

有料老人ホームさくら

重要事項説明書

		記入年月日	令和8年4月1日
記入者名	大矢 珠美	所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり 社会福祉法人
	名称	(ふりがな) 社会福祉法人こしば福祉会 <small>しゃかいふくしほうじん</small>	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒514-0073		
	三重県津市殿村860番地2		
事業主体の連絡先	電話番号	059-237-5050	
	FAX番号	059-237-5650	
	ホームページアドレス	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり : http://www.tomato.or.jp
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	山口 和夫	
	職名	理事長	
事業主体の設立年月日	平成2年9月28日		

1 - 2 事業主体概要

事業主体が三重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	ヘルパーステーション トマト	津市殿村 8 6 0 番地 2
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		
通所リハビリテーション	あり	なし	介護老人保健施設トマト	津市殿村 8 6 0 番地 2
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし	介護老人保健施設トマト	津市殿村 8 6 0 番地 2
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		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	介護老人保健施設トマト居宅介護支援センター	津市殿村 8 6 0 番地 2
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーション トマト	津市殿村 8 6 0 番地 2
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		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	介護老人保健施設トマト	津市殿村 8 6 0 番地 2
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	介護老人保健施設トマト	津市殿村 8 6 0 番地 2
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	介護老人保健施設トマト	津市殿村 8 6 0 番地 2
介護療養型医療施設	あり	なし		

2 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむ さくら 有料老人ホーム さくら	
施設の所在地	〒514-0073	
	三重県津市殿村860番地2	
施設の連絡先	電話番号	059-273-5531
	FAX番号	059-273-5532
	ホームページ	なし
	アドレス	あり http://www.tomato.or.jp/ 社会福祉法人こしば福祉会
施設の開設年月日		平成24年10月10日
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	大矢 珠美
	職名	管理者
施設までの主な利用交通手段		
近鉄津新町駅より三重交通バスで15分(穴倉行き 老人保健施設トマト前下車) または、(片田団地行き 櫛形下車 徒歩10分)		
施設の類型及び 表示事項	施設の類型：住宅型有料老人ホーム 居住の権利形態：利用権方式 利用料の支払い方式：月払い方式 入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護 介護保険：在宅サービス利用可 居室区分：全室個室	
介護保険事業所番号 (介護付有料老人ホームの場合)		
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日)		
事業の開始(予定)年月 日		
指定の年月日		
指定の更新年月日		

3-1 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
管理者	1				1	1.0
生活相談員	(1)					
看護職員				1		0.8
介護職員	3		3		6	5.5
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						外部委託
調理員						外部委託
事務員		1			1	0.2
その他従業者			2		2	1.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	1			1		
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
2級	1			2		
3級						
介護支援専門員	(1)					
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均人数 (18時～翌8時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0		0			
介護職員	0		0			

3-2 従業者に関する事項（介護付有料老人ホームの場合に作成）

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士						
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
2級						
3級						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無						なし
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						

3-3 従業者に関する事項

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数			1	1		
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数			2	1		
10年以上の者の人数		1		1		
	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
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数	/					
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

4-1 サービスの内容

施設の運営に関する方針		
施設の健全な運営を行い、ご入居者様自身の自由な生活と生きがいを大切に守り、快適で安心して生活を営むことが出来るように、多様な生活支援サービスの提供に努めます。		
介護サービスの内容、利用定員等		
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
協力医療機関の名称	独立行政法人国立病院機構三重中央医療センター 特定医療法人 暁純会 武内病院	
（診療科目及び協力の内容） 内科、外科、整形外科、循環器科、消化器科、泌尿器科 等 医療機関では優先的な診察・入院治療を保障するものではありません。 医療費、その他の費用は入居者負担		
協力歯科医療機関	なし	あり
その名称：川村歯科クリニック		
（協力の内容） 歯科（状況により訪問診療も可）		
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
入居している一般居室で、訪問介護を利用		

4-2 サービスの内容

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容) 一時介護室への移動はございません。		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

4-3 サービスの内容

	その他 ()	なし	あり
	判断基準・手続について (その内容)		
	追加的費用の有無	なし	あり
	居室利用権の取扱い (その内容)		
	入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
	従前居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	なし	あり
	浴室の変更の有無	なし	あり
	洗面所の変更の有無	なし	あり
	台所の有無	なし	あり
	その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
施設の入居に関する要件			
	自立している者を対象	なし	あり
	要支援の者を対象	なし	あり
	要介護の者を対象	なし	あり
	留意事項	いずれも60歳以上、自立生活が可能の方	
契約の解除の内容	<p>以下の場合には、勧告期間を置かず、即刻契約を解除します。</p> <p>① 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>② 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき</p> <p>③ 入居者又は入居者の家族若しくは身元引受人又は連帯保証人の著しい背信行為、反社会的行為又はハラスメント(注)により、契約を継続することが困難となった場合、この契約を解除することができます。</p> <p>(注) ハラスメント(いやがらせ・いじめ)とは、セクシャルハラスメント・パワーハラスメント・マタニティハラスメント・カスタマーハラスメント等を意味します。</p> <p>以下の場合には、60日の勧告期間において契約を解除することがあります。</p> <p>月払いの家賃、共益費、食費その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき</p>		

体験入居の内容	1泊2日 3食付 6,000円(税込)
入居定員	45戸(全室個室)
その他	

4-4 サービスの内容

入居者の状況						
入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満				2	1	3
85歳以上	13	8	5	3	0	29
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上	1	6	4			11
入居者の平均年齢						90.4歳
入居者の男女別人数	男性	11人		女性	32人	
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）						95.6%
前年度の有料老人ホームを退去した者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等	1					1
社会福祉施設						
医療機関	4					4
死亡者	1					1
その他（老健）	1	1				2
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
入居者の入居期間						
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	5	1	21	15	1	0
第三者による評価の実施状況						
なし	あり	実施した年月日				
		実施した評価機関の名称				
		当該結果の開示状況			なし	あり

4-5 サービスの内容

施設、設備等の状況										
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				なし	あり				
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				なし	あり				
	建築物の構造				鉄筋コンクリート造4階建					
居室の状況	区分			室数	人数	1の居室の床面積				
	一般居室個室	あり	なし	45		25.2㎡・33.6㎡				
	一般居室相部屋	あり	なし			㎡				
	介護居室個室	あり	なし			㎡				
	介護居室相部屋	あり	なし			㎡				
	一時介護室	あり	なし			㎡				
共用便所の設置数	11		うち男女別の対応が可能な数				10			
			うち車椅子等の対応が可能な数				1			
個室の便所の設置数	45		個室における便所の設置割合				100%			
			うち車椅子等の対応が可能な数				45			
浴室の設備状況	浴室の数		個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴				
			10	2	0	0				
その他、浴室の設備に関する事項										
食堂の設備状況										
入居者等が調理を行う設備状況					なし	あり				
その他、共用施設の設備状況										
なし					あり	(その内容) 機能訓練室、交流室、洗濯室、食堂、談話室				
バリアフリーの対応状況										
(その内容) 全館バリアフリー										
緊急通報装置の設置状況			なし	一部あり	各居室内にあり					
外線電話回線の設置状況			なし	一部あり	各居室内にあり					
テレビ回線の設置状況			なし	一部あり	各居室内にあり					
施設の敷地に関する事項										
敷地の面積				1300㎡						
事業所を運営する法人が所有			なし	一部あり	あり					
抵当権の設定			なし				あり			
貸借 (借地)										
なし		あり	契約期間	始		終				
契約の自動更新						なし	あり			
施設の建物に関する事項										
建物の延床面積				2860.36㎡						
事業所を運営する法人が所有			なし	一部あり	あり					
抵当権の設定			なし				あり			
貸借 (借家)										
なし		あり	契約期間	始		終				
契約の自動更新						なし	あり			

4-6 サービスの内容

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	有料老人ホーム さくら 苦情申出窓口 入居者からの苦情には守秘を課し、速やかに対応する		
電話番号	0 5 9 - 2 7 3 - 5 5 3 1		
対応している時間	平日	8 : 30 ~ 17 : 30	
	土曜	8 : 30 ~ 17 : 30	
	日曜・祝日	8 : 30 ~ 17 : 30	
定休日等	なし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	三重県長寿介護課		
電話番号	0 5 9 - 2 2 4 - 2 2 3 5		
対応している時間	平日	8 : 30 ~ 17 : 15	
	土曜	なし	
	日曜・祝日	なし	
定休日等	土日・祝祭日、年末年始等		
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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) サービスの提供上で事故が発生し、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する。	
その他、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に関すること			
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 管理規程等に基づき、事故発生時の対応、原因究明、再発防止を 講じる。	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 介護が必要となった場合は、訪問介護を利用			
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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施した年月日	平成30年 7月
		当該結果の開示状況	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
第三者による評価の実施状況			
なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり

5 - 1 利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式				
敷金	100,000円（但し、30日以内の体験入居は免除）						
一時金方式							
一時金及び月単位で支払う利用料							
年齢に応じた金額設定	なし	あり					
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり					
料金プラン							
プラン名称	一時金	月額	(内訳)				
		計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
算定根拠	家賃相当額						
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	食費						
	光熱水費						
	管理費						
	一時金						
一時金の償却に関する事項							
償却開始日の設定	入居日						
初期償却率（％）							
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							
権利金等（※）の額							
（※）平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。							
償却年月数 （想定居住期間）							

5-2 利用料金

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例						
保全措置の実施状況		なし	あり	(保全先)		
三月以内の契約終了による返還金について						
三月の起算日		入居日				
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法						
一時金の支払方法						
月払い方式						
月単位で支払う利用料						
年齢に応じた金額設定		なし	あり			
要介護状態に応じた金額設定		なし	あり			
料金プラン						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃相当額	(※)介護費用	食費	光熱水費	共益費
レギュラー	155,500	50,000	-	55,500	共益費に含む	50,000
スペシャル	185,500	80,000	-	55,500	共益費に含む	50,000
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
算定根拠	家賃相当額	25.20㎡の居室は50,000円 33.60㎡の居室は80,000円				
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 なし				
	食費	月55,500円(30日分 消費税込み) 朝食400円・昼食750円・夕食700円				
	光熱水費	共益費に含む				
	共益費	月50,000円 事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の整備維持管理費				

5-3 利用料金

一時金方式・月払い方式共通			
介護保険サービスの自己負担額（※）			
内容	（※）要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。		
人員配置が手厚い場合の介護サービス（※）		なし	あり
内容			
利用料	円（月額・日額）		
算定根拠			
支払い方法	月単位（日割りの有無 あり・なし）		
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料			
個別的な選択による生活支援サービス		なし	あり
算定根拠			
（※）の項目は介護付有料老人ホームに関する項目。			
料金改定の手続			
ホームが所在する自治体の消費者物価指数、職員の人件費、その他経済事情の変動等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて、家賃相与類以外の月額使用料を改定することがある。			

6. その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	（その内容）	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 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。

介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス		特定施設入居者生活介護費、各種一時金又は月額の利用料等で実施するサービス		別途利用料を徴収した上で実施するサービス		備 考 サービス付き高齢者向け住宅における対応
介護サービス							
食事介護	なし	あり	なし	あり	なし	あり	一時的に必要なにより実施します 一時的に必要なにより実施します 実費をいただきます 一時的に必要なにより実施します } 月1回行います
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
特浴介助	なし	あり	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	なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	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	なし	あり	
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	10日に1回交換します 一時的に必要なにより実施します 訪問理美容を利用します 月1回買い物ツアーを予定
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	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	なし	あり	なし	あり	
おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	

健康管理サービス							
定期健康診断	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
入退院時・入院中のサービス							
移動サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
入退院時の同行（協力医療機関）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
入退院時の同行（協力医療機関以外）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	

※住宅型有料老人ホームは、「特定施設入居者生活介護費で実施するサービス」欄の各項目は「なし」に「○」を、入居一時金及び月額利用料により提供するサービスの場合は、「特定施設入居者生活介護費、各種一時金又は月額の利用料等で実施するサービス」欄の該当項目の「あり」に「○」を、個別に設定する料金により提供するサービスの場合は、「別途利用料を徴収した上で実施するサービス」欄の該当項目の「あり」に「○」をし、「備考」欄に、設定料金等（〇〇円/h、〇〇円/回、実費徴収など）を記載してください。