

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	桜田淳子
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	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 あおもりふくししえんぷらざ 株式会社 青森福祉支援プラザ	
主たる事務所の所在地	〒038-0031 青森市大字三内字沢部 243 番地 1	
連絡先	電話番号	017-752-8056
	FAX 番号	017-752-8057
	ホームページアドレス	http://www.a-fukushiplaza.com/
代表者	氏名	永坂芳久
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 25 年 10 月 21 日	
主な実施事業	※別添 1（別を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 るびなす 住宅型有料老人ホーム ルピナス	
所在地	〒038-0031 青森市三内字沢部 243-1	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 青森市営バス 新青森駅南口で下車、徒歩 10 分 青森市営バス 石江で下車、徒歩 10 分 ②自動車利用の場合 津軽新城駅より車で 10 分 新青森駅より車で 3 分
連絡先	電話番号	017-752-8066
	FAX 番号	017-752-8067
	ホームページアドレス	http://www.a-fukushiplaza.com/

管理者	氏名	桜田淳子
	職名	管理者（施設長）
建物の竣工日		令和4年12月30日
有料老人ホーム事業の開始日		令和5年 1月10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）		
<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	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3429.48 m ²	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	902.09 m ²
		うち、老人ホーム部分	866.68 m ²
	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	
		2 鉄骨造	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造	
		4 その他 ()	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (年 月 日～年 月 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	13.34 m ²	10	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	13.37 m ²	9	一般居室個室
	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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	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	2ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	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	ロビー、脱衣所、洗濯場、事務所、面談室、駐車場					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・心に寄り添い、共に喜び感動する真心のサービスの実践 ・人間愛を基本とした、自分や自分の家族にしてほしい、介護サービスの実践 ・施設を社会資源の一つと捉え、地域社会への貢献
サービスの提供内容に関する特色	医療機関の連携と共に、快適に過ごしていただける環境を提供いたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし (緊急時のみ対応)
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	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし (緊急時のみ対応)
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

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い (緊急時のみ施設対応で行う) 3 通院介助 (緊急時のみ施設対応で行う) 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	あおもり協立病院
		住所	青森市東大野2丁目1番10号
		診療科目	総合
		協力内容	1. 24時間の連絡体制の確保 2. 主治医のいない利用者に対する、診療・診断書作成 3. 入居者に対する年1回の健康診断の受け入れ 4. 緊急時・必要時における相談及び指示及び措置 5. 緊急時対応 (入院含む)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	訪問歯科クリニックこすもす	
	住所	青森市野尻字今田98-1	
	協力内容	入居者に対する歯科治療、義歯作成・調整等必要に応じての訪問診療	

(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	医療行為を必要とする方は要相談 自傷・他害の恐れのない方		
契約の解除の内容	状態の悪化などにより、30日以上入院が必要となった場合。 施設の規律を乱し、他者に迷惑行為を及ぼした場合。 正当な理由なく利用料の支払いを1ヶ月を超えて延滞した場合。		
事業主体から解除を求める場合	解約条項	入居者の言動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合。	
	解約予告期間	1ヶ月	
入居者からの解除予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容: 空室がある場合に限り、一泊二日を上限 要介護者: 食事付 ¥3,600 円 (税込)) 2 なし		
入居定員	19人		
その他	身元引受人、身元保証人が設定できない場合は要相談。		

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	1	1		
直接処遇職員				
介護職員	8		8	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3		3	
事務員				
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	7	6
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	1	1
介護支援専門員		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19時45分～ 8時15分)		
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	0人 (緊急時に対応を行う)

(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				6						
前年度1年間の退職者数										
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									
	3年以上				1					
	5年未満									
	5年以上				1					
10年未満										
10年以上			1	6						
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】	<input type="checkbox"/> 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法 【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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、改定する場合があります。
	手続き	運営懇談会の意見を聞いた上で改定する。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		Aタイプ	Bタイプ
入居者の状況	要介護度	要介護1～要介護5	
	年齢	歳	
居室の状況	床面積	13.34 m ²	13.37 m ²
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	50,000円	
月額費用の合計		月額料金 98,940円 生活保護受給者月額料金 90,690円	月額料金 103,940円
家賃（非課税）		31,000円	36,000円
サービス費用	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（軽8%税込）	43,740円
		管理費（10%税込）	7,700円
		介護費用	円

	光熱水費 (10%税込)	基本料金/月額 生活保護受給者/月額	16,500 円 8,250 円
	冬季加算 (10月～4月)	生活保護受給者/月額	8,250 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（非課税）	定額家賃
敷金（非課税）	家賃の1.6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（10%税込）	定額（事務・管理部門の人的費や生活支援サービス提供の為の人的費及び、共用施設の維持管理費として使用する） ・7,700 円/月
食費（軽8%税込）	・1日1,458 円 月額/43,740 円（1ヶ月を30日とした場合） 1日朝食378 円、昼食540 円、夕食540 円 ※欠食時日割計算
光熱水費（10%税込）	水道料・電気料・ガス・冷暖房費 ・月額 16,500 円 ・生活保護受給者 月額 8,250 円
冬季加算（10%税込）	・生活保護受給者（最低扶助者）/月額 8,250 円（10月～4月）
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 人件費などを勘案したサービスごとの料金設定 (別添 介護サービス等の一覧表を参照)
その他のサービス利用料	管理規定 9 サービスの内容及び費用の負担 ②その他の費用（入居者実費負担）を参照

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入現在】

(入居者の人数)

性 別	男 性	10 人
	女 性	7 人
年 齢 別	65 歳未満	3 人
	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	6 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	0人
	要介護 1	3人
	要介護 2	1人
	要介護 3	4人
	要介護 4	4人
	要介護 5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	11人
	5年以上10年未満	0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	79歳
入居者数の合計	17人
入居率 ※	89%
※ 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	1人
	医療機関	2人
	死亡者	0人
	その他	1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) ※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	住宅型有料老人ホーム ルピナス	
電話番号	017-752-8066	
対応している 時間	平日	09:00~18:00
	土曜	09:00~18:00
	日曜・祝日	09:00~18:00
定休日	無し	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 損保ジャパン日本興亜株式会社 介護事業者・社会福祉事業者賠償責任 保険ウォームハート
	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) 事故対応マニュアルに基づく
	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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支報告書	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	1 あり	(開催頻度)	年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 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:)		
<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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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
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	<input type="checkbox"/> 1 適合している（代替措置） <input type="checkbox"/> 2 適合している（将来の改善計画） <input type="checkbox"/> 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（別を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 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 事業主体が青森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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	青森福祉支援プ ラザ	青森市問屋町1丁目2 番6号
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	青森福祉支援プ ラザ	青森市問屋町1丁目2 番6号
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> 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		

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

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）		※2 包含	※2 都度	※3 料金 (10%税込)	備考
			なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	880円/30分	必要に応じ実施
起床・就寝介助	なし	あり	なし	あり		○	880円/30分	同上
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	880円/30分	同上
口腔ケア	なし	あり	なし	あり		○	880円/30分	同上
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		○	1,760円/1時間以内	要望がある場合のみ実施
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		○	880円/30分	必要に応じ実施
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
外出同行	なし	あり	なし	あり		○	880円/30分	要望がある場合のみ実施
点滴付添	なし	あり	なし	あり		○	880円/30分	必要に応じ実施
入院付添	なし	あり	なし	あり		○	880円/30分	要望がある場合のみ実施
退院付添	なし	あり	なし	あり		○	880円/30分	同上
軟膏塗布 湿布添付	なし	あり	なし	あり		○	880円/30分	要望がある場合のみ実施
緊急搬送	なし	あり	なし	あり		○	880円/30分 夜間：3割増	緊急搬送 夜間～早朝の救急外来のみ対応
生活サービス								

居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	880 円/30 分	要望がある場合のみ実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	880 円/30 分	必要に応じ適宜実施
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	880 円/30 分	要望がある場合のみ実施
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○			適宜実施
おやつ			なし	あり	○			1 日 1 回実施（食費を含む）
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	直接払い	外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	880 円/30 分	買物、受薬等
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	880 円/30 分	申請代行、紹介状、診断書受取・提出
金銭・貯金管理			なし	あり	○			適宜実施
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○		要望に応じて年 1 回実施（自己負担）
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		○	880 円/30 分	薬の準備、整理
生活リズムの記録 （排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施
入退院・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院中の同行	なし	あり	なし	あり		○	880 円/30 分	要望がある場合のみ実施（交通費自己負担）
入院中の洗濯物・買い物	なし	あり	なし	あり		○	880 円/30 分	要望がある場合のみ実施（交通費自己負担）
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

その他								
爪切り、耳かき、季節衣類の整理、衣類の補修、冷蔵庫霜取り等	なし	あり	なし	あり		○	880 円／30 分	要望がある場合のみ実施
寝具交換費	なし	あり	なし	あり		○	備考	シーツ 120 円 横シート 110 円 ラバーシート 180 円 枕カバー 80 円 布団カバー 130 円 ベットパット 520 円 掛布団 570 円 肌掛布団 520 円 枕 460 円

※ 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、3 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。