

重要事項説明書

記入年月日	平成28年7月1日
記入者名	石塚 美佐子
所属・職名	ホーム・管理者

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) かぶしきかいしゃれいくすとうえんていわん 株式会社レイクス21	
主たる事務所の所在地	〒104-0031 東京都中央区京橋一丁目11番8号	
連絡先	電話番号	03-3564-1620
	FAX番号	03-3564-1621
	ホームページアドレス	http://www.lakes21.co.jp/
代表者	氏名	池 俊明
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 12年 1月 4日	
主な実施事業	※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) おらちな・しにあほーむいななのはな プラチナ・シニアホーム伊奈なのはな	
所在地	〒362-0807 埼玉県北足立郡伊奈町寿1丁目84番1	
主な利用交通手段	最寄駅	埼玉新都市交通 (ニューシャトル) 羽貫駅
	交通手段と所要時間	ニューシャトル 羽貫駅から、徒歩15分
連絡先	電話番号	048-729-3330
	FAX番号	048-729-3331
	ホームページアドレス	http://www.lakes21.co.jp
管理者	氏名	石塚 美佐子
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 22年10月1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 24年3月30日

(類型) 【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）			
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）			
3 住宅型			
4 健康型			
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号		
	指定した自治体名		県（市）
	事業所の指定日		平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）		平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1 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				
建物	延床面積	全体				927.87m ²
		うち、老人ホーム部分				m ²
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他（ ）				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
		3 木造				
		4 その他（ ）				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
2 事業者が賃借する建物						
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり (平成22年10月1日～平成48年3月31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 相部屋あり				
		最少				人部屋
	最大				人部屋	
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分
	タイプ1	有/無	有/無	18.63m ²	26	一般居室個室
共用施設	共用便所における便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房			2ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房			2ヶ所

共用浴室	0ヶ所	個室	ヶ所
		大浴場	ヶ所
	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所
		リフト浴	ヶ所
		ストレッチャー浴	1ヶ所
その他（ ）	ヶ所		
食堂	1 あり 2 なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	1 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 なし		
消防用設備等	消火器	1 あり 2 なし	
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし	
	火災通報設備	1 あり 2 なし	
	スプリンクラー	1 あり 2 なし	
	防火管理者	1 あり 2 なし	
	防災計画	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	<p>当住宅では、入居者様に対しての個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことができるよう、基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急対応を行います。また、関係市町村、協力医療機関及び地域の保健医療・福祉サービス提供期間等と連携を図り、医療・介護が必要となった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。</p> <p>なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、入居者様は、連携先以外のサービス事業者のサービス（介護保険サービス、医療サービス等）を自由に選択することができます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>在宅高齢者が医療や介護が必要となっても、安心して住み慣れた地域で住み続けることのできる住まいの充実を目的として、事業を運営してまいります。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	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	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ① 協力医療機関及び協力医療機関への受診取次 ② 処方薬の取次 こ希望により、協力医療機関及び協力歯科医療機関以外の医療機関、歯科医療機関、調剤薬局等をご利用いただくことも可能です。 ※医療機関、歯科医療機関、調剤薬局を利用した場合は、それぞれの機関に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。		
協力医療機関	1	名称	西村ハートクリニック
		住所	埼玉県上尾市宮本町3-2
		診療科目	循環器・内科
		協力内容	訪問往診
	2	名称	金崎医院
		住所	埼玉県北足立郡伊奈町内宿台3-40
		診療科目	内科
		協力内容	外来受診
協力歯科医療機関	名称	あつ美歯科クリニック大宮	
	住所	埼玉県さいたま市大宮区大成町2-188	
	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 3 その他（他の一般居室に移る場合）	
判断基準の内容	住戸移動は原則としてありませんが、適切なサービスの提供に支障をきたす場合、又はその恐れがある場合、住戸を変更していただく場合があります。	
手続きの内容	一定期間の観察を行い、医師の意見を聞き、ご入居様及び身元引受人様の同意を得たうえで実施します。	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	ご入居者様・事業間による建物賃貸借契約の合意解約がなされたものとし、その後に移動先の住戸で新たな建物賃貸借契約を締結することとなります。	
前払金償却の調整の有無	1 あり 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
	便所の変更	1 あり 2 なし

浴室の変更	1 あり	2 なし
洗面所の変更	1 あり	2 なし
台所の変更	1 あり	2 なし
その他の変更	1 あり	(変更内容)
	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	1 あり	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容	入居者様及び入居代理人は、事業者に対し、30日の予告期間において文書で通知することにより、本契約を解除することができます。		
事業主体から解約を 求める場合	解約条項	<p>事業者は、入居者様の行動が他の入居者様の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の生活支援方法では、これを防止することができず、本契約を将来にあたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することができるものとします。この場合、事業者は次の手続きを行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 一定の観察期間をおくこと ② 主治医及び生活支援サービス提供スタッフ等の意見を聴くこと ③ 契約解除の通告について90日の予約期間をおくこと ④ 前号の通告に先立ち、入居者様本人の意思を確認すること及び代理人または入居者様のご家族様などの意見を聴くこと。 ⑤ 解除勧告の予告期間中に入居者様の移転先がない場合には入居者様や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力すること <p>事業者は、入居者様が正当な理由なく、事業者を支払うべきサービス利用料を3ヶ月以上滞納した場合において、入居者様に対し、相当の期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払いがないときは、この契約を解除することができるものとします。</p>	
	解約予告期間	90日	
入居者からの解約予告期間	30日		
体験入居の内容	<p>1 あり (内容：一泊 5,142円 (住宅費・光熱水費・生活支援サービス費、介護費用を含む、食事代別途。8%消費税込み消費税込)</p> <p>2 なし</p>		
入居定員	26人		

その他	
-----	--

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

(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			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			

柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18時～ 9時)			
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		人	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										
前年度1年間の退職者数			1人	1人						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上 3年未満			2人						
	3年以上 5年未満			3人						
	5年以上 10年未満			3人	2人					
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 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 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	
	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 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 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	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	介護保険給付対象外サービスの費用として支払う利用料金について、消費者物価指数、雇用情勢、その他の経済事情の変動により利用料金が不相当になった場合
	手続き	料金を改定する際は、入居者様、入居者様の代理人または入居者様のご家族等の関係者に対して、あらかじめ通知のうえ、運営懇談会の意見を聴いたうえで重要事項説明書を用いて十分に説明し、同意を得ることとします。

(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5	
	年齢	60歳以上	歳
居室の状況	床面積	18.63㎡	㎡
	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	0円	円
	敷金	0円	円
月額費用の合計		130,931円	円
家賃		50,000円	円
サービス	特定施設入居者生活介護*1の費用		円
	介護	食費	45,360円
		管理費（共益費）	15,000円

ス 費 用	保 険 外※ 2	介護費用（生活支援サービス費基本料 金）	20,571円	円
		光熱水費	円	円
		その他	円	円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。				
※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）				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	サービス付き高齢者向け住宅部門に係る人件費その他の管理経費より月額家賃相当額を算出。
敷金	家賃の 0ヶ月分
介護費用	見守り、安否確認、緊急対応、コール対応、生活支援サービスに係る人件費その他経費より算出 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	1. 住戸部分の上・下水道代、共同利用設備部分及び共用部分の光熱費、 上・下水道代、清掃費等の維持管理費 2. 設備定期点検・保守管理費（エレベーター、空調機、消防設備等） 3. 共同利用設備部分及び共用部分の日用品費、等 ※各住戸部分の上・下水道代は、建物全体のメーターから維持管理費、事業者の事務所で使用する分量を控除した額から、全住戸数で除した額とします。 ※住戸部分の電気代は、住戸ごとの電力使用量に基づき、別途お支払いいただくため、共益費には含まれておりません。
食費	食材材料費、厨房に係る人件費、食器その他器具什器費の原価償却費
光熱水費	住戸部分の上・下水道代は共益費に含みます。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(前払金の受領) なし

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	14人
	女性	9人
年齢別	65歳未満	4人
	65歳以上75歳未満	8人
	75歳以上85歳未満	5人

	85歳以上	6人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	0人
	要支援 2	6人
	要介護 1	1人
	要介護 2	8人
	要介護 3	6人
	要介護 4	2人
	要介護 5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	7人
	5年以上10年未満	14人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	79歳
入居者数の合計	23人
入居率※	98%
※ 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	人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	3人
	死亡者	1人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

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)

窓口の名称	プラチナ・シニアホーム伊奈なのはな・苦情相談窓口	
電話番号	048-729-3330	
対応している時間	平日	午前9時00分～午後6時00分
	土曜	午前9時00分～午後6時00分
	日曜・祝日	午前9時00分～午後6時00分
定休日	特になし	

(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	東京海上日動火災保険株式会社 事業活動包括保険
	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	<ul style="list-style-type: none"> ・本契約に基づき、介護サービス等を入居者様に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者様の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族様へのご連絡、救急車の呼び出し等）を行います。 ・事故が発生した場合には、事故の概要、事故原因の調査及び再発防止策を策定し、埼玉県福祉部高齢介護課、埼玉県都市整備部住宅課、区市町村に報告します。 ・入居者様に対するサービスの提供に当たって、事故が発生し、入居者様の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者様に対して損害を賠償します。ただし、入居者様に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、又は賠償額を減額することがあります。
	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	
		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	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	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	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	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		
「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		

不適合事項がある場合の 内容	
-------------------	--

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）

上記の内容について、説明を行い、入居者の確認及び同意を得て、交付しました。

説明年月日 平成 年 月 日

事業者	所在地	東京都中央区京橋1丁目11番8号
	事業者(法人)名	株式会社レイクス21
	代表者職・氏名	代表取締役 池 俊明
事業所	所在地	埼玉県北足立郡伊奈町寿1丁目84番1
	名称	プラチナ・シニアホーム伊奈なのはな
説明者	説明者・氏名	_____ 印

上記の内容について、説明を受け、確認及び同意をし、交付を受けました。

確認及び同意年月日 平成 年 月 日

利用者

住所

氏名
_____ 印

署名代行者

下記の理由により、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。
署名代行理由：[
_____]

本人との続柄

《
》

住所

氏名
_____ 印

代理人

住所

本人との続柄

《
》

氏名
_____ 印

立会人

住所

本人との続柄

《
》

氏名

印

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
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし	プラチナ・訪問介護ステーション春日部 (他4ヶ所)	春日部市栄町 3-107
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	プラチナ・デイサービス埼玉坂戸	坂戸市元町65-6
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	プラチナ・シニアホーム春日部藤の牛島	春日部市牛島（以下未定）
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	プラチナ・ケアプランサービス春日部 (他3ヶ所)	春日部市栄町 3-107
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	プラチナ・訪問介護ステーション春日部 (他4ヶ所)	春日部市栄町 3-107
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	プラチナ・デイサービス埼玉坂戸	坂戸市元町65-6
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	プラチナ・シニアホーム春日部藤の牛島	春日部市牛島（以下未定）

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		
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

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						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
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	540	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	540	
おむつ代			なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	2,160	
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		○	540	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	540	
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		○	540	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	270	1日朝、昼、夕三回居室に運んだ時
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		<input type="checkbox"/>	100	3食お粥の場合はプラス100円増し、
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				
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	540	※早急に必要なものがあれば代行します
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,080	
金銭・貯金管理			あり	あり				金銭は、預かれません。
健康管理サービス								
定期健康診断			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		○	3,240	毎食後、就寝前薬をお渡しして服用されます。
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	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				

※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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。