

住宅型有料老人ホームみみずく
重要事項説明書

記入年月日	令和5年10月1日
記入者名	田中 康司
所属・職名	管理者

1. 設置者（*）

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	特定非営利活動法人
名称	(ふりがな) とくていひえいりかつどうほうじんみみずく 特定非営利活動法人みみずく	
主たる事務所の所在地	〒391-0001 長野県茅野市玉川3255-1	
連絡先	電話番号	0266-78-3875
	FAX番号	0266-78-3870
	ホームページアドレス	http://
	電子メールアドレス	yymfn_1158@yahoo.co.jp
代表者	氏名	田中 直子
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 3年 9月 1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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ みみずく 住宅型有料老人ホームみみずく	
所在地	〒391-0011 長野県茅野市玉川神の原3255-1	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 茅野駅
	交通手段と所要時間	・中央道諏訪ICから車約15分(約10km) ・J R 「茅野駅」からバスで約25分(約4km) 神の原農協前下車 徒歩約7分
連絡先	電話番号	0266-78-3875
	FAX番号	0266-78-3870
	ホームページアドレス	http://
	電子メールアドレス	yymfn_1158@yahoo.co.jp
管理者	氏名	田中 康司
	職名	管理者

建物の竣工日	昭和・平成 26年 3月 29日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 26年 4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	695.92㎡	
	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 (2014年3月20日～2044年3月31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	639.840㎡
		うち、老人ホーム部分	578.310㎡
	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 (2014年3月20日～2044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	① 全室個室	

【表示事項】	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	13.51 m ²	18	一般居室個室
タイプ2	有/無	有/無	m ²		
タイプ3	有/無	有/無	m ²		
タイプ4	有/無	有/無	m ²		
タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/無	m ²		
タイプ7	有/無	有/無	m ²		
タイプ8	有/無	有/無	m ²		
タイプ9	有/無	有/無	m ²		
タイプ10	有/無	有/無	m ²		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。					
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)		3.0m	その他の廊下	1.92m
共用施設	共用便所における 便房	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所	
			大浴場	1ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所	
			リフト浴	1ヶ所	
			ストレッチャー浴	0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>社会貢献してきた高齢者の方々に対して、人間としての尊厳を尊重し、もう一度最後の人生を楽しみたいという意欲の起こる日々の時間を持って頂きたい。そして、歳をとっても障がいを持っても安心して住み続けたい場所、住み続けられる条件が整えられている場所が在ることは生き続ける力となり、人として生きる保証となる。</p> <p>当施設では、この条件を整えることは未来の自分への保証であると考え、そして一人で暮らすのに自信がなくなった時、生涯暮らし続けることのできる手助けのある家があり、馴染んだ場所・人がいる・泊まれる場所が在ることも、自分らしく生き続ける条件の一つと捉えています。介護が必要になっても、住み慣れた地域で暮らし続ける条件となる施設になるよう運営します。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>1. 利用者の小さな声も“みみ”をそばだて聞く</p> <p>2. “ずく”を出して実現を心がける</p> <ul style="list-style-type: none"> ・フロント : 宅配便・郵便物等の取次ぎ、来訪者の取次ぎ、タクシー等の手配、生活相談など ・緊急対応 : 緊急通報対応、避難誘導等 ・環境整備 : 共用部の清掃、共用部のごみ処理など ・生活支援 : 体調不良時等の生活支援など ・スタッフ全員が介護経験を有しているため安全・安心な環境においてサービスを提供します。
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

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし

	栄養スクリーニング加算	1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	介護職員処遇改善加算	1	あり	2	なし	
	介護職員等特定処遇改善加算	1	あり	2	なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1	あり	2	なし
		(Ⅰ)ロ	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
(Ⅲ)		1	あり	2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	2	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 ()			
協力医療機関	1	名称	リバーサイドクリニック	
		住所	茅野市宮川3975	
		診療科目	内科、外科、整形外科、漢方内科	
		協力内容	健康管理全般・緊急における対応	
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力内容		
協力歯科医療機関	名称			
	住所			
	協力内容			

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

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 ()		
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無	1	あり	2 なし

居室利用権の取扱い			
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	<ul style="list-style-type: none"> ・健康保険及び介護保険に加入されている方 ・当法人の運営趣旨をご理解いただき、他のご入居者と強調した生活ができる方。 		
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居申込時に虚偽の記載をし、不正に入居したとき。 ・家賃、共益費その他の責務の支払いをしばしば滞納するとき。 ・他の利用者の生活または健康に重大な被害を及ぼし、契約上の信頼関係を著しく害するような場合であって、一定期間の観察の結果、改善の見込がないと判断されたとき。 		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第30条の1から4	
	解約予告期間	3ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	① あり (内容：2泊3日以内の日程で、体験入居が可能です。 1泊2日 [3食付] 6,480円 (税込)) 2 なし		
入居定員	18人		
その他	※別添2 (有料老人ホームが提供するサービスの一覧表)により、別途費用負担の必要なサービスを明示する		

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		1	
生活相談員	3		3	
直接処遇職員				
介護職員	4		4	
看護職員	4		4	
機能訓練指導員	4		4	
計画作成担当者				
栄養士	1		1	
調理員	3		3	
事務員	1		1	
その他職員				
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	2		2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	4		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	4		4
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 (22時～ 7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

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率* 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(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	初任者研修、ケアクラーク							
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		1	2							
前年度1年間の退職者数			1							
年数に応じた職員の業務に従事した経験	1年未満					1				
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満						1			

5年以上 10年未満		4		4				4			
10年以上											
従業者の健康診断の実施状況		① あり 2 なし					採用時に	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（但し家賃のみ減額なし） 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	施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で改定。

（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・要支援 I	要支援 2～要介護 5
	年齢	— 歳	— 歳
居室の状況	床面積	13.51㎡	13.51㎡
	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	円	円
	敷金	96,000円	96,000円
月額費用の合計		128,600円	135,600円
	家賃	48,000円	48,000円
サ	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円

	介護 保険 外 ※ 2	食費	47,700円	47,700円
		管理費・光熱水費	27,900円	27,900円
		生活支援・相談費	5,000円	12,000円
			円	円
			円	円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室及び共用施設の家賃相当額
敷金	家賃の2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。
共益費※1※2	共用施設の水道料金、電気料金、修繕費、人件費、施設維持のための費用 *冬期は別途暖房費 6,600円/月(税込)がかかります。
食費	食材費、厨房運営費、栄養管理費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2(個別選択による介護サービス一覧表)
その他のサービス利用料	
<p>※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。</p> <p>※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金(入居者が居室に設置する場合の受信料等)等を明記すること。</p>	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間(償却年月数)	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額)	円

(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	2人
	医療機関	0人
	死亡者	5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)
	入居者側の申し出	2人
		(解約事由) 特別養護老人ホームへの転居

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	特定非営利活動法人みみずく 住宅型有料老人ホームみみずく	
電話番号	0266-78-3875	
対応している 時間	平日	9時30分～15時30分
	土曜	9時30分～15時30分
	日曜・祝日	休み
定休日	木曜日・日曜日・年末年始(12/30～1/3)	

(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	① あり	(その内容) 施設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、不可抗力による場合を除き賠償されます。
	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	(その内容) 損害賠償責任保険にて対応
	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	令和5年3月
		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 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 入居家族との個別の連絡体制が確立している。
	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	1 あり ② なし	

住宅の登録	
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	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別の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）

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※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1 事業主体が長野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		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	あり	なし	宅老所みみずく玉川	茅野市玉川神之原3255-1
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・総合事業サービス＞				
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	宅老所みみずく玉川	茅野市玉川神之原3255-1
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		
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	なし				
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり			○	1,650	1回30分以内
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			○	550	1回
おむつ代			なし	あり			○		おむつが必要な場合は実費負担
入浴（一般浴）	なし	あり	なし	あり			○	2,200	1回60分以内
シャワー浴・清拭	なし	あり	なし	あり			○	1,100	1回20分以内
特浴介助	なし	あり	なし	あり			○	3,300	1回60分以内
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			○	1,100	1回
機能訓練	なし	あり	なし	あり			○	1,650	1回20分以内
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					
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり			○	550	週1回程度
リネン（寝具）交換	なし	あり	なし	あり			○	1,100	週1回程度
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			○	550	1回
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			○		実費負担
おやつ			なし	あり			○		実費負担
理美容師による理美容サービス			なし	あり			○		実費負担
買い物代行（茅野市内）	なし	あり	なし	あり			○	1,100	1時間以内 茅野市内+交通費実費
買い物代行（茅野市以外）	なし	あり	なし	あり			○	1,650	1時間以内 茅野市外+交通費実費
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					

健康管理サービス

定期健康診断			なし	あり		○		実費負担、年1回程度
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。