

# 多機能ホーム ノエルこだま

(住宅型有料老人ホーム)

## 重要事項説明書

|      |       |       |          |
|------|-------|-------|----------|
|      |       | 記入年月日 | 令和2年7月1日 |
| 記入者名 | 新井 清美 | 所属・職名 | 施設長      |

### 1. 事業主体概要

|                                 |            |  |  |
|---------------------------------|------------|--|--|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 |            |  |  |
| 事業主体の名称                         | 法人の種類      | 営利法人   |  |
|                                 | 名称         | (ふりがな)<br>かぶしきがいしゃ のえる<br>株式会社 ノエル               |  |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒369-0305  |  |  |
|                                 | 埼玉県        | 児玉郡上里町神保原町 327-5                                 |  |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号       | 0495-37-1301                                     |  |
|                                 | FAX番号      | 0495-37-1302                                     |  |
|                                 | ホームページアドレス | <input type="checkbox"/> なし                      |  |
|                                 |            | <input checked="" type="checkbox"/> あり : http:// |  |
| 事業主体の代表者の職名及び氏名                 | 職名         | 代表取締役  |  |
|                                 | 氏名         | 新井 樹   |  |
| 事業主体の設立年月日                      | 平成12年8月22日 |  |  |

|                        |  |                             |       |                        |
|------------------------|--|-----------------------------|-------|------------------------|
| 事業主体が埼玉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"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 花かんざし | 埼玉県本庄市児玉町<br>上真下 326-1 |
| 訪問入浴介護                 | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |       |                        |
| 訪問看護                   | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |       |                        |
| 訪問リハビリテーション            | あり                                     | <input type="checkbox"/> なし |       |                        |
| 居宅療養管理指導               | あり                                     | <input type="checkbox"/> 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 |               |                        |
| 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 | グループホーム ノエル本庄 | 埼玉県本庄市小島<br>1-1-34     |
| 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 |               |                        |
| 複合型サービス              | 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 | 花かんざし         | 埼玉県本庄市児玉町<br>上真下 326-1 |
| 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 | グループホーム ノエル本庄 | 埼玉県本庄市小島<br>1-1-34     |
| 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 |               |                        |

## 2. 施設概要

|                                 |  |                 |
|---------------------------------|--|-----------------|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先          |  |                 |
| 施設の名称                           | (ふりがな) たきのうほーむ のえるこだま<br>多機能ホーム ノエルこだま   |                 |
| 施設の所在地                          | 〒367-0205  | 本庄市児玉町上真下 350-1 |
|                                 | 埼玉県  |                 |
| 施設の連絡先                          | 電話番号   | 0495-37-1301    |
|                                 | F A X 番号   | 0495-37-1302    |
|                                 | ホームページ<br>アドレス   | なし              |
|                                 |  | あり : http://    |
| 施設の開設年月日                        |  | 平成 27 年 4 月 1 日 |
| 施設の管理者の職名及び氏名                   | 職名   | 代表取締役           |
|                                 | 氏名   | 新井 樹            |
| 施設までの主な利用交通手段                   |  |                 |
| JR 八高線「児玉」駅より約 2.2km (徒歩約 30 分) |  |                 |
| 施設の類型及び表示事項                     | 類型：住宅型有料老人ホーム<br>《表示事項》<br><input type="checkbox"/> 居住の権利形態：利用権方式<br><input type="checkbox"/> 利用料の支払い方式：月払い方式<br><input type="checkbox"/> 入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護<br><input type="checkbox"/> 介護保険：居宅サービス利用可<br><input type="checkbox"/> 居室区分：全室個室<br><input type="checkbox"/> その他： |                 |

## 3. 従業者に関する事項

### 職種別の従業者の人数及びその勤務形態

#### 有料老人ホームの人数及びその勤務形態

| 実人数    | 常勤 |     | 非常勤 |     | 合計 | 常勤換算<br>人 数 |
|--------|----|-----|-----|-----|----|-------------|
|        | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |             |
| 施設長    | 0  | 1   | 0   | 0   | 1  | 1           |
| 生活相談員  | 0  | 0   | 0   | 0   | 0  | 0           |
| 看護職員   | 0  | 1   | 0   | 0   | 1  | 1           |
| 介護職員   | 0  | 1   | 0   | 0   | 1  | 1           |
| 栄養士    | 0  | 0   | 0   | 0   | 0  | 0           |
| 調理員    | 0  | 0   | 0   | 0   | 0  | 0           |
| 事務員    | 0  | 0   | 0   | 0   | 0  | 0           |
| その他従業者 | 0  | 0   | 0   | 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    |
| ※ 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。 |         |
| 宿直を行う職員の人数  | ( 1 ) 人 |
| 宿直帯平均人数 (20時 ~ 8時)  | ( 1 ) 人 |
| 最少人数 (休憩者等を除く)  | ( 1 ) 人 |

#### 4. サービスの内容

|  |   |
|--|---|
| 施設の運営に関する方針  |   |
| 当施設では入居者様に安心していただけるサービスと生活環境づくりを第一に考えています。また、要支援、要介護状態になってもその人がその人らしく生活できるサービスを総合的にご提供して参りたいと考えています。 |   |
| サービスの内容等   |   |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況   | 別紙  |
| 協力医療機関の名称  | 医療法人 喜光会 さかもとクリニック                                  |
| (協力の内容)<br>内科医の定期訪問による健康相談、年2回の健康診断の実施 (医療費その他の費用は入居者様の自己負担)   |   |
| 協力歯科医療機関   | なし <input checked="" type="checkbox"/> あり その名称：中林歯科 |
| (協力の内容)<br>定期的に訪問し、希望者への治療、歯科検診及び口腔マネジメントを実施 (治療費等は入居者様自己負担)   |   |

#### 5. 住み替えに関する事項

|   |   |
|---|---|
| 入居後に居室を住み替える場合  |   |
| 他の居室へ移る場合   |   |
| 判断基準・手続について   |   |
| (その内容)<br>他の居室に空室があり、住み替え理由が妥当と認められる場合。<br>(居室クリーニング費用等は入居者負担となります) |   |
| 追加的費用の有無  | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> |
| 居室利用権の取扱い   |   |
| (その内容)<br>再度、契約書を取り交わす必要があります。                                      |   |
| 入居一時金償却の調整の有無   | なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> |

|   |  |    |  |    |
|---|--|----|--|----|
| 従前の居室からの面積の増減の有無                                |  | なし |  | あり |
| 従前居室との仕様の変更                                     |  |    |  |    |
| 便所の変更の有無  |  | なし |  | あり |
| 浴室の変更の有無  |  | なし |  | あり |
| 洗面所の変更の有無                                       |  | なし |  | あり |
| 台所の変更の有無  |  | なし |  | あり |
| その他の変更の有無                                       |  | なし |  | あり |
| (その内容)  |  |    |  |    |
| 他の施設に移る場合の条件等<br>特別な医療行為等により、当該施設での生活が困難となった場合。 |  |    |  |    |

6. 入居者の状況（令和2年7月 1日現在）

|                           |      |      |      |      |      |     |
|---------------------------|------|------|------|------|------|-----|
| 入居者の状況                    |      |      |      |      |      |     |
| 入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日） |      |      |      |      |      |     |
|                           | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計  |
| 65歳未満                     | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 1   |
| 65歳以上75歳未満                | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0   |
| 75歳以上85歳未満                | 2    | 2    | 0    | 0    | 0    | 4   |
| 85歳以上                     | 0    | 0    | 2    | 2    | 1    | 5   |
|                           | 自立   | 要支援1 | 要支援2 |      |      | 合計  |
| 65歳未満                     |      | 0    | 0    |      |      | 0   |
| 65歳以上75歳未満                |      | 1    | 0    |      |      | 1   |
| 75歳以上85歳未満                |      | 0    | 0    |      |      | 0   |
| 85歳以上                     |      | 0    | 1    |      |      | 1   |
| 入居者の平均年齢                  | —    |      |      |      |      |     |
| 入居者の男女別人数                 | 男性   | 4    |      | 女性   | 7    |     |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む）     |      |      |      |      |      | 92% |
| 前年度に退去した者の人数              |      |      |      |      |      |     |
|                           | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計  |
| 自宅等                       | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 1   |
| 社会福祉施設                    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0   |
| 医療機関                      | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0   |
| 死亡者                       | 0    | 0    | 1    | 1    | 0    | 2   |
| その他                       | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0   |
|                           | 自立   | 要支援1 | 要支援2 |      |      | 合計  |
| 自宅等                       | 0    | 0    | 0    |      |      | 0   |
| 社会福祉施設                    | 0    | 0    | 0    |      |      | 0   |
| 医療機関                      | 0    | 0    | 0    |      |      | 0   |
| 死亡者                       | 0    | 0    | 0    |      |      | 0   |

|          |       |               |              |               |                |       |
|----------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| その他      |       |               |              |               |                | 0     |
| 入居者の入居期間 |       |               |              |               |                |       |
| 入居期間     | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上10<br>年未満 | 10年以上15<br>年未満 | 15年以上 |
| 入居者数     | 0     | 0             | 9            | 0             | 0              | 0     |

7. 施設、設備等の状況

|                           |                          |                         |      |         |          |                      |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------|------|---------|----------|----------------------|
| 施設、設備等の状況                 |                          |                         |      |         |          |                      |
| 建物の構造                     | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物  |                         |      | なし      | あり       |                      |
|                           | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 |                         |      | なし      | あり       |                      |
| 居室の状況                     | 区分                       |                         | 室数   | 人数      | 1の居室の床面積 |                      |
|                           | 一般居室個室                   | あり                      | なし   | 12      |          | 13.69 m <sup>2</sup> |
|                           | 一般居室相部屋                  | あり                      | なし   |         |          | m <sup>2</sup>       |
|                           | 一時介護室                    | あり                      | なし   |         |          | m <sup>2</sup>       |
|                           |                          | あり                      | なし   |         |          | m <sup>2</sup>       |
|                           |                          | あり                      | なし   |         |          | m <sup>2</sup>       |
| 共用便所の設置数                  | 3                        | うち男女別の対応が可能な数           |      |         | 0        |                      |
|                           |                          | うち車いす等の対応が可能な数          |      |         | 3        |                      |
| 個室の便所の設置数                 | 0                        | 個室における便所の設置割合           |      |         | 0        |                      |
|                           |                          | うち車いす等の対応が可能な数          |      |         | 0        |                      |
| 浴室の設備状況                   | 浴室の数                     | 個浴                      | 大浴槽  | 特殊浴槽    | リフト浴     |                      |
|                           |                          | 1                       | 0    | 0       | 0        |                      |
| その他、浴室の設備に関する事項           |                          |                         |      |         |          |                      |
| 食堂の設備状況                   |                          |                         |      |         |          |                      |
| 入居者等が調理を行う設備状況            |                          | なし                      |      |         | あり       |                      |
| その他、共用施設の設備状況             |                          |                         |      |         |          |                      |
| なし                        | あり                       | (その内容)<br>健康管理室、洗濯室、テラス |      |         |          |                      |
| バリアフリーの対応状況               |                          |                         |      |         |          |                      |
| (その内容)<br>バリアフリーに対応しています。 |                          |                         |      |         |          |                      |
| 緊急通報装置の設置状況               |                          | なし                      | 一部あり | 全居室内にあり |          |                      |
| 外線電話回線の設置状況               |                          | なし                      | 一部あり | 全居室内にあり |          |                      |
| テレビ回線の設置状況                |                          | なし                      | 一部あり | 全居室内にあり |          |                      |
| 施設の敷地に関する事項               |                          |                         |      |         |          |                      |
| 敷地の面積                     |                          | 1260.69 m <sup>2</sup>  |      |         |          |                      |
| 事業所を運営する法人が所有             |                          | なし                      | 一部あり | あり      |          |                      |
| 抵当権の設定                    |                          | なし                      |      |         | あり       |                      |
| 貸借(借地)                    |                          |                         |      |         |          |                      |
| なし                        | あり                       | 契約期間                    | 始    | 終       |          |                      |
| 契約の自動更新                   |                          |                         | なし   |         | あり       |                      |
| 施設の建物に関する事項               |                          |                         |      |         |          |                      |

|  |                       |         |  |
|--|-----------------------|---------|--|
| 建物の構造                                  | 木造 1 階建               |         |  |
| 建物の延床面積                                | 662.06 m <sup>2</sup> |         |  |
| 事業所を運営する法人が所有                          | なし                    | 一部あり    | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 抵当権の設定                                 | なし                    |         | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 貸借（借家）                                 |                       |         |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり                    | 契約期間    | 始                                      |
|  |                       |         | 終                                      |
|  |                       | 契約の自動更新 | なし                                     |
|  |                       |         | あり                                     |

### 8. 利用者からの苦情窓口等

|   |  |  |
|---|--|--|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況                     |  |  |
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口           |  |  |
| 窓口の名称                                   | 介護事業部相談受付（苦情処理に関する体制を整備。入居者からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応。苦情申出による差別的な待遇は一切行わない） |  |
| 電話番号                                    | 0495-37-1301   |  |
| 対応している時間                                | 平日   | 10:00～17:00                                      |
|   | 土曜   | 10:00～17:00（ホームにて対応）                             |
|   | 日曜・祝日  | 10:00～17:00（ホームにて対応）                             |
| 定休日等                                    | なし   |  |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等                 |  |  |
| 窓口の名称                                   | ①埼玉県福祉部高齢介護課<br>②埼玉県消費生活支援センター熊谷<br>③本庄市「消費生活相談」（本庄会場）                   |  |
| 電話番号                                    | ①048-830-3254<br>②048-524-0999<br>③0495-25-1175                          |  |
| 対応している時間                                | 平日   | ①8:30～17:15<br>②9:00～16:00<br>③9:30～15:30（月・水・木） |
|   | 土曜   |  |
|   | 日曜・祝日  |  |
| 定休日等                                    | ①、②土・日・祝日・12/29～1/3<br>③火・金・土・日・祝日・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                           |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> あり  | （その内容）   |  |
| なし                                      |  |  |
| その他、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に関すること |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> あり  | （その内容）<br>損害賠償責任保険に加入しています。  |  |
| なし                                      |  |  |
| サービスの提供内容に関する特色等                        |  |  |

|   |                                     |             |    |                                     |
|---|-------------------------------------|-------------|----|-------------------------------------|
| (その内容)  |                                     |             |    |                                     |
| 小規模多機能型居宅介護事業所が併設されており、介護が必要になった際にも安心して介護保険サービスを受けられます。(別途契約を交わす必要あり) |                                     |             |    |                                     |
| 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                                      |                                     |             |    |                                     |
| なし  | <input checked="" type="checkbox"/> | 実施した年月日     |    |                                     |
|   |                                     | 当該結果の開示状況   | なし | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 第三者による評価の実施状況   |                                     |             |    |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                   | あり                                  | 実施した年月日     | 1  |                                     |
|   |                                     | 実施した評価機関の名称 |    |                                     |
|   |                                     | 当該結果の開示状況   | なし | あり                                  |

9. 利用料金

|  |                                       |                                     |                                     |                          |             |                          |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| 利用料の支払い方法                                    | 一時金方式                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | 月払い方式                               | <input type="checkbox"/> | 選択方式        | <input type="checkbox"/> |
| 敷金   | 0円                                    |                                     |                                     |                          |             |                          |
| 月払い方式  |                                       |                                     |                                     |                          |             |                          |
| 月単位で支払う利用料                                   |                                       |                                     |                                     |                          |             |                          |
| 年齢に応じた金額設定                                   | なし                                    |                                     |                                     |                          |             |                          |
| 要介護状態に応じた金額設定                                | なし                                    |                                     |                                     |                          |             |                          |
| 料金プラン  |                                       |                                     |                                     |                          |             |                          |
| プラン名称  | 月額                                    | (内訳)                                |                                     |                          |             |                          |
|  | 計                                     | 家賃相当額                               | 介護費用                                | 食費                       | 管理費         |                          |
| 基本プラン  | 93,000円(税込)                           | 36,000円(税込)                         |                                     | 42,000円(税込)              | 15,000円(税込) |                          |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。<br>※上記の月額は一月を30日とした場合。 |                                       |                                     |                                     |                          |             |                          |
| 算定根拠   | 家賃相当額                                 | 周辺の同類系施設の家賃を勘案し、当社事業計画に則り算定。        |                                     |                          |             |                          |
|  | 食費                                    | 人件費等の諸費用、食材費に基づく費用。                 |                                     |                          |             |                          |
|  | 管理費                                   | 水光熱費、事務管理費、共用施設の維持管理費。              |                                     |                          |             |                          |
|  |                                       |                                     |                                     |                          |             |                          |
|  | その他                                   |                                     |                                     |                          |             |                          |
| 一時金方式・月払い方式共通                                |                                       |                                     |                                     |                          |             |                          |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料                     |                                       |                                     |                                     |                          |             |                          |
|  | 個別的な選択による生活支援サービス                     | なし                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |             |                          |
| 算定根拠   | 人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。(介護サービス等の一覧表を参照) |                                     |                                     |                          |             |                          |

|         |   |  |
|---------|---|--|
|         |   |  |
| 料金改定の手続 |   |  |
|         | 2年に1回、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、運営懇談会の意見を聴いて、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある。 |  |

10. その他

|                                |                       |    |
|--------------------------------|-----------------------|----|
| 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 | あり                    | なし |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項          |                       |    |
| なし                             |                       |    |
| あり                             | (その内容)<br>指導指針適合表4(2) |    |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 新井 清美

※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

介護サービス等一覧表

施設名 (住宅型有料老人ホーム ノエル)

|                   | 各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス | 別途利用料を徴収した上で、実施するサービス | 備考   |
|-------------------|-------------------------|-----------------------|--|
| 介護サービス            |                         |                       |  |
| 食事介助              | あり                      | あり                    | 要支援・要介護者についてケアプラン(保険適用)を超えるものに関しては、30分:1,000円        |
| 排泄介助・おむつ交換        | あり                      | あり                    | 同上   |
| おむつ代              | なし                      | なし                    | 実費負担   |
| 入浴(一般浴) 介助・清拭     | あり                      | あり                    | 要支援・要介護者についてケアプラン(保険適用)を超えるものに関しては、1回:2,000円         |
| 特浴介助              | あり                      | あり                    |  |
| 身辺介助 (移動・着替え等)    | あり                      | あり                    | 要支援・要介護者についてケアプラン(保険適用)を超えるものに関しては、30分:1,000円        |
| 機能訓練              | あり                      | あり                    |  |
| 通院介助 (協力医療機関)     | あり                      | あり                    | 保険外:1時間/850円(公共交通費実費)                                |
| 通院介助 (協力医療機関以外)   | あり                      | あり                    | 保険外:1時間/850円(公共交通費実費)                                |
| 生活サービス            |                         |                       |  |
| 居室清掃              | あり                      | あり                    | 要支援・要介護者についてケアプラン(保険適用)を超えるものに関しては、30分:800円          |
| リネン交換             | あり                      | あり                    | リネン代1日/100円  |
| 日常の洗濯             | あり                      | あり                    | 要支援・要介護者についてケアプラン(保険適用)を超えるものに関しては、1回:600円(上限3,000円) |
| 居室配膳・下善           | あり                      | あり                    | 無料   |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事   | あり                      | あり                    | 近隣スーパー及びびホームセンター無料                                   |
| 買い物代行(通常の利用区域)    | あり                      | あり                    | 上記以外は1時間/850円(公共交通費実費)                               |
| 買い物代行(上記以外の区域)    | あり                      | あり                    | 本庄市無料・それ以外1時間/850円(公共交通費実費)                          |
| 役所手続き代行           | あり                      | あり                    | 原則本人管理   |
| 金銭・貯金管理           | あり                      | あり                    |  |
| 健康管理サービス          |                         |                       |  |
| 定期健康診断            | あり                      | あり                    | 年2回、費用は実費  |
| 健康相談              | あり                      | あり                    | 必要に応じ往診あり(費用は実費)                                     |
| 生活指導・栄養指導         | あり                      | あり                    | 同上   |
| 服薬支援              | あり                      | あり                    | 必要に応じ実施(健康管理サービス:月/2,500円)                           |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)  | あり                      | あり                    | 同上   |
| 入退院時・入院中のサービス     |                         |                       |  |
| 移送サービス            | あり                      | あり                    | ご家族等への連絡調整も行います                                      |
| 入退院時の同行(協力医療機関)   | あり                      | あり                    |  |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外) | あり                      | あり                    |  |
| 入院中の洗濯物交換・買い物     | あり                      | あり                    | 1回/600円  |
| 入院中の見舞い訪問         | あり                      | あり                    |  |

