                           |
|                  | 土曜    | —                                      |
|                  | 日曜・祝日 | —                                      |
| 定休日              |       | 土曜・日曜・祝日                               |

(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 あり | (その内容)<br>東京海上日動火災保険株式会社<br>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 | (その内容)<br>事実関係を調査の上、速やかに損害賠償を行う。                                                     |
|                               | 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    | 令和 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    | 令和 年 月 日  |
|                                  |      | 評価機関名称 |           |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|                                  | ② なし |        |           |

添付書類：別添1（事業主体が札幌市内で実施する他の介護サービス）

別添2（介護サービス等一覧表）

\_\_\_\_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。

署名 \_\_\_\_\_

別添 1 事業主体が札幌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                      |
|--------------------------|----|----|--------------------|--------------------------|
| < 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 |                    |                          |
| 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 >            |    |    |                    |                          |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護           | あり | なし |                    |                          |
| 夜間対応型訪問介護                | あり | なし |                    |                          |
| 地域密着型通所介護                | 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 | 小規模多機能型居宅介護事業所はればれ | 札幌市西区発寒<br>6条9丁目3-1 3F   |
| 認知症対応型共同生活介護             | あり | なし | グループホーム<br>ほのぼの月寒  | 札幌市豊平区月寒東<br>2条19丁目20-59 |
| 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<br>介護老人福祉施設入居者生活介護 | 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 |                        |                          |
| < 居宅介護予防サービス >            |    |    |                        |                          |
| 介護予防訪問介護<br>※日常生活支援総合事業含む | 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<br>※日常生活支援総合事業含む | 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 | 小規模多機能型居宅<br>介護事業所はればれ | 札幌市西区発寒<br>6条9丁目3-1 3F   |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護          | あり | なし | グループホーム<br>ほのぼの月寒      | 札幌市豊平区月寒東<br>2条19丁目20-59 |
|                           |    |    |                        |                          |
| 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 介護サービス等一覧表

| 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※１） |    | 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※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 |      | ○    | 実費         | 事務室にて販売あり                                 |  |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,760 円/時  | 週 3 回目より職員 1 名につき 1 時間迄、以後 15 分 440 円     |  |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,760 円/時  | 週 3 回目より職員 1 名につき 1 時間迄、以後 15 分 440 円     |  |
| 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（協力医療機関）                     | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |                                           |  |
| 通院介助（協力医療機関以外）※４                 | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,760 円/時  | 職員 1 名につき 1 時間迄、以後 15 分 440 円             |  |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |            |                                           |  |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 330 円/15 分 | 週 3 回目より職員 1 名につき                         |  |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 550 円/回    | 週 2 回目より職員 1 名につき                         |  |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 550 円/回    | 週 3 回目より ※ランドリー使用料別途徴収（100 円/回）           |  |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 220 円/回    | 利用者の要望による場合に料金発生                          |  |
| 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 |      | ○    | 実費         | 訪問理美容事業者への依頼代行無料、実施料金は実費負担                |  |
| 買い物代行（通常の利用区域）※４                 | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,320 円/時  | 週 1 回指定日以外職員 1 名につき 1 時間迄、以後 15 分 330 円   |  |
| 買い物代行（上記以外の区域）※４                 | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,320 円/時  | 職員 1 名につき 1 時間迄、以後 15 分 330 円             |  |
| 役所手続き代行※４                        | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,320 円/時  | 保険証関連等の手続き以外職員 1 名につき 1 時間迄、以後 15 分 330 円 |  |
| 買物・外出同行介助※４                      | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,760 円/時  | 職員 1 名につき 1 時間迄、以後 15 分 440 円             |  |
| 金銭・貯金管理                          | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |            | 原則自己管理                                    |  |
| 健康管理サービス                         |                                   |    |                            |    |      |      |            |                                           |  |
| 定期健康診断                           |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費         | 年 1 回実施の機会を設け、希望者は実費負担                    |  |
| 健康相談                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            | 医師による健康相談は実費負担                            |  |
| 生活指導・栄養指導                        | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            |                                           |  |
| 服薬管理・支援、処置                       | 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 |      |      |            |                                           |  |
| 入退院時の同行（協力医療機関）                  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |            | 手続き等は原則対応不可                               |  |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外）※４              | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 1,760 円/時  | 職員 1 名につき 1 時間迄、以後 15 分 440 円、手続き等は原則対応不可 |  |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | 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 |      |      |            | 必要に応じて随時実施                                |  |

※１：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（１割～３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、月額の利用サービス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。

※４：個別の利用料でサービスを実施した場合、要した交通費は実費にて請求する。