

# サービス付き高齢者向け住宅 重要事項説明書

(エイジングハウス こずかたの郷)

## 1 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ いわてあいりんかい 株式会社 いわて愛隣会	
主たる事務所の所在地	〒020-0051 岩手県盛岡市下太田沢田 22 番地 15	
連絡先	電話番号	019-656-3737
	FAX 番号	019-656-3738
	メールアドレス	info@i-airinkai.co.jp
	ホームページアドレス	http://i-airinkai.co.jp
代表者	氏名	吉田 壽徳
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 20 年 11 月 20 日	
主な実施事業	※別添1 (別々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) えいじんぐはうす こずかたのさと エイジングハウス こずかたの郷	
所在地	〒020-0051 岩手県盛岡市下太田沢田 23-3	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 東北本線 盛岡駅
	交通手段と所要時間	・ J R 東北本線 盛岡駅より徒歩30分 ・ 岩手県交通バス 太田ショッピングプラザ前バス停より徒歩1分
連絡先	電話番号	019-656-2611
	FAX 番号	019-656-2612
	メールアドレス	kozukata@i-airinkai.co.jp
	ホームページアドレス	http://i-airinkai.co.jp
管理者	氏名	千葉 裕美
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 24 年 4 月 20 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 24 年 5 月 1 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する場合）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	24盛建第18-2号
	指定した自治体名	盛岡市
	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	2,886.00 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成24年3月15日～平成49年3月14日) 2 なし
更新の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし		
建物	延床面積	全体	996.94 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	508.86 m <sup>2</sup>
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
		3 その他 ( )	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	
<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物			
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成24年3月15日～平成49年3月14日) 2 なし	
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.01 m <sup>2</sup>	5室	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.13 m <sup>2</sup>	8室	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.25 m <sup>2</sup>	1室	一般居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.30 m <sup>2</sup>	1室	一般居室個室
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
			その他（ ）	ヶ所		
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし				
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし				
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし				
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし				
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし				
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし				
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし				
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし				
その他						

#### 4 サービスの内容 (全体の方針)



	2	名称	池田内科
		住所	岩手県盛岡市上太田弘法清水10-3
		診療科目	内科
		協力内容	定期通院等
協力歯科医療機関	1	名称	きたがわ歯科クリニック
		住所	岩手県盛岡市長田町1-5 カシオペアⅢ102
		協力内容	訪問歯科・歯科検診等

### (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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・概ね60歳以上の方で、要介護状態の方。</li> <li>・特養・老健等の施設への入所待機をされている方。</li> <li>・1人での生活が困難又は家族等の援助が困難な方。</li> <li>・入居利用による共同生活を営むに概ね支障のない方・自傷他害の恐れのない方。</li> <li>・個室の追加入居者は家族のみとなります。</li> </ul>	
契約の解除の内容	建物賃貸借契約書第17条参照	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	建物賃貸借契約書第18条
	解約予告期間	2ヶ月
入居者からの解約予約期間	2ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容：空室時のみ対応可。1泊3,000円) 2 なし	
入居定員	15人	

## 5 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

### (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	1名	1名	0名	
生活相談員	2名	1名	1名	
直接処遇職員				
介護職員	10名	9名	1名	
看護職員	2名	0名	2名	

機能訓練指導員	2名	0名	2名	
計画作成担当者	0名	0名	0名	
栄養士	1名（業務委託）	1名	0名	
調理員	4名（業務委託）	4名	0名	
事務員	1名	1名	0名	
その他の職員	0名	0名	0名	
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数 ※2				
※1）常勤換算人数とは、当該事業所の従事者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従事者の人数を常勤の従事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	0名	0名	0名
介護福祉士	3名	3名	0名
実務者研修の修了者	0名	0名	0名
初任者研修の修了者	5名	4名	1名
介護支援専門員	0名	0名	0名

**(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	2名	0名	2名
理学療法士	0名	0名	0名
作業療法士	0名	0名	0名
言語聴覚士	0名	0名	0名
柔道整復師	0名	0名	0名
あん摩マッサージ指圧師	0名	0名	0名
はり師	0名	0名	0名
きゅう師	0名	0名	0名

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間（17時～9時）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	0人	0人
介護職員	2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 介護福祉士							
		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	0名	0名	1名	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名	
前年度1年間の退職者数	1名	1名	1名	0名	0名	0名	1名	1名	0名	0名	
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満	0名	0名	3名	1名	0名	1名	0名	0名	0名	0名
	1年以上 3年未満	0名	0名	3名	0名	0名	0名	0名	1名	0名	0名
	3年以上 5年未満	0名	0名	1名	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
	5年以上 10年未満	0名	0名	2名	0名	1名	0名	0名	0名	0名	0名
	10年以上	1名	0名	0名	0名	0名	0名	1名	0名	0名	0名
	従事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
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	土地又は建物に対する租税負担の増減、その他の経済事情の変動、近傍同種の建物賃料との比較などにおいて、賃料が不相当となった場合。
	手続き	賃貸人と賃借人の協議による

**(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	要介護1	要介護2		
	年齢	80歳	80歳		
居室の状況	床面積	18.01㎡	18.13㎡		
	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	0円		
	敷金	135,000円	135,000円		
月額費用の合計		145,000円	145,000円		
家賃	家賃		45,000円	45,000円	
	サービス費用※1	特定施設入居者生活介護※1の費用		0円	0円
		介護保険外※2	食費	49,500円	49,500円
			管理費	25,000円	25,000円
			共益費	22,000円	22,000円
その他(ベット・寝具等類)	2,000円		2,000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)

※3) 冬季期間(12月～3月:4ヶ月間)の暖房費 5,000円/月

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
家賃	建物の賃借料、設備備品費等を基礎として算出
敷金	家賃の3ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	生活支援サービスの事務費
食費	1日3食を提供するための費用
共益費	居室の水道・光熱費用と共用部位の費用および建物維持管理の費用



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	ベットや寝具・リネン類のレンタル費

## 7 入居者の状況【末尾に記した記入日現在】

(入居者の人数)

(令和3年9月30日現在)

性別	男性	5人
	女性	11人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	12人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	7人
	要介護2	5人
	要介護3	3人
	要介護4	0人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	11人
	5年以上10年未満	1人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	90.6歳
入居者数の合計	15人
入居率※	100%
※ 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	0人
	社会福祉施設	0人

	医療機関	8人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	8人
		(解約事由の例) 医療機関への入院の為

## 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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		こずかたの郷 お客様相談室
電話番号		019-656-2611
対応している時間	平日	(午前) 9:00 ~ (午後) 5:00
	土曜	(午前) 9:00 ~ (午後) 5:00
	日曜・祝日	(午前) 9:00 ~ (午後) 5:00
定休日		なし (年中無休)

(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"/> 1 あり	(その内容) 事業包括補償保険 (東京海上日動火災保険株)
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
介護サービスの提供により賠償するべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	お客様アンケート：毎年4月に実施
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		その他	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

## 10 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
携帯ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: ) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
<input type="checkbox"/> 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（事業主体が盛岡市内で実施する他の介護サービス一覧表）

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）

(以上)

令和 年 月 日

当事業所は、サービス付き高齢者住宅「建物賃貸借契約書」に際し、利用者に対し本書面に基づき重要事項を説明しました。

事業所	住所	盛岡市下太田沢田23-3 エイジングハウス こずかたの郷 (事業者番号/24盛建住第18-2号)
説明者	職務名	生活相談員 千葉 裕美 印

私は、本書面に基づいて、事業所から重要事項の説明を受け、サービス付き高齢者住宅「建物賃貸借契約書」の締結を同意しました。

(契約居室) 居室番号 ( K- 204 ) 号

---

同意者	住所
	氏名 印

---

本人との続柄 ( )

(以上余白)

## 別添 1

## 事業主体が岩手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	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	デイサービス とくたんの郷 デイサービス こずかたの家	紫波郡矢巾町又兵衛新田 7-212-1 盛岡市下太田沢田 23-2	
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	エイジングホ ーム健寿庵	盛岡市下太田沢田 22-15	
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			
＜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	デイサービス とくたんの郷 デイサービス こずかたの家	紫波郡矢巾町又兵衛新田 7-212-1 盛岡市下太田沢田 23-2	

	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	エイジングホーム健寿庵	盛岡市下太田沢田 22-15
	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		
	介護医療院	あり	なし		

(以上余白)

## 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）				備考	
			包含※2	都度※2	料金※3			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○		（月額に含む）	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		（月額に含む）	
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		○	400円/回	
特浴介助	なし	あり	なし	あり			※特浴設備なし	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○		（月額に含む）	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○		（月額に含む）	
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,000円/回 ※地域指定医療機関の場合	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		（月額に含む）	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		（月額に含む）	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		（月額に含む）	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		（月額に含む）	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	ソフト食 50円	
おやつ			なし	あり		○	50円 ※昼食代 650円に含まれています。	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	※別途料金一覧表参照	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	500円 ※代行日・地域・店舗は限られています。	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	実費	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	○		（月額に含む）	
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	○		（月額に含む） ※適宜実施	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		※適宜実施	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		※適宜実施	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		※個別カルテ・バイタル表の作成	
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		○	※原則はご家族様対応となります。	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	※原則はご家族様対応となります。	
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、月額サービスの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。



