

有 料 老 人 ホ ー ム 重 要 事 項 説 明 書

		記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	加藤 史郎	所属・職名	グループリビング麦・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	法人等の種類	なし	あり NPO法人
	名称	(ふりがな) とくていひえいりかつどうほうじん 特定非営利活動法人オーディナリーサーヴァンツ	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒089-5611 北海道十勝郡浦幌町字寿町8番地1		
事業主体の連絡先	電話番号	015-576-3444	
	FAX番号	015-576-3444	
	ホームページアドレス	なし	
		あり: http://	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	加藤史郎	
	職名	代表理事	
事業主体の設立年月日	平成11年4月23日		

事業主体が北海道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>					
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	いと小さき者たちの家	十勝郡浦幌町字寿町8番地1	
			五つのパンと二匹の魚	十勝郡浦幌町字住吉町54番地2	
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			
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	いと小さき者たちの家	十勝郡浦幌町字寿町8番地1	
			五つのパンと二匹の魚	十勝郡浦幌町字住吉町54番地2	
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) むぎ グループリビン 麦	
施設の所在地	〒089-5606 北海道十勝郡浦幌町字住吉町54番地8	
施設の連絡先	電話番号	015-579-7327
	FAX番号	015-579-7327
	ホームページ	なし
	アドレス	あり
施設の開設年月日	平成19年4月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏 名	秋元留美子
	職 名	管理者
施設までの主な利用交通手段		
JR根室本線 浦幌駅		
施設の類型及び表示事項	介護付有料老人ホーム（地域密着型特定施設入居者生活介護）	
介護保険事業所番号	0194700043	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日）		
事業の開始（予定） 年月日	平成19年4月1日	
指定の年月日	平成19年3月30日	
指定の更新年月日	平成31年3月31日	

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその他の勤務形態						
有料老人ホームの従業者の人数及びその勤務形態						
実 人 員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
施設長（管理者）	1				1	0.41
生活相談員	1				1	1
看護職員	1				1	1
介護職員	2	2	7		11	6.4
機能訓練指導員			1		1	0.1
計画作成担当者	1				1	0.31
栄養士						
調理員						
事務員			1		1	0.2
その他従事者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	2	1	1			
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1 級						
“ 2 級				3		
“ 3 級						
介護支援専門員		1				
従事者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
理学療法士			1			
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員 の人数	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）					1
	平均時の人数					1

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
生活相談員	1				1	1
看護職員	1				1	1
介護職員	2	2	7		11	6.4
機能訓練指導員			1		1	0.1
計画作成担当者	1				1	0.31
その他従事者				1	1	0.2
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数						40
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	2	1	1			
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1 級						
2 級		1	2			
3 級						
介護支援専門員		1				
従事者である機能訓練員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
理学療法士			1			
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無						
管理者が有している当該業務に係る資格等	な し	あり	資格等の名称			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						0.81

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			1			
1年以上3年未満者の人数				1		
3年以上5年未満者の人数				2		
5年以上10年未満者の人数	1		1	2	1	
10年以上の者の人数			4	2		
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常 勤	非常勤	常 勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数						
前年度一年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数		1				
1年以上3年未満者の人数						
3年以上5年未満者の人数						
5年以上10年未満者の人数						
10年以上の者の人数				1		
従業者の健康診断の実施状況				あり	なし	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
1 入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努める。 2 謙虚な人間理解の姿勢と適切な介護技術知識を持ってサービスを提供する。 3 事業の実施にあたっては、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。		
介護サービスの内容、利用定員等		
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	な し	あ り
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	な し	あ り
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	な し	あ り
利用者の個人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	浦幌町立診療所	
(協力の内容)	入居者への医学的支援（日常及び病状悪化ならびに緊急時の対応、また専門医療機関への紹介等）に関して、365日・24時間体制での協力	
協力歯科医療機関	な し	あり
(協力の内容)	その名称	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
<ul style="list-style-type: none"> ・日常は居室にて行う ・居室での介護が困難になり、密度の濃い介護が必要になった入居者については、より適切な介護を提供するため、一時介護室に移して介護を行う 		

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 居室での介護が困難になり、密度の濃い介護が必要になった入居者に対して ・ 入居者及びその家族の意思疎通を書面をもって行う。 		
追加的費用の有無	な <input checked="" type="radio"/> し	あ り
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	な <input checked="" type="radio"/> し	あ り
従前の居室からの面積の増減の有無	な し	あ <input checked="" type="radio"/> り
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/> し	あ り
浴室の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/> し	あ り
洗面所の変更の有無	な し	あ <input checked="" type="radio"/> り
台所の有無	な <input checked="" type="radio"/> し	あ り
その他の変更の有無	な <input checked="" type="radio"/> し	あ り
(その内容)		
介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	な し	あ り
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	な し	あ り
従前の居室からの面積の増減の有無	な し	あ り
従前の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
台所の有無	な し	あ り
その他の変更の有無	な し	あ り
(その内容)		

その他		なし	あり
判断基準・手続について			
(その内容)			
追加的費用の有無		なし	あり
居室利用権の取扱い			
(その内容)			
入居一時金償却の調整の有無		なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無		なし	あり
従前の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
台所の有無		なし	あり
その他の変更の有無		なし	あり
(その内容)			
施設の入居に関する要件			
自立している者を対象		なし <input type="radio"/>	あり
要支援の者を対象		なし <input type="radio"/>	あり
要介護の者を対象		なし	あり <input type="radio"/>
留意事項	少人数による共同生活を営むのに支障がないこと・自傷他害の恐れがないこと・常時、医療機関において治療をする必要がないこと		
契約の解除の内容	契約違反をしたとき等		
	(契約違反内容については、重要事項説明書別紙1参照)		
体験入居の内容	無		
入居定員	10名		
その他			

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
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満			1			1
85歳以上	2	3	1	2	1	9
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						

入居者の平均年齢 89.7

入居者の男女別人数 男性 2 女性 8

入居率（一時的に不在となっている者を含む） 100%

前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退去した者の人数

	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						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数		2	8		0	0

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2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	
	介護居室個室	あり	なし	10	10	18.1	m ²
	居室相部屋	あり	なし				m ²
							m ²
							m ²
一時介護室 (事務室兼用)	あり	なし	1	1	24.43	m ²	
共用便所の設置数	5	うち男女別の対応が可能な数			5		
		うち車椅子等の対応が可能な数			5		
個室の便所の設置数	0	個室における便所の設置割合					
		うち車椅子等の対応が可能な数					
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					
その他、浴室の設備に関する事項 両側介助用浴槽・手すり・入浴台・シャワーチェア							
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) 居間・台所・談話室・浴室・便所・(事務室)		
バリアフリーの対応状況							
(その内容)							
すべてバリアフリー対応							
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり				
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり				
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり				
施設の敷地に関する事項							
敷地の面積		1,501.29 m ²					
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	H19年4月1日	終	H24年8月31日	
契約の自動更新					なし	あり	
施設の建物に関する事項							
建物の延床面積		524.88 m ²					
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(借家)							
なし	あり	契約期間	始		終		
契約の自動更新					なし	あり	

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	グループリビング		
電話番号	015-579-7327		
対応している時間	平日	9:00~18:00	
	土曜	"	
	日曜・祝祭日	"	
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	浦幌町役場保健福祉課・地域包括支援センター		
電話番号	015-576-5111		
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜		
	日曜・祝祭日		
定休日等			
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			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 賠償責任・障害・感染症見舞金補償	
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			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 事後報告書作成・運営懇談会に報告	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 共同生活型、要介護者の身体介護はもちろん認知症対応の知識技術を身につけたスタッフにより、心身ともに安定した生活を提供できる			
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="radio"/>	実施した年月日	月1度の利用者懇談会開催
		当該結果の開示状況	なし <input checked="" type="radio"/>
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="radio"/>	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/>

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合		なし	あり
一時金に関する費用			
①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のため家賃相当額に充当されるもの）		なし	あり
名 称			
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円 戸
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円
	最低の額	最高の額	最多価格帯
人の入居の場合	円	円	円 戸
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)
②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス) (「あり」の場合、その内容及び利用料)		なし	あり
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠		なし	あり
名 称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	なし	あり	(その内容)

③利用者の個別的な選定による介護サービス利用料		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所として運営する 制度に基づく介護保険料の一割負担分			
名 称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名 称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	

介護保険給付以外のサービスに要する費用

月額の場合の利用料の額			
管理費	なし <input checked="" type="radio"/>	あり	
(「あり」の場合、その用途)			
食費	なし	あり <input checked="" type="radio"/>	
(「あり」の場合、その内容) 日額600円(朝食160円、昼食210円、夕食230円)実費			
光熱水費	なし	あり <input checked="" type="radio"/>	水道光熱費月額24,000円 ゴミ処理費月額1,950円 防火管理費月額3,000円
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス	なし <input checked="" type="radio"/>	あり	
(「あり」の場合、その利用料)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な算出根拠			なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/>
個別的な選択による介護サービス	なし	あり <input checked="" type="radio"/>	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 町内外へ私的用事で職員の運転する車両で外出する場合 500円/30分 町外の通院介助等 職員一人あたり 500円/30分			
家賃相当額	なし	あり <input checked="" type="radio"/>	居室A 45,000円 居室B 39,000円
その他に必要な月額利用料			なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/>
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料			なし <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/>
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 入居時、家賃1ヶ月分の敷金が必要であり、退去時に室内の補修、清掃が必要な場合その経費に充当し、残金が生じた場合は返却する。			

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 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 令和 年 月 日

説明者署名

契約違反の内容

《催告の上、契約解除できるもの》

- 1、甲の定める書面によって甲の承認を得ずに次の行為をしたとき
 - ①居室について模様替えその他工作をしたとき
 - ②敷地内において自動車を保有したとき
- 2、次に該当するときに、乙又は乙の身元引受人から、直ちに通知がなく、1ヶ月以上にわたり、居室を利用しないとき
 - ①乙が、居室を利用しないとき
 - ②乙が氏名を変更し、又は乙の身元引受人が住所、氏名を変更したとき
 - ③乙又は乙の身元引受人が死亡したとき、又は乙又は乙の身元引受人について、後見開始、保佐開始、補助開始のいずれかの審判があったとき
 - ④乙又は、乙の身元引受人が強制執行、仮差押え、仮処分若しくは競売の申立を受け、又は国税徴収の例による差し押さえを受けたとき
 - ⑤乙又は乙の身元引受人に対して破産の申立て、民事再生、又は個人再生の申立て（自己申立てを含む）があったとき
- 3、長期の不在により、この契約を継続する意志がないと甲が認めたとき
- 4、高齢者同士の集団生活であるとの趣旨に反し、居室及び共用部分の利用方法等に関する甲の防災などについての注意に従わなかったとき
- 5、居室を、高齢者専用住宅の住居以外の目的に使用したとき
- 6、共用部分に自己の所有物を置くなど、自己の専用に使用したとき
- 7、居室内において、テレビ、ラジオなどによる騒音を発したり、又居室内を著しく不衛生にして、他人に迷惑又は不快感を与えたとき
- 8、居室又は共用部分において、猫その他の動物を飼育したり、甲の許可を得た小動物に関し、甲の指示を守らないとき
- 9、身元引受人を定めなかったとき
- 10、身元引受人が、乙の甲に対する責務および必要なときに身柄を引き取る責任を果たそうとしないとき
- 11、身元引受人変更の手続きを甲の指示通りに行わないとき
- 12、身元引受人が2の③,④,⑤に該当したとき、又は所在不明で甲からの連絡が取れなくなったとき、その他甲の要求する資格を失ったと認めたときに、甲からの新たな身元引受人を立てることの請求に速やかに応じないとき
- 13、その他、グループリビング麦入居契約書に違反したとき

《通知催告を要せず、即時解除できる》

- 1、入居時申込書に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居しようとし、又は入居したとき
- 2、乙が甲に支払うべき費用を、3ヶ月分以上滞納したとき
- 3、乙が甲に支払うべき金員等の支払いをしばしば遅延する等の事情により、甲、乙間の信頼関係が著しく害されたと甲が認めるとき
- 4、建物、付帯設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき
- 5、第三者に対し、居室の全部又は一部を転貸し、若しくは居室の権利を譲渡、担保差し入れし、又は居室を他の居室と交換したとき、及びその行為に類する行為又は処分をしたとき
- 6、共同生活の秩序を乱す行為をしたとき

その他退去の理由として

- ・ 介護保険認定更新の際、自立、要支援と認定されたとき
- ・ 結核等伝染病で、医師がホームでの生活の継続が困難だと判断したとき

介護サービス等の一覧表

項目・区分	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス	特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料金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	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	なし	あり
入浴(一般浴)介助・静拭	なし	あり	なし	あり
特浴介助	なし	あり	なし	あり
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)	なし	あり	なし	あり
				町外について 職員1人当たり500円/30分
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	なし	あり
おやつ	なし	あり	なし	あり
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり
買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり
買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり
				医師の指示による治療食等
				町外について 職員1人当たり500円/30分 1件につき500円
健康管理サービス				
定期健康診断	なし	あり	なし	あり
健康相談	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・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
入退院時の同行(協力医療機関外)	なし	あり	なし	あり
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
				福祉有償運送による移送サービス
				町外について 職員1人当たり500円/30分 1件につき500円
				ご家族の要請により訪問する場合500円/30分