

重要事項説明書

記入年月日	平成30年8月12日
記入者名	栗田 幹夫
所属・職名	日生オアシス吉川 ・ホーム長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

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) かぶしきがいしゃにほんせいかがくけんきゅうじよ 株式会社日本生科学研究所	
主たる事務所の所在地	〒162-0054 東京都新宿区河田町3番10号	
連絡先	電話番号	03-3341-7141
	FAX番号	03-3341-1737
	ホームページアドレス	https://www.jlsri.com/
代表者	氏名	青木 勇
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成59年 9月21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) にっせいおあしすよしかわ 日生オアシス吉川
----	---------------------------------

所在地	〒342-0038 埼玉県吉川市美南1丁目1番3号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	① JR利用の場合 ・JR武蔵野線吉川駅で下車、徒歩6分 ② 自動車利用の場合 ・常磐自動車道三郷ICから12分
連絡先	電話番号	048-973-7753
	FAX番号	048-973-7754
	ホームページアドレス	https://www.jlsri.com/
管理者	氏名	栗田 幹夫
	職名	日生オアシス吉川ホーム長
建物の竣工日		昭和・平成27年 2月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成27年 3月 1日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1176400677
	指定した自治体名	埼玉県（市）
	事業所の指定日	平成27年2月27日
	指定の更新日（直近）	平成27年2月27日

3. 建物概要

土地	敷地面積	775.44㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (年 月 日～年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	1558.140㎡
		うち、老人ホーム部分	1558.140㎡

	耐火構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	構造	<input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物 <input type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
契約期間		<input type="checkbox"/> あり (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし				
契約の自動更新		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
		最大	1人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	18.85 m ²	2 6	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.73 m ²	6	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	18.75 m ²	6	介護居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	18.58 m ²	2	介護居室個室
	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。						
共用施設	共用便所における 便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		3ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室		4ヶ所	
			大浴場		0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	1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）	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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）

運営に関する方針	<p>①ケアプランに基づき、サービスを適切かつ円滑に提供することにより、利用者様が要介護状態になった場合でも、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように努めます。</p> <p>②当事業所は安定的かつ継続的な事業運営に努めます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	介護保険法令に従い、利用者様の入浴、排泄、食事の介護、その他日常生活上のお世話、機能訓練及び療養上のお世話を行います。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	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	
	医療機関連携加算	1 あり	2 なし	
	看取り介護加算	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) 2. 3 : 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	吉川中央総合病院
		住所	埼玉県吉川市大字平沼11番地
		診療科目	内科・外科・脳神経外科・整形外科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・泌尿器科・化学療法・回復期リハビリテーション・小児科
		協力内容	救急搬送受入れ。時間外診療。
	2	名称	医療法人 相羽医院(当事業所における医療機関連携加算算定医療機関)
		住所	埼玉県吉川市栄町888番地1号
		診療科目	内科・その他
		協力内容	在宅支援診療
協力歯科医療機関	名称	春日部デンタルクリニック	
	住所	埼玉県春日部市粕壁1-9-5成田ビル4階	
	協力内容	訪問歯科診療	

(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 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	禁止または制限される事項の遵守	
契約の解除の内容	禁止または制限される事項違反や費用の不払い等	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約解除条項に該当した場合
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	2ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容: 食事つき宿泊) 2 なし	
入居定員	40人	
その他		

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	
	28			
管理者	1	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	16	10	6	14.5
介護職員	13	9	4	12.3
看護職員	3	1	2	2.2
機能訓練指導員				
計画作成担当者	2		2	1.6
栄養士				
調理員	6		6	1.4
事務員	1		1	0.4
その他職員	1		1	0.3
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※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
	17		
社会福祉士			
介護福祉士	4	3	1
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	10	7	3
介護支援専門員	2		2

(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
	3		
看護師又は准看護師	3	1	2
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 (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	2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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	36 : 14.5

※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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり		初任者研修修了						
		資格等の名称								
	<input type="checkbox"/> 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	1						
前年度1年間の退職者数	2			6						
事業務に経	1年未満		5							
	1年以上		4	2	1					
	3年未満									

3年以上 5年未満	1	2	2							2
5年以上 10年未満										
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 社会情勢の変化時・法改正時等
	手続き	入居者・サービス利用者に説明

(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5
	年齢	84歳	85歳
居室の状況	床面積	18.85㎡	18.85㎡
	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	249,000円	249,000円

月額費用の合計		168,101 円	184,470 円	
家賃		83,000 円	83,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	17,802 円	26,670 円	
	介護保険外※ ²	食費	42,120 円	42,120 円
		管理費	32,680 円	32,680 円
		介護費用	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	近傍賃貸借家賃状況等にも配慮して設定
敷金	家賃の 3ヶ月分
介護費用	
管理費	共有部分の管理維持清掃費及び各居室の高熱水費を含む。
食費	ご満足いただける食事を安価に提供しています。
光熱水費	管理費に含めています。
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	

(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	介護保険利用者負担 (1割)
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

(入居者の属性)

平均年齢	87.4歳
入居者数の合計	36人
入居率※	90%
※ 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	1人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	5人
	死亡者	7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	6人	
	(解約事由の例) 在宅復帰困難、他の入居者のへ迷惑行為(暴言・威嚇等)を働くので家族・本人の希望で自宅へ	

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	株式会社日本生科学研究所 介護事業本部	
電話番号	03-3341-7141	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土・日曜・祝日及び年末年始	

(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"/> あり	(その内容) 三井住友海上火災保険
---------------	--	-------------------

	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事業者総合保険対応
	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	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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<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 checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	

	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：日生オアシス新座、日生オアシス和光、日生オアシス朝霞)	
	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)

※ _____ 様

説明年月日 平成 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	日生ホームヘルプサービス和光	和光市新倉2-5-49
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	日生訪問看護ステーション和光	和光市新倉2-5-49
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	日生デイサービスセンター和光	和光市新倉2-5-49
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	定期巡回随時対応型訪問介護看護 日生オアシス和光	和光市新倉2-5-49
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	新倉高齢者福祉センター	和光市新倉1-20-39
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	日生居宅支援事業部和光	和光市新倉2-5-49
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	日生ホームヘルプサービス和光	和光市新倉2-5-49
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	日生訪問看護ステーション和光	和光市新倉2-5-49
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	日生デイサービスセンター和光	和光市新倉2-5-49
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	新倉高齢者福祉センター	和光市新倉1-20-9
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	日生居宅支援事業部和光	和光市新倉2-5-49
＜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）の有無	個別の利用料で、実施するサービス			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	○	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	○	
おむつ代	なし	あり	○	ご自分でご用意いただきます。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	○	
特浴介助	なし	あり	○	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	○	
機能訓練	なし	あり	○	
通院介助	なし	あり	○	協力医療機関（吉川中央総合病院）
生活サービス				
居室清掃	なし	あり	○	
リネン交換	なし	あり	○	
日常の洗濯	なし	あり	○	500円 1ネット
居室配膳・下膳	なし	あり	○	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	○	
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	○	実費
買い物代行	なし	あり	○	
役所手続き代行	なし	あり	○	
金銭・貯金管理	なし	あり	○	
健康管理サービス				
健康診断	なし	あり	○	年1回
健康相談	なし	あり	○	
生活指導・栄養指導	なし	あり	○	
服薬支援	なし	あり	○	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	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	○	
入退院時の同行	なし	あり	○	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	○	協力医療機関（吉川中央総合病院）
入院中の見舞い訪問	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、サービスの都度払いによる場合に、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。