

ベ ー ネ 函 館 「和 楽」

有 料 老 人 ホ ー ム 入 居 契 約

重 要 事 項 説 明 書

運 営 会 社 : 株 式 会 社 　 べ ー ネ 函 館

作 成 : 令 和 3 年 1 2 月

有料老人ホーム重要事項説明書

	記入年月日	令和 3年 12月 1日	
記入者名	山上 優子	所属・職名	管理者

1. 設置者概要

設置者の名称，所在地および連絡先			
設置者の名称	法人等の種類	なし	あり 営利法人
	名称	(ふりがな) ベーね はこだて 株式会社 ベーネ 函館	
設置者の所在地	〒041-0821 北海道函館市港町1丁目21-22		
設置者の連絡先	電話番号	0138-86-5118	
	FAX番号	0138-86-5119	
	ホームページアドレス	なし あり	
設置者の氏名および職名	氏名	ながい ひろみ 長井 博實	
	職名	代表取締役	
設置者の設立年月日	平成31年3月26日		

設置者が函館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	訪問介護事業所ベーネいしかわ	北海道函館市石川町464番地1
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護事業所ベーネいしかわ	北海道函館市石川町464番地1
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	ショートステイいしかわ	北海道函館市石川町464番地1
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	定期巡回・随時対応型訪問介護看護わらく	北海道函館市石川町464番地1
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	グループホームいしかわ	北海道函館市石川町464番地1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	介護付有料老人ホームカーサ石川	北海道函館市石川町464番地1
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	ベーネ函館支援センター	北海道函館市石川町464番地1
<居宅介護予防サービス>				
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	訪問看護事業所ベーネいしかわ	北海道函館市石川町464番地1
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	ショートステイいしかわ	北海道函館市石川町464番地1
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	グループホームいしかわ	北海道函館市石川町464番地1
介護予防支援	あり	なし		
介護予防・日常生活支援総合事業	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		
介護医療院	あり	なし		

2. 施設概要

施設の名称, 所在地および連絡先		
施設の名称	(ふりがな)じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむべーねはこだてわらく 住宅型有料老人ホームベーネ函館和楽	
施設の所在地	〒041-0802 北海道函館市石川町464番地1	
施設の連絡先	電話番号	0138-47-0111
	FAX番号	0138-47-5871
	ホームページ アドレス	なし あり
施設の開設年月日	令和2年2月1日	
管理者の氏名	山上 優子	
施設までの主な利用交通手段		
JR 函館駅より約 6.8 km、 函館空港より約 8.8 km JR 五稜郭駅より約 3.5 km、 函館バス：石川会館前 徒歩 5 分		
施設の類型および表示事項		
類型	住宅型有料老人ホーム	
表示事項	居住の権利形態 : 利用権方式 利用料の支払方法 : 選択方式 入居時の要件 : 入居時自立・要支援・要介護 介護保険 : 訪問介護、訪問看護等の在宅サービス利用可 介護居室区分 : 全室個室 その他 : 提携ホーム移行可	
介護保険事業所番号		
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日または開始予定年月日, 指定または許可を受けた年月日 (指定また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		
指定の年月日		
指定の更新年月日		

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数およびその勤務形態						
有料老人ホームの従業者の人数およびその勤務形態						
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		
管理者		1			1	1
生活相談員						
看護職員			1		1	0.5
介護職員			13		13	6.5
生活支援員	1		3		4	2.5
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員	1				1	1
その他従事者	2		3		5	3.5
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				4		
実務者研修				2		
介護職員初任者研修				6		
介護支援専門員						
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						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師および准看護師				1		
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
はり師						
きゅう師						
夜勤を行う看護職員および介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均時間 (19時～8時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0					
介護職員	2					
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			

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				2		
前年度1年間の退職者数		3		9		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数		1		1		
1年以上3年未満者の人数				1 2		
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						
	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						
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			
「一人一人の個性の尊重」「選択のできる喜びの提供」「一人一人の気持ちを尊重したケア」を大切に致します。レクリエーション、食事、入浴、リハビリなどを一人一人に合わせて実施することで、「選べる喜び」を提供します。			
介護サービスの内容、利用定員等			
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	
施設入居者生活介護の加算体制の有無			
入居継続支援加算	あり	なし	
生活機能向上連携加算	あり	なし	
個別機能訓練加算	あり	なし	
夜間看護体制加算	あり	なし	
若年性認知症入居者受入加算	あり	なし	
医療機関連携加算	あり	なし	
口腔衛生管理体制加算	あり	なし	
栄養スクリーニング加算	あり	なし	
退院・退所時連携加算	あり	なし	
看取り介護加算	あり	なし	
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	あり	なし	
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	あり	なし	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	あり	なし	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	あり	なし	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	あり	なし	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	あり	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	なし	
協力医療機関の名称	アイビー函館クリニック（函館市上湯川町10-8）		
（協力の内容） 診療科目：内科 協力科目：診療のために内科医師派遣・日常の健康相談・介護指導・他の医療機関に受診・入院を要する場合の紹介。年6回の健康診断の実施。（医療費その他の費用は入居者の自己負担）協力医療機関と連携し対応（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			
協力医療機関の名称	医療法人秀真会 藤岡眼科（函館市石川町450-2）		
（協力の内容） 診療科目：眼科 協力科目：診療のための眼科医師派遣・眼科相談。 月1回の訪問診療。（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			
協力医療機関の名称	社会福祉法人北海道社会事業協会函館病院（函館市駒場町4-6）		
（協力の内容） 診療科目：内科・呼吸器内科・外科・皮膚科・泌尿器科・整形外科・歯科 ・歯科口腔外科・麻酔科・診療放射線科・臨床検査科・リハビリテーション科・消化器病センター・検診センター・薬剤科 協力科目：受診、治療への協力・入院加療が必要な場合の支援（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 医療法人社団 吉田歯科口腔外科 （函館市湯川町1丁目30-8）
（協力の内容） 診療科目：一般歯科・口腔外科・障害歯科診療。 協力科目：月4回の訪問歯科診療（医療費その他の費用は入居者の自己負担）			
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
	一般居室

	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)		
	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)		
	前払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)		
	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)		
	前払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（居室の変更）		なし	あり
判断基準・手続について			
<p>（その内容）医師の申し出・連絡を受け、介護の必要性から専用居室の住み替えが必要との助言・指導を受けた場合、以下の手続を行なう。</p> <p>① 事業者の指定する医師の意見を聞く</p> <p>② 緊急やむをえない場合を除いて一定の観察期間を設ける</p> <p>③ 変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人等に説明</p> <p>④ 身元引受人の意見を聞く</p> <p>⑤ 入居者の同意を得る</p> <p>※以上の手続を経て、新たに入居する居室に利用権を引き継ぎます。</p>			
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）居室の利用権が移行する。			
前払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）暖房器具、電気使用料			
施設の入居に関する要件等			
自立している者を対象		なし	あり
要支援の者を対象		なし	あり
要介護の者を対象		なし	あり
留意事項	概ね65歳以上		
契約の解除の内容	<p>① 入居者が逝去した場合。</p> <p>② 設置者又は入居者が解約した場合。</p>		
設置者からの解約	解約条項	<p>・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。</p> <p>・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時。</p> <p>・入居者の行動が、他の入居者又は従業員に生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき等。（その他入居契約書参照）</p>	
	解約予告期間	3ヶ月	
入居者からの解約	解約予告期間	1ヶ月	
	体験入居の内容	1 あり（内容：1泊2日 8,800円（原則3泊4日まで）） 2 なし	
入居定員	50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						
65歳以上75歳未満			1	1		2
75歳以上85歳未満		2	1		4	7
85歳以上	1	2	2	3	7	15
	自立	要支援1	要支援2			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	86.1					
入居者の男女別人数	男性	7		女性	17	
入居率（一時的に不在となっている者を含む） 50.0						
前年度の有料老人ホームまた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				1		1
社会福祉施設					2	2
医療機関					1	1
死亡者		1	3		5	9
その他						
	自立	要支援1	要支援2			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	22			

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			あり	なし	
	建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物			あり	なし	
消防用設備等	消火器			あり	なし	
	カーテン・カーペット等の防災措置			あり	なし	
	自動火災報知設備			あり	なし	
	消防機関へ通報する火災報知装置			あり	なし	
	スプリンクラー			あり	なし	
	防火管理者			あり	なし	
	防災計画			あり	なし	
居室の状況	区 分			室 数	人 数	1の居室の床面積
	居室個室	あり	なし	50	50	32.86~35.42m ²
	居室相部屋	あり	なし			m ²
	一時介護室	あり	なし			m ²
共用便所の設置数	6	うち車椅子等の対応が可能な数			2	
個室便所の設置数	50	うち車椅子等の対応が可能な数			50	
浴室の設備状況	浴室の数	個 浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		50	2 男女別大浴場	1		
入居者が調理を行う設備状況				なし	あり	
エレベーターの設置状況	1	あり（ストレッチャー対応）		2	あり（車いす対応）	
	3	あり（上記1・2に該当しない）		4	なし	
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 10,129.90m 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	2019年11月1日	終	2038年10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						
建物の面積 5,867.51m 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	2019年11月1日	終	2038年10月31日
				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			
設置者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	事務室（苦情処理担当者を定め体制を整備。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なわない。）		
電話番号	0138-47-0111		
対応している時間	平日	午前9時から午後5時	
	土曜	午前9時から午後5時	
	日曜・祝祭日	休日	
定休日等	フローケア責任者対応し生活相談員に連絡。		
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 函館市保健福祉部高齢福祉課 ② 北海道国民健康保険団体連合会 ③ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会		
電話番号	① 0138-21-3025 ② 011-231-5175 ③ 03-3548-1077		
対応している時間	平日	①	8:45～17:30
		②	9:00～17:00
		③	10:00～16:00
土曜			
日曜・祝祭日			
定休日等	土日・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			
なし	あり	(その内容) 民間保険会社の「施設管理損害賠償責任保険」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・身体・財産に損害が発生した場合、直ちに必要な措置を講ずるとともに不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行ないます。ただし、入居者側に重大な過失がある場合には賠償額を減らすことがあります。	
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	あり	(その内容)	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)			
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	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
なし	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 あり

5. 利用料金

利用料の支払い方式	月払い方式					
敷金	円（家賃の ヶ月分）					
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			あり	
要介護状態に応じた金額設定		なし			あり	
料金プラン						
	プラン名 称	月額	(内訳)			
		計	家賃	食費 (概算)	電気代	管理費
	Aタイプ	157,500	45,000	52,500	北電と 個別契約	60,000
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※食費は1日1,750円（朝食443円、昼食648円、夕食659円）×1ヶ月を30日として計算 外出外泊（前々日までの届出）、入院期間等の欠食は徴収なし						
算定 根拠	介護 費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。				
	食費	人件費等の諸経費、食材費等1日3食を提供するための費用				
	電気代	個別の外部契約による実費負担				
	管理費	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費、水道費。※実費で 提供するサービスは、介護サービス等の一覧表参照				
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、入居者様の 意見を運営懇談会等で聴き、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある。						

6. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
運営規程	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
事業収支計画書	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
財務諸表の要旨	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
財務諸表の原本	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない

7. 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)	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

入居者 _____様

説明年月日 令和 _____年 _____月 _____日

説明者 _____

※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捺印を求める。

同意年月日 令和 _____年 _____月 _____日

入居者署名 _____

身元引受人署名 _____

介護サービス等の一覧表

	外部の介護 保険サービ スと契約し て実施され るサービス		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	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	状況に応じて(※基本外部サービス)
排泄介助・おむつ交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	状況に応じて(※基本外部サービス)
おむつ代	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実費負担
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	1,650円/回,基本1時間まで
特浴介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	3,300円/回,基本1時間まで
身体介助(移動・着替え等)	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	状況に応じて(※基本外部サービス)
機能訓練	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
通院介助(協力医療機関)	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	550円/30分/1名 (※ベーネ函館クリニックの通院は管理費に含まれる)
通院介助(協力医療機関以外)	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	550円/30分/1名
生活サービス							
居室清掃	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
リネン交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	550円/30分/1名
日常の洗濯	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	550円/回、コインランドリー使用料(実費)
居室配膳・下膳	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実費負担
おやつ	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
理美容師による理美容サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実費負担
買い物代行(通常の利用区域)	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
買い物代行(上記以外の区域)	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	指定地区以外550円/30分/1名
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	指定日以外550円/30分/1名
金銭・貯金管理	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	預り金等管理規程参照
健康管理サービス							
定期健康診断	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	550円/30分/1名
入退院時の同行(協力医療機関)	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	550円/30分/1名
入院中に見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	